



PROFESSIONE Infermiere

PERIODICO DEL COLLEGIO INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA



#NOISIAMOPRONTI

SOMMARIO

Editoriale

EDITORIALE

Noi siamo pronti. E Voi? - *Maria Grazia Bedetti* Pag. 2

Notizie in breve Pag. 4

Professione

PROFESSIONE

Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI Pag. 6
della Provincia di Bologna - anno 2016 e Seminario di formazione permanente ECM:
"Nuovi orari di lavoro. Vincoli normativi e problemi organizzativi" - 4 Aprile 2016

IPASVI Bologna Social: 35.000 di Voi, 35.000 di Noi Pag. 10

Bando di ricerca infermieristica Pag. 14

Avviso per 16 Infermieri per partecipare agli Esami di Stato dei laureandi Infermieri Pag. 17

#noisiamopronti - Un'emozionante pagina di storia infermieristica Pag. 18

Race for the cure 2015 Pag. 22

Le Cardiologie di Bologna per la Giornata del Cuore Pag. 24
riportano alla sua antica funzione uno dei più antichi ospedali d'Europa
Autori vari

Normativa

NORMATIVA

Cannabis ad uso terapeutico: arriva il Decreto - *Giuliana Nepoti* Pag. 26

Riforma degli Ordini Professionali - *Intervista alla Senatrice Silvestro* Pag. 28

Seminario su funzione di Coordinamento Pag. 29

Contributi scientifici

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

La musica live col sassofono in emodialisi - *Valentina Micheluzzi* Pag. 30

L'assistenza infermieristica olistica Pag. 34
Francesco Burrai, Danilo Cenerelli, Rosa Eugenia Pesci, Orietta Valentini

Il caso Cucchi: l'Infermiere è responsabile? Pag. 38
Pietro Capodiferro, Antonella Nese

Noi Infermieri

NOI INFERMIERI

Madagascar: il cuore oltre l'ostacolo - *Mirko Collina* Pag. 42

COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna
Tel. 051.393840 - Fax 051.344267

E-mail: info@ipasvibo.it - bologna@ipasvi.legalmail.it
www.ipasvibo.it

ORARI UFFICI: Lunedì / Mercoledì: ore **9-12**
Martedì / Giovedì / Venerdì: ore **14-17**

PROFESSIONE INFERMIERE

PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA
ANNO XXVII - N. 2
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

Direttore responsabile: MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione: CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore: COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Referee: CATIA BIAVATI

Impaginazione e stampa: BIME S.r.l. - Molinella (BO)



Maria Grazia Bedetti
Presidente Collegio
IPASVI di Bologna

Noi siamo pronti. E Voi?

Questo numero della Rivista viene pubblicato nei giorni in cui a Bologna, con riflessi in tutto il territorio nazionale, divampa la polemica sulla sospensione dall'Ordine dei quattro medici per aver autorizzato ed implementato procedure infermieristiche nel Sistema di gestione territoriale delle emergenze.

Ancora non sappiamo quali saranno le azioni conseguenti a tali provvedimenti. Di certo lo stupore è stato tanto. Così come le reazioni. Tra queste ne ricordiamo due: la forte presa di posizione delle **Società Scientifiche** rappresentative dell'area dell'emergenza (Simeu, Aniarti, Irc, Amietip, Fimeuc) a sostegno della correttezza dell'operato di medici ed infermieri che nel lavoro di équipe trovano sostegno e motivazione; la seconda è il **#noisiamopronti** (in più occasioni ripreso in questo numero della Rivista e inserito in copertina) un movimento "social" spontaneo che "dal basso" ha riunito con forza ed energia migliaia di infermieri,

per manifestare il proprio *essere pronti* come professionisti e come persone.

Pronti a vedere riconosciute quelle **competenze specialistiche** frutto di impegno, studio e costante aggiornamento. Pronti a lavorare e condividere in **equipe** le scelte cliniche ed assistenziali per il bene della persona assistita. Pronti per sostenere il **cambiamento** per adeguare i contesti di cura al mutare della richiesta di salute del Cittadino. Pronti per vedere il riconoscimento degli sforzi fatti in un **rinnovo contrattuale** non più rimandabile.

#noisiamopronti una reazione massiccia quindi quella degli infermieri che si sono riconosciuti nella sfortunata vicenda che ha coinvolto i colleghi del 118 e che in quel gesto sanzionatorio dell'Ordine dei medici hanno intravisto la volontà di arrestare il più generale percorso di riconoscimento delle specializzazioni infermieristiche (già chiaramente presenti sul campo e non solo nell'emergenza territoriale) avviato dalla Federazione Na-



zionale Collegi IPASVI presso il Ministero della Salute. Un percorso che, pur trovando riconoscimento anche in una recente norma dello stato¹, ha incontrato la resistenza di molte associazioni mediche che temono un trasferimento di competenze dal medico all'infermiere e dichiarano di non capire "...il motivo di toccare le attuali norme di legge che danno al medico un ruolo di riferimento organizzativo multi professionale poggiando sul fatto che abbiamo sulle spalle 6 anni di laurea e 5 di specialità" (Carlo Palermo, vicesegretario vicario Anaa Assomed, Doctornews, 12 gennaio 2015). La presa di posizione dell'Ordine dei medici di Bologna viene a collocarsi quindi in un contesto di difficoltà per la professione infermieristica dovuta all'incertezza con cui la politica (Ministeri e Regioni) sta affrontando il tema dello sviluppo delle competenze infermieristiche, della riorganizzazione dei servizi e della relazione fra professionisti e che anche a livello locale, come organismo di rappresentanza professionale, ci vede impegnati nei confronti delle istituzioni, dei professionisti e dei cittadini.

Impegno quest'ultimo che trova riscontro e immediatezza nell'importante lavoro svolto rispetto alla Comunicazione. Sito internet, pagina Facebook, account Twitter e canale video YouTube. Un costante aggiornamento che ha visto il coinvolgimento di decine di migliaia di utenti (un dato su tutti: oltre 35.000 visitatori nel sito web del Collegio a febbraio scorso) premiando di fatto il lavoro svolto.

Sostegno alla Comunicazione, Valorizzazione della Professione, Rappresentanza politica nei contesti istituzionali: sono alcuni degli obiettivi programmatici che questo Consiglio Direttivo ha portato avanti, dei quali avremo modo di esplicitare ulteriormente e condividere con tutti gli Iscritti il 4 aprile prossimo, data in cui è prevista l'Assemblea Annuale. Un'occasione per fare un confronto sui risultati raggiunti, sui tanti impegni in campo e sulle nuove azioni da intraprendere.

Un'occasione importante anche per fare il punto, insieme a un giurista esperto e i rappresentanti delle Direzioni Aziendali della nostra provincia, su un tema rilevante come turni e orario di lavori alla luce della normativa più recente (Programma dettagliato pag. 23).

Vi aspettiamo numerosi!

¹ - comma 566 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015). (14G00203) (GU Serie Generale n.300 del 29-12-2014 - Supplemento Ordinario n. 99) (ex legge finanziaria):

"Fermo restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

PEC Collegio

Prosegue l'iniziativa del Collegio IPASVI di Bologna che prevede il rilascio di una casella di posta elettronica certificata (PEC) gratuita a tutti gli Iscritti all'Albo di Bologna.

La PEC è obbligatoria per gli Infermieri, gli Assistenti Sanitari e gli Infermieri Pediatrici, come stabilito dalla legge n.2 del 28 gennaio 2009, in particolare al comma 7 dell'art. 16. Fortunatamente non bisogna necessariamente masticare il linguaggio giuridico per comprenderne i punti essenziali: i professionisti iscritti in albi, sia dipendenti che liberi professionisti, indipendentemente dal fatto che esercitino

la professione o meno, hanno l'obbligo di attivare un indirizzo di Posta Elettronica Certificata personale entro un anno dall'entrata in vigore del decreto e di comunicarla al proprio Collegio.

Per questo motivo e per facilitare i rapporti interni (fra Collegio e iscritti) e quelli esterni (fra iscritti e Amministrazioni Pubbliche, professionisti e cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali), il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna ha proposto e approvato l'acquisto di un indirizzo PEC per garantire l'attivazione gratuita di una casella personale di

Posta Elettronica Certificata agli iscritti che ne facciano richiesta.

Coloro che intendono aderire all'iniziativa devono scaricare il modulo nella paginadedicata del sito internet www.ipasvibo.it, compilarlo e inviarlo insieme a copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta di identità, patente o passaporto), via mail all'indirizzo info@ipasvibo.it o via fax al n. 051.34.42.67 oppure in Segreteria negli appositi orari (lunedì e mercoledì dalle 9.00 alle 12.00, martedì, giovedì e venerdì dalle 14.00 alle 17.00).

Federazione Nazionale Collegio IPASVI - Corsi FAD

Nell'ambito delle attività di informazione e formazione la Federazione Nazionale IPASVI ha deciso di garantire ai propri iscritti per il 2016 l'accesso gratuito a 5 corsi di formazione a distanza di qualità dedicati alla professione.

I corsi, centrati sul modello del caso, sono disponibili sulla piattaforma FadinMed (www.fadinmed.it) e sono accreditati per infermieri, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitari.

A partire dal 31 gennaio 2016 e fino al 31 dicembre 2016 sono disponibili 3 nuovi corsi FAD oltre a 2 che vengono riproposti per il grande successo avuto lo scorso anno.

Nuovi corsi FAD 2016:

1. La sedazione terminale/paliativa: aspetti clinici ed etici (5 crediti ECM, codice ECM 149092)
2. La gestione dell'incontinenza urinaria e fecale (5 crediti ECM, codice ECM 149096)
3. Gestione e mobilitazione del paziente in ospedale: problemi e soluzioni pratiche (5 crediti ECM, codice ECM 149097)

Corsi FAD riproposti per chi non li ha fatti nel 2014-2015:

1. Gestione delle linee venose (12 crediti ECM, codice ECM 149088)
2. L'Evidence based practice nelle procedure infermieristiche (12 crediti ECM, codice ECM 149089)

Come accedere alla piattaforma

L'accesso ai corsi per gli iscritti all'IPASVI è semplice:

1. Compilare il modulo all'indirizzo <http://www.ipasvi.it/fnomceo> per

essere riconosciuti come iscritti all'Albo unico nazionale (ai sensi dell'art.3 del DPR 7 agosto 2012 n. 137) e le cre-denziali di accesso vengono inviate all'indirizzo di posta elettronica indicato nel modulo.

2. Compilare la scheda di registrazione sulla piattaforma FadinMed (se non si è già registrati).
3. Si ricevono direttamente alla propria e-mail le password per entrare nel programma (N.B.: la casella di posta elettronica da utilizzare per lo svolgimento del corso deve essere ordinaria, non deve essere PEC).

Fatto ciò si può accedere direttamente alla piattaforma, all'indirizzo <http://www.fadinmed.it/>.

Anche chi è già registrato alla piattaforma FadinMed negli anni precedenti deve passare dalla pagina <http://www.ipasvi.it/fnomceo> sul sito della Federazione per il riconoscimento relativo al 2016.

Si ricorda che per quanto riguarda i corsi riproposti questi possono essere svolti da coloro che li hanno iniziati, ma non superati nel corso del 2014/2015 e da tutti coloro che non li hanno mai fatti.

NOTA BENE: Per problemi di registrazione gli iscritti devono scrivere dal proprio indirizzo di posta ordinaria (NON PEC) a ecm@ipasvi.it indicando Nome, Cognome e Codice fiscale; non è in alcun modo possibile risolvere i problemi per via telefonica o diversa dall'utilizzo della posta elettronica).

La Presidente
Barbara Mangiacavalli

Gestione separata ENPAPI - Attività di docenza

L'attività di docenza è tipicamente ricompresa tra quelle proprie della professione infermieristica. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto" (art. 1, co. 4 del D.M. 14 settembre 1994, n. 739, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"). Tale attività, spesso, è svolta in aggiunta alle altre proprie della professione, formalizzate come lavoro subordinato o nelle altre forme previste dal Legislatore. In alcuni casi, i soggetti che utilizzano la prestazione professionale dell'infermiere sono addirittura diversi. Può, dunque, porsi il problema di come qualificare l'attività di docenza nei casi in cui la stessa coesista con l'attività professionale preminente.

In questi casi, è sempre il "rapporto di fatto" a determinare il tipo contrattuale e la sua disciplina, non viceversa. Infatti, qualsiasi attività umana economicamente rilevante è suscettibile di essere oggetto sia di rapporto di lavoro subordinato sia di rapporto di lavoro autonomo o collaborazione, nelle sue diverse declinazioni, a seconda delle modalità del suo svolgimento (v. ad es. Trib. Milano, 11 settembre 2014, in Il Lav. Nella Giur., 2/2015, p. 203).

Il nomen iuris assegnato dalle parti non costituisce un fattore predominante. Lo è, piuttosto, il comportamento delle parti nell'esecuzione del rapporto (v. Cass., sez. lavoro, 21 ottobre 2014, n. 22289).

La soppressione del co.co.pro. da parte del jobs act non farà venir meno tale possibile coesistenza. La nuova disciplina non ha, infatti, inciso sulle collaborazioni professionali ex art. 409 c.p.c.. E sulla professionalità dell'attività infermieristica, anche se di docenza, non possono esserci dubbi.

I casi prospettati, per la quota dei redditi maturati con l'attività di docenza, sono e saranno da ricondurre nell'alveo della disciplina prevista dal Regolamento di Previdenza ENPAPI, secondo cui "gli Infermieri, gli Infermieri Pediatrici e gli Assistenti Sanitari che svolgano l'attività sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa ovvero di collaborazione non abituale (c.d. mini co.co.co.) sono obbligatoriamente iscritti alla Gestione Separata a cui si applica la disciplina contenuta nel Regolamento di Previdenza e Assistenza della Gestione Separata ENPAPI". (Regolamento di Previdenza ENPAPI, art. 1, co. 2). ENPAPI News Letter N°14 luglio 2014

Obbligatorietà iscrizione all'Albo

In merito a quanto riportato dalla stampa sulla sentenza 266/2016 del Tribunale di Venezia, con cui è stato assolto un infermiere professionale dall'accusa di esercizio abusivo della professione per la mancata iscrizione all'Albo IPASVI, riportiamo di seguito la presa di posizione della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, che si è attivata per intraprendere i passi necessari e si è così espressa:

L'iscrizione agli Albi Professionali per l'esercizio della Professione è obbligatorio. Lo è ai sensi della Legge 43/2016, che non è attuata solo per quanto riguarda la delega per la costituzione degli Ordini Professionali (art. 4) delle Professioni Sanitarie, ma è in vigore per tutte le altre previsioni, compresa quindi quella prevista dall'articolo 2, comma 3.

Il principio non è di oggi: il Ministero della Salute ha già dato, su richiesta della Federazione IPASVI, la sua interpretazione autentica della legge (Ministero della Salute-0001422-P-08/01/2009DGRUPS) che si riassume di seguito

per punti, in modo da evitare che possano esserci ulteriori fraintendimenti, analoghi a quelli nati con la sentenza del Tribunale di Venezia 266/2016:

- 1) L'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo Professionale, sancito dall'Articolo2, comma 3 della Legge 43/2006, estesa anche ai Pubblici Dipendenti, è requisito essenziale e indispensabile per poter svolgere senza condizioni l'attività sanitaria sia come libero professionista, sia nell'ambito del rapporto di servizio in regime di lavoratore dipendente;
- 2) Della Legge 43/2006 solo l'articolo 4, concernente la concessione della delega al Governo per l'istituzione degli Ordini Professionali, risulta essere inapplicabile, in quanto il termine temporale per l'approvazione del relativo Decreto Legislativo è scaduto. I restanti articoli della Legge, e quindi anche l'articolo 2 comma 3, sono vigenti;
- 3) In conseguenza della mancata attuazione della delega il principio dell'Obbligatorietà

dell'iscrizione all'Albo per l'esercizio della professione non vale solo nei confronti delle professioni per le quali non esiste un Albo Professionale;

- 4) La legge 43/2006, d'altra parte, ha avuto piena attuazione per tutte le parti diverse dall'articolo 4, come ad esempio nel caso dell'articolo 6 rispetto al quale l'Accordo Stato-Regioni del 1 agosto 2007 ha istituito le funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione; Appare quindi evidente l'insussistenza di ogni affermazione contraria alla legge e alla conferma della sua valenza e vigenza data dall'Organo Vigilante sulle Professioni, il Ministero della Salute, e confermata altresì da diverse decisioni della Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie.

La Presidente
Barbara Mangiacavalli

Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - anno 2016

e Seminario di formazione permanente ECM: "Nuovi orari di lavoro. Vincoli normativi e problemi organizzativi"

4 Aprile 2016

ore 13,45-19,30

Aemilia Hotel Bologna, Bologna

**Convocazione prot. 0000747/2016/II.01
del 02/03/2016**

In esecuzione del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950 n. 221, art. 23 (Regolamento per l'esecuzione del DL 13 settembre 1946, n. 233), è indetta l'**assemblea annuale** degli iscritti all'Albo del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna.

Art. 24

Per la validità dell'Assemblea occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti all'Albo. **Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti.**

La delega deve essere posta in calce all'avviso di convocazione rimesso dal delegato. Quando non sia raggiunto il numero legale per la validità dell'assemblea, viene tenuta, almeno un giorno dopo la prima, una seduta di seconda convocazione, che è valida qualunque sia il numero degli intervenuti, purché non sia inferiore al numero dei componenti il Consiglio Direttivo.

Ogni partecipante non può ricevere più di due deleghe.

1ª convocazione

L'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti è convocata alle ore 23.00 del giorno 29 marzo 2016 nella sede del Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - Bologna.

2ª convocazione

Qualora in prima convocazione non si raggiungesse il numero legale

L'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti è convocata alle ore 13,45 del giorno 4 aprile 2016 presso l'Aemilia Hotel Bologna Via Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

Delega

Gli iscritti all'Albo, impossibilitati ad intervenire all'Assemblea, possono rilasciare, esclusivamente per la seconda convocazione, delega scritta ad un collega iscritto all'Albo di Bologna.

Si ricorda che ogni partecipante all'Assemblea **non può avere più di due deleghe** (art. 24 del Regolamento del DL 13.09.1946 n. 233).

(vedi riquadro sotto)



IPASVI

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA

Corso di formazione continua ECM per Infermieri - Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici

Assemblea ordinaria annuale 2ª convocazione

e
Seminario di formazione permanente ECM

"Nuovi orari di lavoro. Vincoli normativi e problemi organizzativi"

4 Aprile 2016

ore 13.45 - 19.30

Aemilia Hotel Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

PROGRAMMA

4 APRILE 2016	CONTENUTI
Ore 13.45 - 14.00	Accoglienza e registrazione partecipanti
Ore 14.00 - 16.00	Relazione: Quadro normativo di riferimento Dott. Luca Benci
Ore 16.00 - 17.00	Tavola rotonda con i rappresentanti delle Direzioni Aziendali provinciali: Le ricadute sull'organizzazione del lavoro, problemi irrisolti
Ore 17.00 - 18.00	Risposte a domande dei partecipanti
Ore 18.00 - 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione
Ore 18.00 - 18.30	Assemblea ordinaria annuale <ul style="list-style-type: none"> Relazione consuntiva della Presidente anno 2015. <i>Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del rendiconto consuntivo anno 2015. <i>Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione su rendiconto consuntivo anno 2015. <i>Relatore: Sig.ra Ada Lelli - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio consuntivo
Ore 18.30 - 19.00	<ul style="list-style-type: none"> Relazione programmatica della Presidente anno 2016. <i>Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del bilancio di previsione anno 2016. <i>Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione sul bilancio di previsione 2016. <i>Relatore: Sig.ra Ada Lelli - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio di previsione
Ore 19.00 - 19.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

6



Data

Il sottoscritto

Delega a partecipare all'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna indetta per il

giorno 4 aprile 2016 il sig./la sig.ra:

Firma del delegante
(leggibile)

LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA

Destinatari:

Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti al Collegio di Bologna

Docente: Luca Benci

Giurista, direttore dal 1998 al 2004 della Rivista di diritto delle professioni sanitarie (Lauri edizioni). Autore di numerose pubblicazioni sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie.

Svolge attività di consulenza e docenza presso Aziende USL e ospedaliere, società di formazione, Università degli Studi, Associazioni, Collegi e Ordini professionali in materia di diritto sanitario, responsabilità professionale e biodiritto.

Membro del Consiglio Direttivo della Consulta di Bioetica.

Metodi di lavoro:

Lezioni frontali, discussioni interattive, tavola rotonda

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

personal computer, videoproiettore

Posti disponibili: n. 200**Sede del corso: AEMILIA HOTEL BOLOGNA** – Aula Artemide - Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna.

In auto: dalla tangenziale imboccare l'uscita n. 11 San Vitale, svoltare a destra in Via Massarenti seguendo le indicazioni per il centro e proseguire fino all'Ospedale Sant'Orsola Malpighi. Svoltare nuovamente a destra in Via Zaccherini Alvisi. Parcheggio Convenzionato con il Collegio IPASVI: GARAGE "ZACCHERINI ALVISI" Via Zaccherini Alvisi, 12 Bologna (tariffe agevolate per gli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna). Per informazioni sulle modalità di usufrutto della convenzione, ritirare il tagliando presso la Segreteria dell'evento.

In autobus: dalla stazione ferroviaria linee n. 32, 36 e 37 e, dal centro, linee n. 14, 20, 89 e 94

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM è aperto **in prima istanza** a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo **IPASVI di Bologna** e, **in caso di disponibilità di posti**, agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti ad un qualunque Collegio IPASVI d'Italia.

Si rammenta che i criteri per definire la **presenza** utile a consentire il **conseguimento dei crediti ECM** a coloro che prendono parte agli eventi formativi prevedono:

- Il **100%** delle ore di partecipazione previste da programma, in quanto evento con **durata inferiore o uguale alle 6 ore**.

Si ricorda comunque che:

- 1) Il tempo viene calcolato escludendo quello previsto per le prove di valutazione finali;
- 2) Per conseguire i crediti è necessario anche superare la prova di valutazione finale.

Si invitano pertanto i partecipanti ad attenersi alle indicazioni sopra riportate; in caso contrario, il conseguimento dei crediti ECM non può essere garantito.

Durata dei lavori: ore 5,5 INTERO EVENTO – ORE 4 EVENTO FORMATIVO (per cui è richiesto l'accreditamento)

In fase di accreditamento ECM**Preiscrizioni e iscrizioni:**

Dal 7 Marzo 2016 per gli iscritti al Collegio IPASVI di BOLOGNA

In caso di disponibilità di posti, e fino ad esaurimento dei suddetti, dal 29 marzo al 4 aprile è possibile prenotare anche per gli iscritti agli altri Collegi IPASVI d'Italia

MODALITÀ D'ISCRIZIONE

Si ricorda che è indispensabile effettuare **la preiscrizione** all'evento, recandosi presso la segreteria del Collegio IPASVI o telefonando al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo l'invio della **scheda di iscrizione**, debitamente compilata e firmata, che deve pervenire al Collegio **entro e non oltre 10 giorni dalla data in cui è stata effettuata la preiscrizione**.

Per facilitare la partecipazione, è eventualmente possibile anche effettuare l'iscrizione dalle ore 13.45 alle ore 14.00 nel giorno stesso e presso la sede ove sarà tenuta l'Assemblea: per mantenere il rispetto dei tempi programmati e agevolare il lavoro della Segreteria, si chiede, cortesemente, che questa scelta venga adottata **solo da coloro che non hanno assolutamente la possibilità di iscriversi nei modi e nei tempi sopra indicati**.

SCHEDA DI ISCRIZIONE al Seminario di formazione permanente ECM
“Nuovi orari di lavoro. Vincoli normativi e problemi organizzativi”

Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat.... a il

codice fiscale.....

residente in via a

iscritt.... all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna dal al N°

o altro Collegio IPASVI della Provincia di dal al N°

in servizio presso (denominazione della struttura sanitaria / sociale o libera professione).....

tel. Lavoro tel.casa cell.

e-mail

Chiede di essere ammesso/a al seminario di formazione continua **“Nuovi orari di lavoro. Vincoli normativi e problemi organizzativi”**.

Si ricorda che è indispensabile effettuare **la preiscrizione** recandosi presso la segreteria del Collegio IPASVI o telefonando al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00). Non si accettano preiscrizioni pervenute con modalità differenti da quelle elencate. L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo **dopo l'invio** al Collegio della presente **scheda**, che deve pervenire **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione**.

Bologna, li.....

Firma
(leggibile)

.....

IPASVI Bologna Social: 35.000 di Voi, 35.000 di Noi

Trentacinquemila visitatori unici nel sito www.ipasvibo.it nel mese di febbraio 2016. Oltre 2200 "amici" su facebook, più di 500 "follower" su Twitter. In pochi mesi.

Prosegue senza sosta e con un notevole riscontro in termini di coinvolgimento, l'attività di comunicazione del Collegio IPASVI di Bologna. Un coinvolgimento che è dimostrato anche dalle tantissime interazioni che avvengono all'interno dei social network, all'interno dei quali Ipasvi Bologna si è inserito tra i punti di riferimento, citato e condiviso.

Come evidenziato in uno specifico articolo della Rivista, da novembre scorso, l'attività di comunicazione "social" ha avuto come perno centrale l'hashtag #noisiamopronti, un pensiero all'interno del quale si sono riconosciuti migliaia di professionisti in tutta Italia a seguito della sospensione dei medici dall'ordine di Bologna per aver riconosciuto, nei protocolli operativi dell'emergenza territoriale, alcune competenze infermieristiche avanzate.



Un post su Twitter dell'Assessore alla Sanità del Comune di Bologna



Numerosi i commenti Twitter che menzionano il Collegio Ipasvi di Bologna

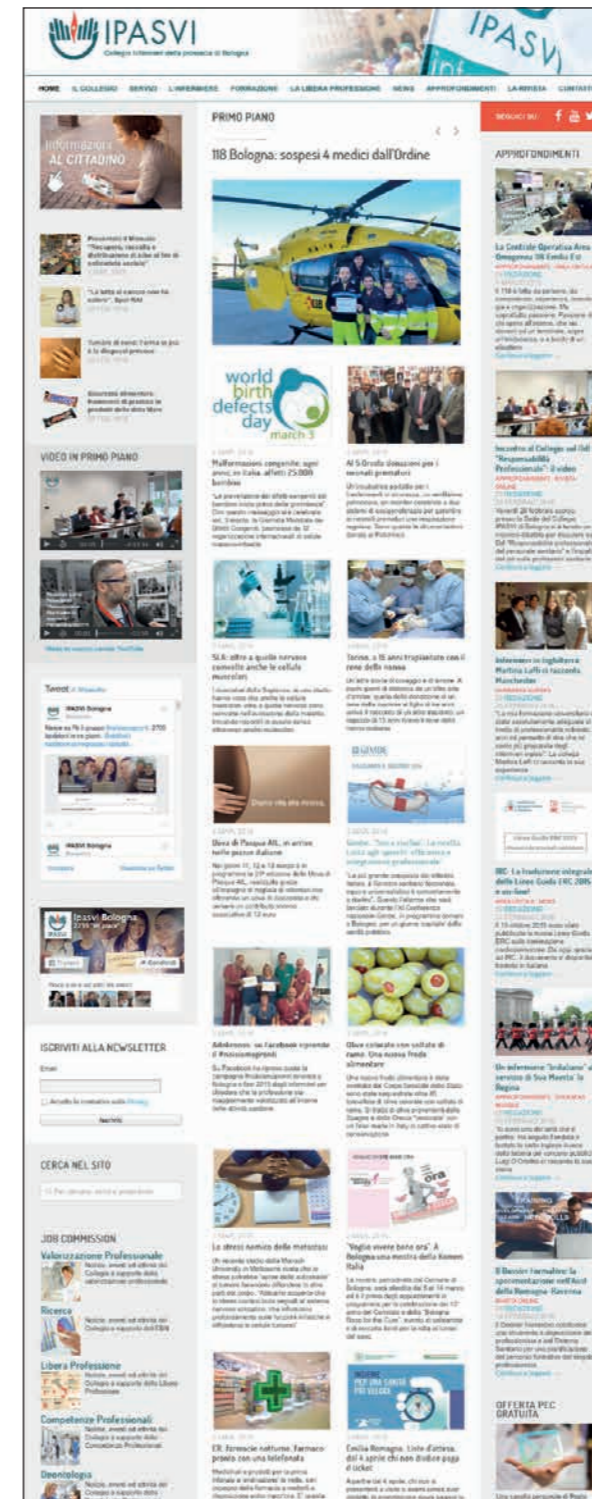
La condivisione di un articolo dell'Assessore Regionale alla Salute

Visitatori, iscritti e persone che ci seguono che ripagano gli importanti sforzi sostenuti mantenere costantemente aggiornati i diversi canali comunicativi. Un costante aggiornamento di notizie, curiosità, foto, video, testimonianze che hanno l'obiettivo di aggiornare la comunità professionale ed i cittadini, per far conoscere le tante realtà d'eccellenza nel nostro territorio, con uno sguardo critico e costruttivo verso le criticità che via via si presentano.

Il sito internet

Il portale del Collegio (www.ipasvibo.it) così come illustrato negli ultimi numeri della Rivista, è stato "ristrutturato" dal punto di vista grafico nel mese di settembre 2015.

Un sito ricco di argomenti, news, aggiornamenti, approfondimenti costantemente aggiornato con notizie di attualità del mondo sanitario, con spunti di approfondimento e di riflessione che ci provengono anche da tanti colleghi e iscritti.



Le sezioni del sito

Il sito presenta una prima pagina molto ricca e variegata per dare al lettore la possibilità di costruirsi la propria "navigazione".

Di seguito vengono illustrate le sezioni principali che compongono il sito:

- **Primo Piano e News** con notizie di attualità e di aggiornamento che riguardano principalmente il contesto sanitario, locale e di rilievo nazionale;
- **Informazioni al cittadino** che raccoglie principalmente articoli di interesse generale basati sulla tutela e sulla prevenzione della salute;
- **Approfondimenti** con articoli redatti da colleghi per offrire un approfondimento su una particolare esperienza, su nuove tecniche o terapie.



Per approfondire il lavoro delle diverse Commissioni di lavoro avviate all'interno del Consiglio Direttivo è stata creata un'apposita sezione del sito, all'interno della quale è possibile trovare tutte le attività svolte in questi mesi.



Notizie di approfondimento

JOB COMMISSION
Valorizzazione Professionale
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto della valorizzazione professionale

Ricerca
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto dell'EBN

Libera Professione
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto della Libera Professione

Competenze Professionali
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto delle Competenze Professionali

Deontologia
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto della Deontologia Professionale

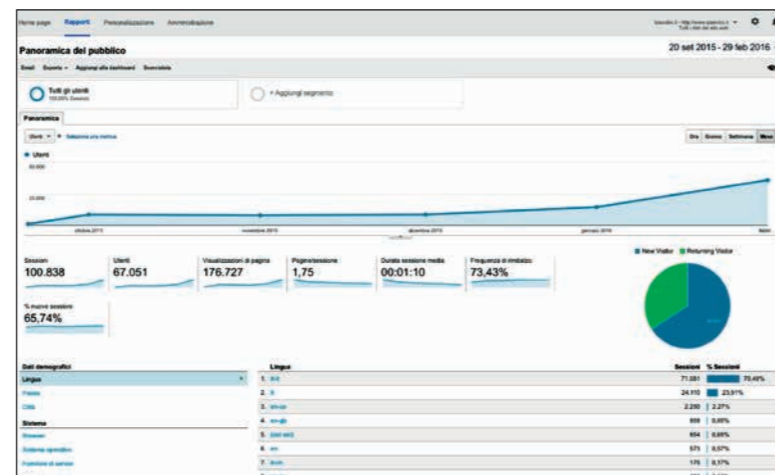
Esercizio Professionale
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto dell'Esercizio Professionale

Infermieri Stranieri
 Notizie, eventi ed attività del Collegio a supporto degli infermieri stranieri che prestano servizio in Italia

(La sezione "Commissioni di lavoro" del Consiglio Direttivo)

Il sito in numeri

A fine settembre il portale web del collegio è stato ristrutturato graficamente. Da quel momento il numero dei visitatori ha presentato un incremento esponenziale, passando da 2500/2500 visitatori mensili agli oltre 35.000 nel mese di febbraio, con una crescita costante.



In questo caso, il numero dei visitatori è conteggiato come "visitatore unico" ovvero la persona che entra almeno una volta nel sito, senza rientrare nel conteggio tutte le volte che accede nel sito. Pertanto possiamo evidenziare che i 67.000 utenti che hanno avuto accesso nel sito da settembre a fine febbraio hanno aperto oltre 100.000 sessioni (accesso alle pagine del sito).

Tante e diverse le pagine e gli articoli visitati. Di seguito riportiamo le pagine più "clickate":

Pagina	Visualizzazioni di pagina	Visualizzazioni di pagina uniche	Tempo medio sulla pagina	Accessi
/	176.727 % del totale: 100,00% (176.727)	134.828 % del totale: 100,00% (134.828)	00:01:33 Media per visita: 00:01:33 (0,00%)	100.835 % del totale: 100,00% (100.835)
1. /	21.211 (12,00%)	11.188 (8,30%)	00:01:14	9.575 (9,50%)
2. /2016/118-bologna-sospesi-4-medici-dallordine.html	16.980 (9,61%)	14.518 (10,77%)	00:01:45	14.367 (14,25%)
3. /2016/concorso-infermieri-bologna-pubblicato-in-gazzetta-ufficiale.html	10.130 (5,73%)	7.868 (5,84%)	00:02:32	7.563 (7,50%)
4. /2016/dislessia-un-corto-animato-per-capire-di-piu.html	6.596 (3,73%)	5.093 (3,78%)	00:01:38	4.998 (4,96%)
5. /2016/bologna-in-arrivo-il-concorso-per-infermiere.html	4.296 (2,43%)	3.468 (2,57%)	00:02:40	3.213 (3,19%)
6. /formazione/	3.273 (1,85%)	2.020 (1,50%)	00:00:43	188 (0,19%)
7. /2016/irc-ia-traduzione-integrale-delle-linee-guida-erc-2015-e-on-line.html	2.855 (1,62%)	2.223 (1,65%)	00:02:12	2.163 (2,16%)
8. /2015/polemica-sul-ruolo-infermieri-nel-118-comunicato-stampa-ipasvi.html	2.840 (1,61%)	2.281 (1,69%)	00:02:37	2.161 (2,14%)
9. /2016/competenze-infermieristiche-cdm-approva-decreto-legislativo.html	2.788 (1,58%)	2.398 (1,78%)	00:02:23	2.317 (2,30%)
10. /2015/s-crsola-malpighi-il-video-del-nuovo-polo-cardio-toraco-vascolare.html	2.763 (1,56%)	2.064 (1,53%)	00:02:40	1.928 (1,91%)

La prima pagina più visitata, nell'immagine contraddistinta con il simbolo "/" è la home page, ovvero la pagina di apertura del sito. Molti utenti che accedono al sito attraverso i social network, leggono direttamente l'articolo, senza passare dalla prima pagina. In questo caso gli utenti sono entrati dal sito passando dalla prima pagina, per poi selezionare e leggere l'articolo o la sezione interessata.

La pagina Facebook

Ipasvi Bologna è la pagina del Collegio su Facebook. Una pagina che nel giro di pochi mesi ha ricevuto numerosi contatti ed iscritti. Ad oggi sono oltre 2200 gli iscritti che leggono e ricevono costantemente gli aggiornamenti. Nella pagina vengono inseriti prevalentemente gli articoli pubblicati nel sito ipasvibo.it, con aggiunta di notizie, curiosità ed appuntamenti condivisi dalla rete dei social.



La pagina Facebook del Collegio

All'interno di questa pagina, nel mese di novembre 2015 è nato ed ha riscontrato un notevole successo il movimento "#noisiamopronti" che è sfociato, il 22 novembre, nel #noisiamopronti day in Piazza Maggiore. All'interno di questo numero della Rivista è stato dedicato un articolo di approfondimento su un "fenomeno" che ha coinvolto migliaia di infermieri in tutta Italia.

L'account Twitter

Di recentissima apertura, la pagina Twitter del Collegio, conta oggi oltre 500 "followers", ovvero 500 persone che seguono la pagina. Tante e diverse anche le Istituzioni e Associazioni che seguono l'account. Anche su Twitter il movimento #noisiamopronti ha ricevuto tantissimo sostegno ed è stato condiviso da numerosi contatti e istituzioni.



Il Canale YOU TUBE

Ipasvi Bologna ha istituito anche un canale sul portale You tube, noto per la gestione e la condivisione dei video nella rete. Tanti e diversi i video caricati all'interno della pagina. Video che fanno riferimento alle attività del Collegio, tra cui momenti di valorizzazione professionale, come la partecipazione alla Strabologna, e momenti formativi con i video delle relazioni.





Bando di Ricerca INFERMIERISTICA

La ricerca infermieristica è il mezzo fondamentale per accrescere le conoscenze disciplinari, consentendo alla comunità scientifica di migliorare la qualità delle cure infermieristiche erogate e quindi gli esiti delle Persone assistite.

In relazione al valore che la ricerca ha nell'ambito della disciplina e viste le difficoltà oggettive nella realizzazione di progetti di ricerca spontanea, il Collegio IPASVI di Bologna istituisce un Bando per il finanziamento di progetti di ricerca infermieristici.

Criteria di ammissibilità dei progetti

Possono concorrere progetti **inerenti a tematiche di ambito infermieristico**, presentati da un referente (ricercatore responsabile) che deve essere **iscritto al Collegio IPASVI di Bologna**.

Possono essere ammessi progetti di ricerca spontanei, non ancora avviati.

I progetti di ricerca possono essere proposti da gruppi monoprofessionali o multiprofessionali. Non saranno ammessi progetti presentati da singoli.

È tuttavia criterio di preferenza la presentazione da parte di un gruppo di ricerca multiprofessionale.

Il ricercatore responsabile sarà colui che terrà i contatti con il Collegio IPASVI nell'ambito del periodo di validità del bando e per la durata dei suoi effetti, nel caso in cui il progetto fosse selezionato per il finanziamento.

Non sono ammissibili progetti di ricerca che rientrano nell'ambito dell'elaborazione di tesi di master, di laurea di primo o secondo livello o di dottorato.

Presentazione delle domande

Le domande dovranno pervenire presso all'indirizzo di posta elettronica bologna@ipasvi.legalmail.it, entro le ore 24:00 di domenica 1 maggio 2016. Trascorsa

questa data nessun nuovo progetto sarà ammesso alla valutazione, né saranno accettati materiali integrativi, se non espressamente richiesti dalla commissione di valutazione dei progetti.

Sarà cura della Segreteria del Collegio comunicare al referente, via e-mail, l'avvenuto ricevimento del materiale.

La presentazione dei progetti dovrà essere realizzata mediante la predisposizione della sinossi dello studio, secondo l'Allegato 1 e 2 e dovrà contenere:

Se la ricerca è di tipo quantitativo:

Titolo del protocollo

Membri del gruppo di ricerca, con indicata la professione ed il ruolo professionale e l'eventuale ente di appartenenza

Background

Obiettivo dello studio

Disegno dello studio, con indicazione dei criteri di inclusione dei soggetti coinvolti, Interventi o esposizioni valutati, variabili di esito misurate, modalità di elaborazione statistica.

Definizione e rationale della numerosità campionaria.

Preventivo dei costi.

Modulo del Consenso informato

Tempi di attuazione del progetto.

Se la ricerca è di tipo qualitativo:

Titolo del protocollo

Membri del gruppo di ricerca, con indicata la professione ed il ruolo professionale e l'eventuale ente di appartenenza.

Background

Focus dello studio

Disegno dello studio, con indicazione dei criteri di inclusione dei soggetti coinvolti

Modalità di raccolta dati

Strategie per garantire la credibilità, l'affidabilità e la confermabilità dello studio

Tecniche di analisi dei dati che saranno adottate.

Preventivo dei costi.

Modulo del Consenso informato

Tempi di attuazione del progetto.

Selezione dei progetti

I progetti di ricerca verranno valutati da una commissione composta dalla Presidente del Collegio IPASVI di Bologna, consiglieri del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna, appartenenti alla Commissione per la Ricerca Infermieristica, ed esperti nell'ambito della ricerca infermieristica dell'area della Provincia di Bologna.

La valutazione verrà effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- Pertinenza del tema di ricerca alla disciplina infermieristica.
- Coerenza tra obiettivi e disegno dello studio.
- Completezza e chiarezza della documentazione riportata.
- Fattibilità del progetto di ricerca.
- Coerenza e adeguatezza del piano dei costi.

La valutazione verrà effettuata dalla commissione nominata che produrrà i verbali per la valutazione di ogni singolo progetto. Entro il 31 maggio 2016 verranno resi noti i risultati della valutazione. Il referente di ogni progetto riceverà un feedback da parte della commissione.

Nel caso in cui nessun progetto presentasse i requisiti necessari, il finanziamento non verrà assegnato.

Una volta individuato il/i progetto/i i vincitori del bando saranno chiamati a firmare un protocollo d'intesa, insieme alla Presidente del Collegio IPASVI di Bologna, al quale dovranno essere allegati, a cura del ricercatore responsabile, il protocollo completo dello studio, e se richiesto, il parere del Comitato Etico competente, e tutta la documentazione ad esso presentata. Tali documenti devono essere presentati entro 6 mesi dalla notifica del Collegio.

Finanziamento dei progetti di ricerca

Complessivamente verranno assegnati ai progetti di ricerca € 3000,00.

Finanziamento dei progetti di ricerca

Il Collegio IPASVI di Bologna sosterrà le spese dei progetti di ricerca ammessi al finanziamento per un massimo complessivo di € 3000,00. Il numero massimo

di progetti finanziati sarà di 6 mentre il minimo può essere 1.

Sono ammissibili spese relative a:

1. acquisto di materiale coperto da copyright per la raccolta dei dati (ad esempio, questionari validati nella versione italiana ma non di uso libero);
2. compenso per attività di collaborazione (ad esempio, elaborazioni statistiche specialistiche, traduzione di un articolo finale in lingua inglese o spoglio di questionari ed inserimento dei dati in archivi informatici);
3. ricerca bibliografica (ad esempio, consultazione a pagamento di banche dati telematiche o acquisto di libri o singole riviste);
4. predisposizione di materiale utile alla ricerca (ad esempio, copia di questionari o stampa di manuali di istruzioni);
5. pagamento della quota necessaria per la pubblicazione dei risultati dello studio in una rivista "Open Access".

Tutte le spese preventivate inserite nel progetto di ricerca saranno considerate lorde.

Le quote di finanziamento verranno erogate ad intervalli predefiniti ed a seguito della presentazione della relativa rendicontazione. A seguito della firma del protocollo di intesa, a cui verranno allegati anche i preventivi, l'entità del finanziamento non potrà in alcun modo essere aumentata ed eventuali ridistribuzioni degli importi destinati alle diverse voci del preventivo, dovranno essere accordati formalmente con la Presidente del Collegio IPASVI di Bologna.

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi a daniela.mosci@pecipasvi.it.

Allegato 1: form per la sinossi dello studio quantitativo, preventivo dei costi e pianificazione temporale dello studio.

Allegato 2: form per la sinossi dello studio qualitativo, preventivo dei costi e pianificazione temporale dello studio.



Format per la presentazione della sinossi del protocollo di studio quantitativo

Titolo del protocollo	
Membri del gruppo di ricerca (Indicare la professione ed il ruolo professionale e l'eventuale ente di appartenenza)	
Background	
Obiettivo dello studio	
Disegno dello studio, con indicazione dei criteri di inclusione dei soggetti coinvolti, Interventi o esposizioni valutati, variabili di esito misurate, modalità di elaborazione statistica.	
Definizione e rationale della numerosità campionaria.	
Analisi statistiche previste	

Preventivo di spesa

Spese per servizi (es statistico, traduttore) Specificare	
Spese per acquisizione di materiale documentale (strumenti a pagamento, letteratura a pagamento) Specificare	
Spese per produzione di materiali (Stampa materiale cartaceo per lo studio es moduli) Specificare	
Costi di pubblicazione (pubblicazione in riviste open access)	

Allegare:

- Tempogramma con la pianificazione dei tempi di realizzazione dello studio
- Modulo di consenso informato

Format per la presentazione della sinossi del protocollo di studio quantitativo

Titolo del protocollo	
Membri del gruppo di ricerca (Indicare la professione ed il ruolo professionale e l'eventuale ente di appartenenza)	
Background	
Obiettivo e focus dello studio	
Disegno dello studio, con indicazione dei criteri di inclusione dei soggetti coinvolti	
Modalità di raccolta dati	
Strategie per garantire la credibilità, l'affidabilità e la confermabilità dello studio	
Tecniche di analisi dei dati che saranno adottate	

Preventivo di spesa

Spese per servizi (es trascrizione dei testi, traduttore) Specificare	
Spese per acquisizione di materiale documentale o altro materiale (strumenti a pagamento, letteratura a pagamento) Specificare	
Spese per produzione di materiali (Stampa materiale cartaceo per lo studio es moduli) Specificare	
Costi di pubblicazione (pubblicazione in riviste open access)	

Allegare:

- Tempogramma con la pianificazione dei tempi di realizzazione dello studio
- Modulo di consenso informato

Avviso per 16 Infermieri per partecipare agli Esami di Stato dei laureandi Infermieri

Ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del D. Lgs 502/1992 e successive modificazioni, la prova finale dei Corsi di Laurea in Infermieristica e del Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica ha valore di Esame di Stato abilitante all'esercizio professionale.

Tenuto conto delle Linee Guida emanate dalla Federazione di Collegi IPASVI, e in considerazione del fatto che nella Commissione è prevista la partecipazione di almeno due membri designati dal Collegio Professionale, si ritiene necessario istituire un elenco di Infermieri che intendono partecipare a tali Commissioni. Sulla base di quanto sopra, si pubblica avviso per raccogliere le adesioni per l'istituzione dell'elenco.

Requisiti minimi

- 1) Iscrizione all'Albo Professionale del Collegio IPASVI di BOLOGNA;
- 2) 3 anni di anzianità nel profilo professionale.

Criteri di valutazione

Le domande verranno valutate tenendo in considerazione i seguenti criteri:

- Possesso titolo di Master I livello (2 pt/Master)
- Possesso titolo di Master II livello (2 pt/Master)
- Possesso della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (3 pt)

- Anzianità nel ruolo professionale (1pt per anno)
Le domande verranno valutate da una Commissione interna al Collegio IPASVI di BOLOGNA, con giudizio insindacabile.

I Candidati che vogliono partecipare all'Avviso dovranno far pervenire la domanda presso il Collegio IPASVI di BOLOGNA negli orari di apertura ufficio o tramite indirizzo pec: bologna@ipasvi.legalmail.it

entro e non oltre le ore 12,00 del 1 Giugno 2016.

Si fa presente che le domande pervenute fuori termine o fatte pervenire a ufficio diverso da quello indicato non verranno prese in considerazione.

Nella domanda, gli aspiranti dovranno indicare, sotto la propria responsabilità:

- data, luogo di nascita e residenza;
- i titoli di studio posseduti;
- l'anzianità nel profilo professionale;
- l'anzianità di servizio;
- la residenza presso la quale, ad ogni effetto, deve essere inoltrata ogni eventuale comunicazione;
- l'indirizzo mail di posta certificata.

Gli Infermieri inseriti nell'elenco dovranno partecipare, con valutazione positiva, a un Corso gratuito di Formazione di 4 ore.



La prima foto pubblicata
in rete con hashtag
#noisiamopronti



Foto proveniente da Manchester

Una meravigliosa pagina di storia infermieristica, scritta e voluta dagli infermieri, per gli infermieri per dire: #noisiamopronti per le competenze specialistiche #noisiamopronti per rispondere ai bisogni del cittadino #noisiamopronti per sostenere un cambiamento #noisiamopronti per un riconoscimento economico e contrattuale non più rinviabile Ma andiamo con ordine.

Cosa è successo?

Tutto inizia a Novembre 2015, con un articolo pubblicato da Quotidiano Sanità nel quale si dà notizia del fatto che alcuni responsabili medici del 118 di alcune province dell'Emilia Romagna sono sotto il giudizio delle commissioni disciplinari dei rispettivi ordini, con la pesante accusa di istigazione all'esercizio abusivo della professione medica. Tra le prove contro i medici i protocolli infermieristici utilizzati nei Servizi di Emergenza Territoriale. Protocolli in cui gli infermieri, al fine di salvaguardare la persona in imminente stato di pericolo (stiamo parlando dell'emergenza territoriale), possono procedere avvalendosi di tecniche di rianimazione avanzata e di farmaci salvavita, in coerenza con quanto evidenziato da tutte le società scientifiche del settore, italiane e internazionali.

I commenti del Presidente dell'Ordine dei medici di Bologna lascia basiti: "gli infermieri non sono pronti per le competenze avanzate. Inoltre la legislazione non lo consente".

La notizia scatena tante reazioni e prese di posizione da parte di singoli e istituzioni, tutti a difesa dell'ope-

#noisiamopronti UN'EMOZIONANTE PAGINA DI STORIA INFERMIERISTICA

Si chiama "hashtag" nel linguaggio dei social network ed è rappresentato dal cancelletto (#) posto davanti ad una parola, un termine, un aggettivo, un verbo o una piccola frase

Un linguaggio universalmente riconosciuto su internet e nel vasto e articolato mondo dei social network - Facebook e Twitter in particolare - per descrivere in forma contratta una sensazione, un momento, un episodio. Un termine che, se condiviso e rilanciato da altre persone diviene comune, o per utilizzare il linguaggio della rete, "virale". Si propaga nello spazio virtuale come una vera e propria epidemia digitale. Velocemente. Ecco: #noisiamopronti è stata una frase (o forse un'emozione) che è diventata virale su Facebook, su Twitter e sul web nel mese di novembre 2015 e che ha coinvolto migliaia di infermieri.



Collegli svizzeri che partecipano al #noisiamopronti



Collegli italiani in Inghilterra

Immagini del #noisiamopronti day



rato dei medici coinvolti e della legittimità dell'attività dagli infermieri. Intervengono i Presidenti dei Collegi IPASVI della Regione Emilia Romagna, la Federazione nazionale IPASVI, l'Aniarti (Associazione Infermieri di Area Critica) l'IRC e la Simeu. Il Presidente di Simeu (Società Italiana di Medicina delle Emergenze/Urgenze), Cibinal, commenta proprio in quei giorni: "Al di là delle polemiche l'obiettivo dei sistemi di emergenza territoriale è di assicurare alla popolazione la migliore risposta possibile nelle urgenze ed emergenze, impiegando tutte le risorse disponibili, professionali (medici e infermieri) e non professionali (tecnici, volontari del soccorso e semplici cittadini), nell'ambito di un'organizzazione coerente integrata con la rete dei PS e degli ospedali. In alcuni paesi, con sistemi di emergenza molto efficaci (come gli USA), sulle ambulanze non ci sono medici o infermieri; in Europa e nelle diverse regioni italiane la presenza dei professionisti sanitari sui mezzi di soccorso è variabile. Il problema non è chi sta sulle ambulanze, ma la competenza di chi ci sta, in rapporto all'organizzazione e alle procedure da attuare".

E chiude con una nota che richiama tutti alla realtà: "Se fossi vittima di uno shock anafilattico vorrei essere soccorso subito da chi passa, vorrei che l'ambulanza arrivasse il prima possibile e vorrei essere trattato con il farmaco giusto (adrenalina) al più presto, non importa se da un medico o da un infermiere".

Naturalmente anche il Collegio IPASVI di Bologna interviene più volte, da un lato per rassicurare i cittadini sull'appropriatezza delle attività svolte dagli infermieri del 118 e dall'altro per raccogliere e farsi portavoce della rabbia e della frustrazione che in breve viene espressa da tutta la comunità infermieristica che nella disconferma del lavoro svolto dai colleghi del 118 identifica una disconferma più generale delle proprie competenze certificate e acquisite dopo anni di studio accademico; delle abilità tecnico scientifiche mantenute costantemente nel tempo; delle esperienze professionali pluriennali basate sulla collaborazione e quindi sulla convinzione che professionisti diversi, con competenze diverse, debbano integrarsi per un risultato comune: la miglior salute per i cittadini.

L'idea di una manifestazione silenziosa, ma assai significativa, come la pubblicazione di una foto in divisa con l'hashtag appunto - #noisiamopronti e di un flash mob, #noisiamopronti Day, nella centralissima piazza Maggiore nascono quindi per dare voce e pieno appoggio non solo ai colleghi del 118 ma una comunità, quella infermieristica, che non vuole arretrare di un passo nel lungo percorso di evoluzione avviato per rispondere ai bisogni dei cittadini e di ineludibile integrazione con gli altri professionisti. Migliaia le adesioni: da Ragusa a Treviso, dall'Italia all'Inghilterra, Svizzera, Nuova Guinea, Mozambico.

Le immagini, condivise da politici e istituzioni hanno fatto il giro della rete senza sosta per un mese, fino al 22 Novembre 2015, giorno del #noisiamopronti Day, ripreso da numerose testate giornalistiche.

Il #noisiamopronti day è stato, quindi, un appuntamento per una grande foto di gruppo in Piazza Maggiore di Bologna dopo aver incontrato l'Assessore alla Sanità del Comune di Bologna, Luca Rizzo Nervo, e il direttore del Dipartimento Emergenza dell'Ausl di Bologna, Giovanni Gordini. "Questa giornata - evidenzia la dr.ssa Maria Grazia Bedetti - è una tappa del percorso, che certo non finisce qui. La nostra campagna ha avuto un numero incredibile di adesioni". "Non vogliamo erodere una professione che non



è la nostra, ma semplicemente rispondere ai bisogni dei cittadini in scienza (secondo evidenze accreditate) e coscienza (approfondendo la disciplina che ci è propria, l'infermieristica)".

Al momento della chiusura di questo articolo, domenica 28 Febbraio scorso, si apprende una nuova sconcertante notizia: l'Ordine dei Medici di Bologna sospende i 4 medici coinvolti ed altre 5 sono in attesa di giudizio.

Il Collegio IPASVI di Bologna prontamente interviene chiedendo una presa di posizione chiara delle istituzioni che non tardano ad arrivare. Insieme alle Società scientifiche di riferimento dell'area dell'emergenza intervengono duramente anche la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e, questa volta, anche il Ministero della Salute che chiede spiegazioni all'Ordine.

Rapidamente, il movimento "#noisiamopronti" riprende vitalità. Il Collegio riceve e pubblica altre foto di infermieri che dichiarano di essere pronti per una maggiore autonomia e responsabilità.

Su Facebook viene creata una pagina Facebook #noisiamopronti che, al ritmo di 1000 iscrizioni al giorno, raggiunge in pochi giorni quota 15.000 e non stentiamo a credere che questo numero possa aumentare nei prossimi giorni.

Seguiremo gli eventi e vi terremo informati.



RACE FOR THE CURE 2015

Con più di 17.000 iscritti, a Ottobre 2015, a Bologna si è svolta la Race For The Cure 2015, una manifestazione di tre giorni ricca di iniziative dedicate a salute, sport, benessere e solidarietà. Stamattina si è svolta la tradizionale corsa di 5 km e la passeggiata di 2 km



Il Collegio IPASVI di Bologna, in collaborazione con il Collegio Ostetriche e dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica di Bologna e l'Associazione Italiana dei Fisioterapisti (AIFI), ha partecipato con una squadra di oltre 200 iscritti, chiamata "T.I.F.O. X TE" (Tecnici di Radiologia, Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche) – premiata come squadra più numerosa – e con uno stand all'interno dei Giardini Margherita. La tradizionale corsa di 5 km e la passeggiata di 2 km, per uomini, donne e bambini, competitivi e corridori amatoriali,

evento centrale della manifestazione, si è tenuta il 27 settembre dalle ore 8 alle ore 12. Tre giorni per sostenere la lotta contro i tumori al seno, per stare al fianco delle donne che hanno lottato e lottano per vincere la malattia, per far conoscere l'importante ruolo delle Professioni Sanitarie nei diversi contesti di prevenzione e di cura. Un ringraziamento particolare a tutti i colleghi che hanno permesso questa iniziativa.



Stefano Urbinati, Giuseppe Di Pasquale, Gianluca Montefrancesco, Gianfranco Tortorici, Alessandro Capecchi, Angelo Rendina, Valentina Mantovani, Barbara Bordoni, Letizia Riva, Elisabetta Fantoni, Paolo Pandolfi, Gerardo Astorino, Leonardo Pancaldi

Le Cardiologie di Bologna per la **Giornata del Cuore** riportano alla sua antica funzione uno dei più antichi ospedali d'Europa

Che a Bologna sia stata fondata la più antica Università d'Europa, nel 1088, è noto, ma forse è meno conosciuto il fatto che proprio qui sia stato fondato uno dei primi Ospedali, attorno al 1283, da un francescano venuto da Perugia che, con alcuni confratelli bolognesi fondò l'Ospedale della Vita, dedicato all'assistenza dei pellegrini e degli infermi. Un piatto e un letto caldo, un conforto materiale e spirituale, è tutto quello che poteva fornire un ospedale a quei tempi.

Di fronte all'Ospedale della Vita, che si estendeva nell'area oggi occupata dal Mercato di Mezzo, che possiamo immaginare anche oggi come una grande corsia ospedaliera, sorgerà più tardi quello della Morte, la cui corsia è diventata il portico omonimo, dove ha sede la libreria Nanni che Pierpaolo Pasolini ricorda come uno dei luoghi della sua giovinezza bolognese. L'ospedale della Morte non era chiamato così perché la prognosi fosse diversa da quella che attendeva i pellegrini dell'ospedale della vita, dato che a quei tempi la mortalità era altissima e la vita breve, ma perché era riservato ai condannati a morte e agli eretici, cioè a coloro che la società considerava rei e che invece la pietà bolognese accudiva donando loro un ultimo momento di conforto prima di essere



condotti al patibolo sul colle della Montagnola. Una grande civiltà si scopre anche in questi particolari, dal-

Una grande civiltà si scopre anche in questi particolari, dalla attenzione e dalla pietà dimostrata verso gli ultimi...

la attenzione e dalla pietà dimostrata verso gli ultimi, i più disgraziati, coloro che presto perderanno la vita non per una malattia, ma per una colpa.

Per un giorno, dopo oltre 700 anni, il 13 gennaio 2016 i locali dell'Oratorio di S. Maria della Vita e di quello che, fino alla riforma napoleonica, fu un Ospedale sono tornati alla loro antica funzione nella Giornata del cuore durante la quale medici e infermieri degli ospedali bolognesi, coadiuvati dagli

Amici del cuore, hanno incontrato più di 800 cittadini che hanno potuto effettuare un percorso durante il quale hanno potuto misurare pressione arteriosa, glicemia e colesterolo, hanno potuto confrontarsi con le dietiste, conoscere le iniziative dell'Azienda sul tema dell'esercizio fisico, testare la propria conoscenza sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare grazie alle dimostrazioni effettuate degli istruttori BLS-D ANMCO e infine assistere alle lezioni del cuore in cui è stato spiegato come può essere trattato con tempestività ed efficacia chi è colpito da un infarto e come attuare una prevenzione cardiovascolare per mantenere sano il proprio cuore.

Ma l'occasione, per tutti, è stata anche quella di immergersi nel messaggio profondo che questo complesso monumentale trasmette ancora oggi con il suo



Tra i cittadini ha partecipato alla Giornata del cuore anche il sindaco Virginio Merola che, insieme ai suoi familiari, ha testato i propri indici metabolici e si è iscritto ad un gruppo cammino

carico di umanità, sofferenze e speranza, soprattutto se le preziose opere d'arte custodite vengono osservate non con gli occhi del turista o dell'amante dell'arte, ma con quelli dei malati che per secoli, davanti a quelle immagini e a quelle sculture, hanno pregato sperando di vedere alleviate le proprie sofferenze. Immaginare come gli ammalati e i loro familiari di fronte al "Compianto sul Cristo morto" di Niccolò dall'Arca avranno fatto propria la disperazione delle tre Marie, con la bocca spalancata in un urlo straziante che ne deforma i volti e le vesti, e si saranno immedesimati nell'incredulità di Giovanni e nello sguardo di Giovanni d'Arimatea impietrito di fronte all'arcano mistero della malattia e della morte.

E la stessa immedesimazione va immaginata di fronte al "Transito della Vergine" di Alfonso Lombardi, altro gruppo imponente di terracotta che troneggia sull'oratorio dove abbiamo svolto gli incontri di prevenzione, in cui il feretro di Maria è stato appena rovesciato dall'ebreo Anania, in un gesto sacrilego, ma che ci piace immaginare, con una interpretazione ardita ma adeguata al luogo, come quello di un uomo "nuovo" che sfida la morte e il suo carico di sofferenze. Con un gesto che è un po' il nostro, dei medici e degli infermieri che quotidianamente sfidano la sorte cercando di invertire il naturale decorso di una malattia, offrendo vicinanza, comprensione e sollievo nei casi in cui il decorso sia infausto.

Alfonso Lombardi racconta la scena un attimo prima che un angelo giustiziere, che ha il compito di rimettere le cose al proprio posto, gli tagli le mani mentre, difendendosi dall'ira degli apostoli, in una stupenda invenzione cinquecentesca, cade all'indietro verso di noi, fuori dalla nicchia che contiene il Transito, in una soluzione scenica di grande efficacia. Ma l'assenza del colpo di spada di S. Michele ha dato vita ad una diversa lettura critica, che, riferendosi alla realtà ospedaliera nella quale l'opera è collocata, mette in primo piano la necessità che l'ebreo Anania si converta, rinunciando alla sua ribellione, e accetti l'idea che solo la fede possa guarire gli infermi dalle loro malattie.





Giuliana Nepoti
Infermiere specialista in Cure Palliative e
terapia del dolore (g.nepoti@yahoo.it)

Cannabis ad uso terapeutico: arriva il Decreto

Il 15 dicembre 2015 è entrato in vigore il Decreto Ministeriale della salute del 9 novembre recante il titolo "Funzioni di Organismo Statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica degli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972" pubblicato il 30 novembre 2015 nella Gazzetta Ufficiale.

All'interno del Decreto trovano una adeguata puntualizzazione argomenti fondamentali come: l'autorizzazione, la distribuzione, l'importazione, l'esportazione e la distribuzione della cannabis su tutto il nostro territorio.

Il nodo cruciale del Decreto è regolato dall'attribuzione della funzione di controllo di tutte le fasi sopracitate in capo al Ministero della salute. Esso in successione, domanda, mediante l'utilizzo delle schede tecniche a medici, farmacisti l'uso terapeutico della cannabis in tutte le regioni italiane. In particolare, la sezione "B" della tabella dei medicinali allegata al Testo Unico, che include i medicinali di origine vegetale a base di cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinte) tra quelli che possono essere prescritti con ricetta non ripetibile, fatte salve specifiche prescrizioni indicate dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) nell'ambito dell'eventuale autorizzazione all'immissione in commercio.

Il progetto pilota parte dallo stabilimento Chimico farmaceutico militare di Firenze che sarà in grado di produrre i primi dati della sperimentazione nel primo semestre del 2016. La fase di Progetto Pilota prevede una produzione fino a 100 kg di infiorescenze di cannabis; la produzione industriale sarà effettuata in base alle richieste delle Regioni e Province autonome in relazione al numero dei pazienti trattati. In assenza delle predette richieste, la produzione della sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis, di seguito denominata "sostanza attiva" o cannabis, sarà effettuata in base al consumo nazionale degli ultimi due anni al fine di assicurare la continuità terapeutica.

Di contro, il Ministero della salute, fino ad una adeguata produzione di cannabis in relazione ai bisogni, autorizzerà l'importazione di cannabis dai paesi europei di maggior produzione. Gli impieghi ad uso medico sono presenti in studi clinici controllati, studi osservazionali, nelle revisioni sistematiche e nelle metanalisi della letteratura internazionale indicizzata. I risultati di questi studi non sono conclusivi sull'efficacia dell'uso medico della cannabis nelle patologie sotto indicate, le evidenze scientifiche sono di qualità moderata o scarsa, con risultati contraddittori e non conclusivi, mancano, inoltre, dati a supporto di un favorevole rapporto rischio/beneficio per la cannabis, tuttavia vi è l'indicazione a proseguire nelle ricerche per ottenere evidenze definitive.

La fase di Progetto Pilota prevede una produzione fino a 100 kg di infiorescenze di cannabis

Sarà quindi necessario, dopo un tempo adeguato di uso della cannabis nelle patologie di seguito indicate, riconsiderare gli impieghi suddetti alla luce di trials clinici che in maniera rigorosa evidenzino su un numero significativo di soggetti trattati la reale efficacia della cannabis ad uso medico.

In considerazione delle evidenze scientifiche fino ad ora prodotte, che dovranno essere aggiornate ogni due anni, si può affermare che l'uso medico della cannabis non può essere considerato una terapia propriamente detta, bensì un trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard, quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati, o hanno provocato effetti secondari non tollerabili, o necessitano di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali.

Gli impieghi di cannabis ad uso medico riguardano:

- l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali (Lynch 2015; Koppel et al. 2014; Corey-Bloom et al. 2012; Rog et al. 2007; Ibegdu et al., 2012; Giacoppo et al. 2014; Aggarwal et al., 2007;);
- l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno) in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace (Lucas 2012; Aggarwal 2009; Ellis et al. 2009; Abrams et al., 2009; Eisenberg et al. 2014; Wilsey et al., 2013);
- Per assicurare la continuità terapeutica per ogni paziente in trattamento, sarà possibile utilizzare le preparazioni messe a disposizione con due diverse modalità di assunzione: per via orale o per via inalatoria. In entrambi i casi è consigliabile iniziare da dosaggi minimi su indicazione del medico, per

poi eventualmente regolare tali dosaggi in funzione sia dell'effetto farmacologico che di eventuali effetti collaterali avversi.

Il medico curante indicherà al paziente la modalità e i tempi di preparazione del decotto, la quantità di infiorescenze e di acqua da utilizzare e il numero di somministrazioni nella giornata. È possibile preparare un decotto di infiorescenze in acqua bollente, e assumere tale preparazione dopo circa 15 minuti di bollitura con coperchio. A titolo indicativo, il rapporto è di 500 mg di cannabis per 500 ml di acqua.

Qualora la somministrazione orale non produca gli effetti farmacologici desiderati o quando il medico curante lo ritenga opportuno, è possibile utilizzare la modalità di somministrazione per via inalatoria mediante l'utilizzo di un vaporizzatore specifico per l'uso medico della cannabis. In tal caso le infiorescenze vengono poste all'interno dell'apparecchiatura, si attende il completamento del riscaldamento, indicato dall'apparecchio stesso e quindi si inala il prodotto vaporizzato.

Anche nel caso della somministrazione per via inalatoria, sarà il medico curante ad indicare al paziente le quantità di infiorescenze da utilizzare (usualmente 200 mg di infiorescenze), gli intervalli di tempo tra due inalazioni successive ed il numero di inalazioni da effettuare nella giornata.

Una particolare attenzione va posta agli effetti collaterali in considerazione del fatto che vi sono numerose evidenze sugli effetti avversi dell'uso "ricreazionale" di cannabis ma di contro non ci sono altrettanto informazioni nel caso dell'uso medico della cannabis. Nei due casi infatti i dosaggi e le vie di somministrazione possono essere significativamente differenti. Gli effetti collaterali più comuni, osservati dopo il consumo "ricreazionale" di cannabis, sono: alterazione dell'umore, insonnia e tachicardia, crisi paranoiche e di ansia, reazioni psicotiche ed infine la sindrome amotivazionale. Quest'ultima consiste in apatia, mancanza di motivazioni, letargia, peggioramento della memoria e della concentrazione e stato di giudizio alterato.

L'uso della cannabis in associazione con bevande alcoliche intensifica gli effetti avversi sopra menzionati. Gli operatori sanitari che osservino una sospetta reazione avversa forniscono tempestiva comunicazione all'ISS (entro 2 giorni lavorativi) della reazione attraverso la scheda di segnalazione (Allegato "B"), reperibile sui siti dell'ISS, Ministero della salute e AIFA.

Nell'ambito delle attività di sorveglianza si prevede:

- la raccolta e registrazione delle schede di segnalazione in un database dedicato e riservato presso l'Istituto superiore di sanità. Le schede saranno registrate in forma anonima e consultabili solo dagli esperti di tossicologia, di farmacologia e di preparazioni magistrali del comitato scientifico del sistema di fitosorveglianza, che avranno accesso al sistema tramite specifiche credenziali;
- la valutazione clinica di tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse (gravi e non gravi) da parte di esperti di tossicologia, di farmacologia e di preparazioni magistrali del comitato scientifico del sistema di fitosorveglianza;
- nel caso di reazioni gravi, sarà acquisito il follow-up clinico del paziente;
- nel caso di reazioni gravi, l'acquisizione dei prodotti assunti dai pazienti, tramite i Carabinieri NAS secondo le normali procedure del Ministero della salute, per le analisi di laboratorio per la determinazione e dosaggio dei principi attivi, che saranno effettuate presso l'ISS;
- il ritorno dell'informazione al segnalatore sulle valutazioni effettuate per via elettronica (mail) da parte dell'ISS.

Non di scarso interesse anche l'impatto economico della produzione a livello nazionale del prodotto. Il costo di produzione della sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis avrà un costo di produzione stimato in euro 5,93 al grammo. I costi previsti non tengono conto dell'IVA da applicare.

La tariffa della cannabis sarà determinata per aggiornamento dell'allegato "A" al decreto ministeriale 18 agosto 1993, da revisionare ogni due anni in base alle eventuali fluttuazioni dei costi di produzione, sentita la FOPI (art. 125 TULL.SS).



Riforma degli Ordini Professionali

Intervista alla Senatrice Silvestro



In questi giorni, il riordino della disciplina degli Ordini delle Professioni Sanitarie previsto dall'art.3 del ddl-lorenzini è in esame in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Una normativa che si attende da anni. Ne parliamo con la Senatrice Annalisa Silvestro, componente della Commissione.

Senatrice Silvestro, in questi giorni è in corso l'esame sul Ddl Lorenzin. A distanza di 10 anni dalla mancata applicazione della Legge 43, ritiene che sia "la volta buona"? Potrebbe proprio esserlo. Dopo alcuni mesi di stasi dovuta prevalentemente a questioni tecniche in seno alla Commissione Bilancio del Senato e al susseguirsi di provvedimenti legislativi che assumevano un carattere prioritario rispetto al ddl "Lorenzin", stiamo lavorando con sistematicità e un buon ritmo sulla disamina dei numerosi emendamenti al testo di legge originario. Durante questa settimana abbiamo quasi completato l'articolo tre che è quello che riguarda specificamente la riforma degli ordini. Il clima in Commissione è buono e fattivo; c'è la consapevolezza dell'attesa della conclusione dell'iter parlamentare da parte di numerosi professionisti. C'è chi aspetta una innovazione di norme antiche, c'è chi aspetta – finalmente – la trasformazione dei Collegi in Ordini e chi aspetta l'istituzione di un proprio Albo professionale e l'inserimento di tale albo in uno degli Ordini che si verranno a costituire dopo la trasformazione dei Collegi in Ordini. Non ci sono stati, ad oggi, fenomeni di ostruzionismo quanto un dibattito importante ma civile in merito alla istituzione di nuove figure sanitarie e fra queste della figura dell'Osteopata.

I Collegi IPASVI assumeranno la definizione "Ordini delle Professioni Infermieristiche". Un altro tassello a suo posto o mera questione semantica?

Potrei dire che è una questione semantica stante che le norme che definiscono e orientano la vita dei Collegi Ipasvi e il loro funzionamento sono le stesse che regolano gli Ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari. In realtà la ridefinizione evidenzia il riconoscimento che i professionisti iscritti agli albi tenuti dagli attuali Collegi Ipasvi sono laureati e che quindi la vecchia distinzione che vedeva i professionisti con laurea iscritti agli albi tenuti dagli Ordini e i professionisti con Diploma iscritti agli Albi tenuti dai Collegi non ha più motivo di esistere. In questa logica la trasformazione dei Collegi in Ordini è un ulteriore tassello nel cammino della professione.

Luca Benci, ha definito questo Ddl un "restyling" (link) e non una vera e propria riscrittura della disciplina degli Ordini. Mediazione politica o come dice lo stesso Benci "forse era il massimo nel contesto politico dato?"

All'inizio della legislatura sono stati presentati numerosi disegni di legge sul tema ordini e collegi da deputati e senatori di maggioranza e opposizione.

Ha assunto un ruolo preminente per correttezza istituzionale il ddl "Lorenzin" in quanto presentato dal Ministro della salute. In effetti il disegno di legge, nella sua scrittura originale poteva essere inteso come un "restyling". Credo però che alla fine con i numerosi emendamenti apportati diventerà senz'altro qualcosa di più.

È indubbio che quando si restaura una casa si mantiene e non può scomparire la struttura originale ma e anche che si sarebbe auspicato qualcosa di più e di meglio. È altrettanto vero però che il contesto politico di due anni fa – che peraltro per il tema in questione non è profondamente mutato rispetto ad oggi – mi induce a convenire con il Dr. Benci.

Da un punto di vista tecnico, come giudica la proposta?

Fermo restando il discorso sul "restyling", le modifiche apportate al testo di base del disegno di legge con gli emendamenti mi sembrano interessanti. Attraverso emendamenti presentati da senatori dei diversi gruppi, sono state inserite diverse novità che hanno buone possibilità di trovare consenso nel voto che dovrebbe avvenire in Commissione settimana prossima. Con diversi emendamenti viene proposto, ad esempio, l'istituto della sfiducia, la possibilità di votare in più giorni ed in più sedi. Cosa quest'ultima particolarmente importante che faciliterà la partecipazione al voto per la scelta dei propri rappresentanti professionali.

Tra gli altri emendamenti che ho presentato come prima firmataria insieme al mio gruppo di appartenenza c'è l'emendamento che propone "l'Albo degli infermieri professionali assume la denominazione di Albo degli infermieri" che è stato accolto e dovrebbe trovare voto favorevole in Commissione.

Nella proposta c'è una sostanziale modifica delle funzioni disciplinari attribuite agli Ordini a garanzia del diritto della difesa. Come la giudica?

Positivamente, come giudico positivamente gli inserimenti innovativi di cui parlavo nella risposta precedente. Viene aumentata la democrazia interna, la partecipazione, la trasparenza e l'attenzione alle istanze e al diritto alla più ampia difesa del professionista che viene sottoposto ad un provvedimento disciplinare.

Tra le critiche mosse vi è la mancata presenza dei limiti di mandato dei consiglieri, le incompatibilità e la tutela della minoranza. Cosa risponde?

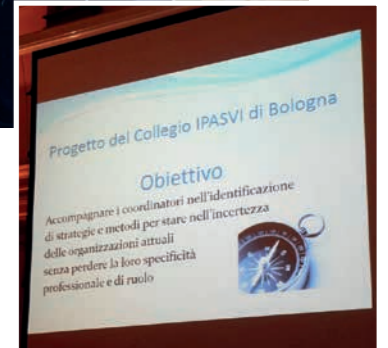
Che concordo sul fatto che si poteva innovare di più ma non c'era disponibilità diffusa in tale senso, neanche all'interno dei diversi gruppi presenti in Commissione. In attesa che l'iter parlamentare si concluda definitivamente con l'approvazione di una legge che la comunità professionale aspetta da molti anni, ringraziamo la Sen. Silvestro per la sua disponibilità, con l'auspicio: "Che sia la volta buona!"

Seminario su funzione di Coordinamento

Il 5 ottobre scorso, presso l'Hotel I Portici di Bologna si è tenuto l'atteso seminario "La funzione di coordinamento in un contesto che cambia". Una giornata di riflessione sul ruolo del coordinamento infermieristico in un contesto in evoluzione ed in continuo cambiamento.

Tanti i Coordinatori iscritti al Collegio IPASVI di Bologna che hanno partecipato all'evento.

Tra i relatori il Prof. Edoardo Manzoni, Infermiere Epistemologo, autore di uno dei volumi più conosciuti dell'infermieristica italiana "Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica". Una puntuale ed interessante ricostruzione storica della figura del Caposala: "già dal 1600 è previsto un "infermiere" maggiore ed uno minore. La funzione di coordinamento è costitutiva dell'assistenza infermieristica. Non è possibile pensare all'assistenza infermieristica senza il coordinamento. Una figura che non è nata sul management. Nasce per esigenze dell'ospedale e della professione. L'ospedale medievale e rinascimentale è un luogo completamente diverso: non nasce per la cura ma per l'ospitalità. Nasce per i poveri. L'ospedale è frequentato esclusivamente da poveri e da pellegrini. Con tutti i problemi di gestione connessi. La morale, l'ordine e le regole sono il problema principale di questi ospedali. Gli ospedali prima della scienza hanno bisogno di morale. Il Caposala nasce prevalentemente per questo motivo. Questa è l'identità storica: il padrone di casa della corsia. Il "sergente maggiore" come definito da alcuni autori". Significativo il contributo della Presidente del Coordinamento Nazionale Caposala Maria Gabriella De Togni, che ha evidenziato l'importante lavoro svolto dal CNC negli anni: "Il Coordinamento è nato per valorizzare il ruolo e la formazione delle funzioni direttive".



Un ruolo nato "nel 1925 con il Decreto Legge 1832 Istituzione della funzione del Caposala". Con Il Dpr 128/69 il Caposala controlla e dirige. Nel 1972 viene riformato il percorso formativo: scissione tra la figura del coordinatore e dirigente infermieristico".

Con il suo intervento, la Presidente del Collegio IPASVI di Bologna, Maria Grazia Bedetti sottolinea le richieste pervenute dai Coordinatori Infermieristici per "costruire una base comune all'interno della quale riconoscersi, in una logica interdisciplinare".

La Presidente inoltre espone il Progetto del Collegio di Bologna.

Un progetto di coinvolgimento dei Coordinatori che ha l'obiettivo di accompagnarli nell'identificazione di strategie e di metodi per stare nell'incertezza delle organizzazioni attuali, senza perdere la loro specificità professionale e di ruolo.

La partecipazione a questo progetto, che al momento è in corso di svolgimento, è stata estesa a molti Coordinatori della provincia di Bologna nell'ottica di rappresentatività del territorio provinciale.



A black and white photograph of a young woman with light-colored hair, wearing a white lab coat, playing a saxophone. She is looking down at the instrument. In the background, there are blurred elements of a hospital room, including what appears to be a patient bed and some medical equipment. The lighting is bright, creating a clean and professional atmosphere.

“L’idea di suonare musica dal vivo davanti a dei pazienti mi venne quando frequentavo il quarto anno di liceo scientifico e coltivavo la passione per la musica suonando ormai da diversi anni il saxofono”

La musica *live* col saxofono in emodialisi



Valentina Micheluzzi
Infermiere, Villa della Salute,
Minerbio (BO)

Tutti gli anni per le feste natalizie andavo nelle case di riposo delle Valli di Fassa e Fiemme in Trentino, dove sono cresciuta, a suonare temi natalizi e temi conosciuti per gli anziani.

La cosa che mi colpì in una di queste occasioni fu una frase che mi disse un'infermiera al termine della mia esibizione: "Lo sai che stanno tutti meglio e sono più tranquilli?". Questa affermazione mi impressionò così profondamente che mi rimase in testa per anni.

Dentro di me era nata l'esigenza di capire com'era stato possibile che una piccola performance artistica utilizzando uno strumento a fiato come il mio fosse stata così potente da poter cambiare l'umore e la qualità di vita di quegli anziani così velocemente. Può la musica migliorare non solo l'umore ma anche parametri oggettivi come la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e la saturazione dell'ossigeno?

La possibilità di rispondere a queste domande avvenne anni dopo mentre stavo frequentando il Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Bologna. Alcuni stimoli appresi durante il primo anno mi hanno dato gli strumenti per poter tentare di concretizzare un mio intervento sui pazienti.

L'anno successivo ebbi la possibilità durante il mio tirocinio di suonare ai pazienti sottoposti ad emodialisi nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di Sant'Orsola presso l'Unità operativa Nefrologia, Dialisi e Trapianto - La Manna.

Grazie alla fondamentale collaborazione con l'equipe infermieristica e l'equipe medica ho potuto suonare il sax per mezz'ora a 57 pazienti che si sono collocati tramite la randomizzazione nel gruppo sperimentale e studiare quello che accadeva alla pressione arteriosa, alla frequenza cardiaca, alla saturazione dell'ossigeno, alla glicemia, al livello del dolore, al livello dell'umore e al livello di prurito prima e dopo l'intervento musicale. Gli stessi parametri sono stati rilevati a distanza di 30 minuti tra una rilevazione e l'altra ad un gruppo di controllo formato da altri 57 pazienti che non hanno ascoltato la musica.

Il mio intervento musicale veniva attuato durante il trattamento emodialitico nelle camere delle persone. Dopo aver proposto il mio intervento e dopo aver ottenuto il loro accordo proponevo alle due-tre persone per stanza di scegliere le musiche che volevano ascoltare prese da una playlist di 100 brani musicali conosciuti di carattere allegro e che spaziavano dal jazz alla musica classica, dal pop allo swing.

I sentimenti che ho visto dopo aver proposto la mia iniziativa sono stati la curiosità, lo stupore e l'allegria

Al termine del tirocinio ho esaminato i risultati quantitativi trovando risultati statisticamente significativi nel miglioramento dell'umore, nel miglioramento della saturazione dell'ossigeno, nella riduzione del dolore e nella riduzione del prurito.

I risultati quantitativi sono stati molto importanti per poter affermare che la musica ha effettivamente cambiato i parametri oggettivi fisici di queste persone, ma a questi risultati si sono aggiunti i sentimenti, le emozioni e la felicità dei pazienti.

I sentimenti che ho visto dopo aver proposto la mia iniziativa sono stati la curiosità, lo stupore e l'allegria e una paziente ha detto: "Il solo pensiero che verrai qui, nella nostra stanza, a suonare il tuo strumento mi fa stare meglio". Durante la mia performance notavo che molti pazienti cantavano, tenevano il ritmo ed erano effettivamente distratti dal loro contesto di sofferenza.

Alcuni pazienti hanno espresso le loro impressioni durante le interviste che sono state fatte loro dopo aver ascoltato la musica. Sono state estrapolate dalle interviste queste frasi:

"... non mi aspettavo la musica nel reparto ma è stata una cosa bellissima..."

"... la musica mi ha distratto dai pensieri tristi che la dialisi impone necessariamente..."

"... attraverso la musica hanno trovato il modo per alleviare queste nostre ore passate con questa macchina..."

"... con la musica sono stata bene, ho ballato coi piedi e cantato..."

"... mi piacerebbe avere la musica tutte le volte che sono in dialisi..."

Per quanto riguarda la risposta dell'equipe ho riscontrato apertura mentale, disponibilità e coin-



volgimento. Sono state effettuate delle interviste a tutta l'equipe e riporto alcune frasi estrapolate:

"avere la musica in reparto è stata una novità. Ho potuto vedere in prima persona che è stata ben accolta dai pazienti"

"tra i miei colleghi ho trovato un clima differente e ho visto tra di noi sempre un parere positivo"

"sarebbe importante poter avere in equipe qualcuno che con la musica mi aiuti a sollevare i pazienti dalle loro sofferenze"

"ho visto molto divertimento soprattutto in quei pazienti che di solito stanno in silenzio e ho visto da parte loro anche richiedere più volte la musica in camera"

"l'aria è di rinascita: c'è stato un cambiamento anche da quei colleghi che sembravano più restii"

"portare la musica in reparto è stata un'esperienza innovativa che non ha interferito con le nostre attività di tutti i giorni, ma anzi ci ha dato modo di lavorare con più motivazione e attenzione verso il mondo psicologico del malato"

Questa mia esperienza in base alla letteratura scientifica è stata la prima e l'unica fino a questo momento a livello internazionale in emodialisi.

Questi risultati incoraggianti possono indicare una via per studi sugli effetti della musica su campioni ampi di popolazioni di pazienti sottoposti ad emodialisi.

L'utilizzo della musica nell'assistenza negli ultimi anni presenta sempre più evidenze scientifiche ed è all'interno della Classificazione degli Interventi Infermieristici (NIC) (1) e il Joanna Briggs Institute ha assegnato il massimo punteggio a questo tipo di intervento olistico considerandolo un importante intervento per l'infermieristica (2). Nell'assistenza infermieristica in emodialisi, la musica

è utilizzata per migliorare lo stato emotivo del paziente (3), per ridurre le oscillazioni dei valori pressori (4), per ridurre l'ansia e migliorare la depressione (5), per migliorare il benessere (6), per ridurre la tensione psicofisica (7) e per garantire la durata della terapia dialitica (8).

Viste le evidenze scientifiche e la mia esperienza concludo che la musica dovrebbe iniziare ad entrare sistematicamente nell'assistenza dei pazienti in emodialisi come intervento complementare e sinergico ai trattamenti convenzionali nell'ottica del miglioramento continuo dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Dochterman JM, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC). St Louis: Mosby 2004
2. Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet: music as an intervention in hospitals. Nurs Health Sci 2011;13(1):99-102.
3. Caminha LB, da Silva MJ, Leão ER. The influence of musical rhythms on the perception of subjective states of adult patients on dialysis. Rev Esc Enferm USP 2009;43(4):923-9.
4. Schuster I. The effect of music listening on blood pressure fluctuations in adult hemodialysis patients. Journal of Music Therapy 1985;22(3):146-53.
5. Martinez J. Is music therapy? Nephrol Nurs J 2009;36(3):329-30.
6. Lin YJ, Lu KC, Chen CM, et al. The effects of music as therapy on the overall well-being of elderly patients on maintenance hemodialysis. Biol Res Nurs 2012;14(3):277-85.
7. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. Ren Fail 2013;35(1):105-9.
8. Hedayat SS, Yalamanchili V, Finkelstein FO. A practical approach to the treatment of depression in patients with chronic kidney disease and end-stage renal disease. Kidney Int 2012; 81(3):247-55.

Francesco Burrai
PhD, Prof. a contratto,
Coordinatore Didattico,
Corso di Laurea in
Infermieristica Università
di Bologna, Azienda
Ospedaliero Universitaria di
Bologna-Polo Formativo BO1

Danilo Cenerelli
Prof. a contratto,
Responsabile delle
Attività Didattiche
Professionalizzanti,
Corso di Laurea in
Infermieristica, Università
di Bologna, Azienda
Ospedaliero Universitaria
di Bologna- Polo Formativo
BO1

Rosa Eugenia Pesci
Prof. a contratto,
Responsabile delle
Attività Didattiche
Professionalizzanti, Corso
di Laurea in Infermieristica,
Università di Bologna, AUSL
di Bologna- Polo Formativo
BO2

Orietta Valentini
Prof. a contratto,
Responsabile delle
Attività Didattiche
Professionalizzanti Corso
di Laurea in Infermieristica,
Università di Bologna, AUSL
di Imola. Polo Formativo di
Imola

L'assistenza infermieristica olistica

Introduzione

Il termine olistico deriva dalla parola greca *ὅλος* *holos*, totalità, che costituisce la base semantica del termine moderno olistico. Nel paradigma olistico le proprietà di un sistema non possono essere derivate solo attraverso la conoscenza prodotta dalla conoscenza delle singole componenti, e in base alla teoria dei sistemi¹, il tutto possiede un significato maggiore e diverso dalla semplice somma delle parti. Applicato all'essere umano, la comprensione fenomenologica, epistemologica e funzionale è legata alla condizione di integrazione e inter correlazione delle parti, senza l'uso di una metodologia riduzionistica di stampo meccanicistico, newtoniano-cartesiano. Nell'uomo, il suo network è formato da componenti biologiche, psichiche, spirituali, culturali, sociali connesse con l'ambiente, in una interconnessione inscindibile tra le componenti, in cui flussi

di informazioni hanno caratteristiche circolari, dinamiche con feedback tra le informazioni², dove ogni cambiamento in uno di questi livelli influenzerà simultaneamente e istantaneamente tutte le altre parti che compongono il sistema uomo-ambiente.

Le implicazioni filosofiche, epistemologiche e pragmatiche per l'infermieristica sono rilevanti.

Storicamente e per natura intrinseca, l'infermiere è olistico, ma le condizioni organizzative e culturali hanno modificato questa natura, a favore di una infermieristica legata non più alla visione dell'uomo in senso globale, ma ad una visione riduzionistica, dove il focus è solamente il corpo malato, che ha bisogno di essere "assistito" in una sua parte specifica, e di conseguenza di un'assistenza specializzata all'organo, non alla persona. Allora l'essere umano diventa una macchina-corpo, necessaria di riparazioni, e la malattia, la disabilità sono considerate come entità oggettive, separabili, misurabili e modificabili, che non possono essere influenzate da pensieri ed emozioni.

Nel modello olistico, il dolore e la malattia hanno anche

nella componente psicosomatica, biologica, psicologica, sociale e spirituale i loro fattori eziologici³. L'intervento infermieristico olistico, si basa sulla conoscenza e la consapevolezza che l'essere umano è un'interconnessione di corpo, mente, spirito, ed energia, in cui le componenti sociale, culturale, relazionale, e ambientale

giocano ruoli importanti nel mantenimento della salute e del benessere individuale. Per tale ragione, l'azione assistenziale olistica è indirizzata verso l'individuazione delle risorse e del potenziale terapeutico e rigenerante del sistema mente-corpo.

Il mondo dei sintomi e dei segni non è più interpretato in maniera riduttiva come dato clinico, che richiede un trattamento specifico secondo il modello cartesiano e newtoniano, ma come nuovo linguaggio, forma di comunicazione del tutto, del sistema uomo, con significati molto più ampi, che

può condurre alle vere cause del problema, che non sono mai uniche. La salute non è definita da un'assenza di malattia, dualità tipica del modello biomedico, ma da una condizione di stato, da una qualità di condizione intesa come integrazione ed equilibrio del sistema individuale interconnesso con l'ambiente.

Ogni persona diventa un sistema unico, diverso da ogni altro individuo, perché la complessità individuale e la sua continua trasformazione nello spazio e nel tempo non permetteranno mai di identificare individui con le medesime caratteristiche, ed ogni soggetto ha percezioni peculiari del mondo interiore ed esteriore, percezione che muta nel suo divenire esistenziale, allontanando così ogni possibile tentativo di definizione che punti a dare una determinazione, una descrizione completa di una percezione umana.

Ogni persona possiede capacità, risorse, energie che conducono al miglioramento della sua condizione, fino alla possibile guarigione, e tali capacità sono innate. L'infermiere olistico aiuta la persona a identificarle, indirizzarle, potenziarle e soprattutto ad usarle.

***“Non possiamo pretendere
che le cose cambino
se continuiamo a fare le
stesse cose.
E non possiamo risolvere i
nostri problemi
con lo stesso pensiero che
abbiamo usato
quando li abbiamo creati”***

Albert Einstein

L'Infermieristica Olistica

L'assistenza infermieristica olistica si esplica attraverso l'unione e la sinergia della dimensione scientifica, intuitiva, creativa ed artistica del nursing. Dal punto di vista scientifico, l'assistenza olistica si basa sulle teorie, sulla ricerca quantitativa, qualitativa e mixed-method, sulle evidenze based nursing, sulle prove di efficacia. Le teorie utilizzate sono di natura sia infermieristica sia multidisciplinare, e hanno in comune una filosofia, una visione della realtà caratterizzata dall'elemento di interconnessione di un sistema indivisibile e non frazionabile.

Dal punto di vista teorico, la dimensione olistica è connessa con la nascita dell'infermieristica. Infatti Florence Nightingale⁴ vede la persona con un ottica globale, di unità tra la componente biologica, mentale e spirituale, non solo, ma le considera in connessione vitale e reciproca. Dunque la visione olistica è in essere nell'essenza dell'infermieristica. Dopo la fondatrice dell'infermieristica, diverse teorie hanno approfondito questo modello, tra cui la scienza dell'essere umano unitario di Martha Rogers⁵, la teoria della salute come espansione della coscienza di Newman, la teoria dell'assistenza transculturale di Madeleine Leininger⁶, la teoria del divenire umano di Rosemarie Rizzo Parse⁷, la teoria dell'assistenza infermieristica umanistica di Paterson e Zderad⁸ e la teoria del modellamento e del modellamento di ruolo di Helen Erickson⁹. Numerose sono anche le teorie di natura non infermieristica, che hanno per oggetto i fenomeni della coscienza, della consapevolezza, dei campi di energia e la fisica quantistica¹⁰.

La ricerca di tipo olistico permette lo sviluppo continuo della conoscenza, delle teorie e della filosofia olistica, con particolare riguardo agli interventi. Gli interventi olistici sono definiti come trattamenti non farmacologici, oppure come terapie complementari¹¹, e la ricerca internazionale sull'efficacia è molto sviluppata e di alto livello qualitativo nella produzione di best practice, di linee guida, protocolli. La disseminazione delle evidenze scientifiche è attuata attraverso la pubblicazioni di articoli su numerose riviste scientifiche internazionali con impact factor e su tale base scientifica e sulle teorie contemporanee più avanzate¹², l'infermiere olistico sviluppa e utilizza le risorse personali di intuizione, creatività, presenza e consapevolezza.

La coniugazione tra la parte scientifica e quella intuitiva, creativa ed artistica è inserita in un processo di assistenza infermieristica di natura olistica, strutturato nelle classiche fasi di raccolta dati, diagnosi, identificazione degli obiettivi, pianificazione, attuazione e valutazione finale. Questo processo si può essere contestualizzato all'interno di linguaggi standard, come per esempio quello della tassonomia NNN (NANDA-I, NOC, NIC) con utilizzo delle diagnosi infermieristiche NANDA-I, degli interventi infermieristici di natura olistica presenti nei NIC (Nursing Interventions Classifications) e della classificazione dei risultati infermieristici NOC (Nursing Outcomes Classifications).

L'infermiere olistico possiede i valori etico-morali di unità, globalità, personalizzazione, umanizzazione, dignità, responsabilità e legalità, e mantiene una costante apertura mentale verso modelli, filosofie, paradigmi e approcci provenienti da altre culture, che portano a diverse e nuove definizioni di salute, sofferenza, malattia e guarigione, con lo scopo di inglobarle nel processo di assistenza infermie-

ristica, sviluppandone dunque l'elemento interculturale a favore della personalizzazione dell'assistenza allo scopo di essere dalla parte della persona, ovvero "dall'altra parte"¹³.

Formazione Universitaria al modello olistico

Nel Corso di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Bologna, dall'anno accademico 2007-2008, è presente, al terzo anno di corso, l'insegnamento elettivo di Infermieristica Olistica. Questo insegnamento, tenuto dal primo autore è caratterizzato da contenuti didattici di tipo innovativo, affrontando tematiche come la connessione mente corpo, le humanities, la psicosomatica, la psico-neuro-endocrino-immunologia, l'energetica, fisica quantistica, gli interventi infermieristici olistici, la ricerca, le evidenze scientifiche e la presentazione di esperienze assistenziali di tipo olistico. Durante le lezioni, per aumentare la consapevolezza degli studenti sul paradigma fondamentale su cui si basano gli interventi olistici, ovvero la connessione mente corpo, viene mostrata sperimentalmente e in tempo reale da parte del docente, una tecnica di guided imagery attraverso il coinvolgimento di uno studente volontario. La percezione degli effetti di tale tecnica olistica rende evidente come gli interventi olistici non sono teorici ma hanno effetti reali.

Dall'anno accademico 2007-2008, nel Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bologna, sono state discusse 80 tesi in Infermieristica Olistica, con una media di 20 richieste all'anno di tesi in questo insegnamento da parte degli studenti delle tre sedi formative del polo scientifico-didattico di Bologna. Le tipologie di tesi affrontate coprono le tre tipologie, compilativa, empirica e sperimentale. Gli argomenti trattati nelle tesi olistiche, si possono raggruppare in queste grosse aree: humanities, medicina narrativa, terapie complementari, trattamenti non farmacologici, guided imagery, therapeutic touch, musicoterapia, tecniche di rilassamento, pet therapy, clown therapy, art therapy, l'assistenza olistica, l'effetto placebo, programmazione neuro linguistica, mindfulness, il morire, l'ospedale olistico, comunicazione e relazione olistica, transculturalità. Questi tesi richiedono una buona capacità nell'utilizzo della lingua inglese per la lettura e la comprensione degli articoli scientifici, necessaria per poter garantire una buona revisione della letteratura, nonché una discreta capacità nelle strategie di ricerca degli articoli scientifici sui maggiori journals database (CINAHL, COCHRANE, Pubmed).

Importante evidenziare in questa sezione, l'esposizione nel 2011, in lingua inglese da parte di una studentessa tesaista in Infermieristica Olistica, del poster "Possibility of a quantum macro-entangled between the nurse energy field and the patient energy field", al Congresso Internazionale della Society of Rogerian Scholars. Expanding Horizons: Unitary Science Evolution, Refinement and Innovation. The University of Greensboro, USA.

Alcuni argomenti di Infermieristica Olistica, sono sviluppati in maniera più approfondita ed innovativa nell'insegnamento di Terapie Complementari, del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, dell'Università di Bologna, e nel Master di primo livello in Area Critica.

All'interno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Bologna, nella sede formativa Bo1,

nei laboratori professionali di approfondimento per le competenze comunicative e relazionali, sono presenti due tipologie di laboratorio che hanno componenti olistiche: un laboratorio di tecniche di rilassamento e quello di programmazione neuro linguistica.

Nel laboratorio delle tecniche di rilassamento, viene insegnata la tecnica di respirazione profonda e lenta, come metodologia mente corpo che può favorire lo studente nel raggiungimento di un miglior equilibrio psicologico. La consapevolezza non teorica di poter raggiungere una condizione di rilassamento in maniera rapida attraverso una tecnica mente corpo precisa, potrebbe favorirlo nei rapporti interpersonali, soprattutto potrebbe essere uno strumento utile nell'affrontare situazioni comunicative e relazioni caratterizzate da tensione e stress, come per esempio le varie esperienze di tirocinio in reparti diversi, in cui cambiano continuamente i contesti umani, il clima organizzativo, i rapporti e le relazioni. Tale semplice tecnica potrebbe essere applicata dagli studenti anche sui pazienti, per migliorare la loro qualità di vita, ridurre l'ansia, la nausea, e il dolore.

Nel laboratorio di programmazione neuro linguistica, vengono insegnate alcune strategie di base legate alla connessione psicosomatica, in cui le tre linee comunicative, verbale, para verbale e non verbale, sono codificate dai sistemi visivo, uditivo e cinestetico in maniera sistemica, con effetti sia psicologici che somatici.

Applicazione dell' Assistenza Olistica

Nel 2013 nell' Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi (AOSP), sono state effettuate due applicazioni di musica live suonata con sax da una studentessa di Infermieristica della sezione formative BO1: uno nei pazienti sottoposti ad emodialisi, effettuato nell'Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Stefani (ora La Manna), ed uno nei pazienti oncologici, effettuato nell'Oncologia Medica Martoni (ora Ardizzoni).

Sempre all'interno dell' AOSP- Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, in questo periodo si stanno strutturando due protocolli sperimentali, con metodologia RCT: il primo sugli effetti della musica registrata nei pazienti con scompenso cardiaco in fase acuta, mentre il secondo sugli effetti del canto nei pazienti sottoposti in emodialisi. Gli interventisti saranno due studentesse del Corso di Laurea in Infermieristica, della sezione BO1, con competenze musicali, che verranno formate alla metodolgia RCT e sul protocollo, utili per lo sviluppo delle loro testi sperimentali.

Sempre in tale azienda, dal 2010 nel reparto di Ematologia II Sezione è attiva l'applicazione del colore e del suono. In base ai principi della bioarchitettura sanitaria e dopo analisi della tipologia dei pazienti e del clima organizzativo, sono stati colorati gli spazi dell'unità operativa utilizzando principi cromataci e cromodinamici legati al benessere delle persone con problematiche ematologiche. Nelle camera di degenza, colori con alte frequenze sono stati posizionati verso le parti superiori dello spazio della camera, mentre quelli a basse frequenze nelle zone inferiori. Nel corridoio invece sono stati usati colori con frequenze medie. All'entrata di ogni singola camera, sono state sostituite indicazioni sani-

tare molto impattanti dal punto di vista psicologico, con le stesse indicazioni sanitarie, ma con caratteristiche semantiche più "dolci". La guardiola infermieri è stata colorata con colori a frequenza media, per ottenere effetti rilassanti. Per quanto riguarda la musica, dopo analisi degli spazi sonori del corridoio e della guardiola, sono state installate 4 casse a media potenza per creare un effetto di quadrifonia, dunque il suono inviato a livelli di volume basso per ottenere un ambiente soft background, avvolge il personale e i pazienti che transitano in tale spazi. La gestione del suono all'interno dell'unità operative è infermieristica. Infatti, all'interno della guardiola infermieri è stato posizionato un amplificatore Hi Fi e lettore multimediali professionali. Gli infermieri possono scegliere tra migliaia di pezzi musicali, a carattere "rilassante", dal repertorio della musica classica, ambient, soft sounds, nature sounds. Tale progetto è stato finanziato da un concerto in associazione ad AIL (Associazione Italiana contro le Leucemi e Linfomi).

Nell'Azienda USL di Bologna è in corso un importante, complesso e impegnativo trial sugli effetti della musica registrata nei pazienti con scompenso cardiaco (SC). E' un RCT multicentrico, longitudinale, a gruppi paralleli, bilanciato con allocazione 1:1, con sample size di 150 pazienti. Dei 150 pazienti, 50 si stanno arruolando presso gli ambulatori del percorso dello SC dell'Azienda USL di Bologna, del Dipartimento di Cure Primarie. Studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, della sezione formativa BO2, sono stati formati al protocollo di studio, e stanno procedendo all'arruolamento, e alla raccolta dati di svariati outcomes a tempo 1 mese, due mesi e tre mesi di ascolto, e a tempo 6 mesi per il follow up. Questo tipo di studio è il primo a livello internazionale. Nell' Azienda USL di Imola, si sta ipotizzando un trial sugli effetti della musica registrata nelle donne con cancro in trattamento chemioterapico. Il probabile setting è il DH Oncologico, mentre l'interventista, dopo formazione sul protocollo di ricerca, sarà uno studente del terzo anno, del Corso di Laurea in Infermieristica, della Sezione Formativa di Imola.

Conclusioni

Nell'era contemporanea, le persone possiedono un più alto livello culturale e quando accedono al mondo sanitario, chiedono di non subire più quel processo disumanizzante in cui la loro esperienza di sofferenza o di malattia venga ridotta alla sola identificazione tecnica di un segno, di un sintomo, di un dato biochimico o di un organo malato. Questa visione dell'individuo da parte di molti sanitari è dovuta ad una percezione dell'essere umano solo come una complessa bio-macchina, portatrice di un " guasto", che deve essere "riparato" solo con opportune somministrazioni di molecole o interventi chirurgici. Questa condizione spersonalizza l'individuo, e lo svalorizza, perché in tale approccio non ha importanza " clinica" ciò che la persona percepisce, intuisce e 'sente' della sua condizione esistenziale.

Questa realtà ha condotto e conduce tuttora a pregiudizi e conflitti tra la popolazione e il mondo dei sanitari, di cui l'incremento delle controversie giudiziarie, l'incremento progressivo delle polizze assicurative tra i sanitari e la medicina difensiva ne sono un esempio.

La società di oggi, dunque, accetta sempre meno di subire un intervento sanitario in cui non è contemplato la considerazione della persona come essere umano globale, e in tale nuovo contesto culturale e sociale, appare strategico offrire alla popolazione un'assistenza infermieristica olistica, dunque non più caratterizzata solo da attività tecniche e farmacologiche, ma anche da interventi non farmacologici, di humanities, che possano rispondere ai nuovi bisogni dell'utenza di oggi.

Dati olistici importanti sono presenti nella ricerca, formazione e nell'assistenza. Nella progettazione e nell'attuazione dei trials presentati, si è evidenziato un notevole interesse degli studenti di Infermieristica, la loro disponibilità nell'acquisire una metodologia scientifica applicata alla ricerca olistica, acquisendo competenze non solo teoriche, ma anche pratiche ed applicative durante le varie fasi dei protocolli e nelle sperimentazioni. Fondamentale e prezioso è ed è stato l'apporto degli infermieri nell'organizzazione e nell'attuazione dei vari protocolli e sperimentazioni presentate in questo articolo, sia a livello dirigenziale, di coordinamento che assistenziale. Senza tale contributo, sarebbe stato impossibile l'attuazione degli studi.

Nella formazione, l'insegnamento di Infermieristica Olistica ottiene un notevole interesse, dimostrato dagli ottimi numeri di scelta di questo insegnamento da parte degli studenti e di presenza alle lezioni da parte degli stessi, nonché dall'elevato numero di richieste di tesi in tale insegnamento e dalla qualità di tali tesi come già evidenziato nell'articolo.

Nell'assistenza, moltissimi infermieri sentono l'esigenza di un'assistenza diversa, dove i fenomeni di stanchezza, demotivazione, burn out, turn over sono legati sia a componenti organizzative, ma anche all'esigenza di avere nuovi strumenti di tipo olistico da poter offrire ai pazienti. Questo nuovo background, questa nuova visione è presente tra i bisogni formativi dei professionisti, ed è espressione di una esigenza profonda e radicata nella professione.

Molti infermieri chiedono che tipo di formazione strutturata esista in infermieristica olistica in Italia, e per rispondere a tale domanda è auspicabile un potenziamento nei percorsi universitari ed ECM di attività formative olistiche, per l'acquisizione di specifiche competenze, di cui in tabella 1 è mostrato un possibile background degli interventi e alcuni obiettivi.

Tabella 1. Background Infermieristico Interventi Olistici

Intervento Olistico	Obiettivi
Tecniche di Respirazione	Miglioramento della Qualità di Vita.
Tecniche di Immaginazione Guidata	Riduzione del dolore acuto e cronico.
Tecniche di Visualizzazione	Riduzione dell'ansia e della paura.
Tecniche di Counselling	Riduzione dello stress, miglioramento del coping
Tecniche Energetiche	Riduzione dell'insonnia.
Tecniche di applicazione della Musica	Riduzione della nausea.
Tecniche di Massaggio	Preparazione intervento chirurgico.
Tecniche di Digitoppressione	Riabilitazione fisica, cognitiva ed emotiva
Tecniche di Narrative Medicine/Nursing	Riduzione effetti collaterali farmaci.
Tecniche di stimolazione multisensoriale con la pittura, disegno, colori, essenze.	Riduzione tempi di degenza.
Tecniche di Meditazione	Riduzione utilizzo dei farmaci. Stimolazione sistema immunitario.

L'introduzione sistematica delle competenze olistiche nell'assistenza infermieristica, stimola una nuova apertura culturale, organizzativa, scientifica ed assistenziale con notevoli ricadute nel mondo della sanità e nella società contemporanea.

BIBLIOGRAFIA

1. Von Bertalanffy L. General System theory. Gorge Barziller, New York 1972.
2. E. Lazlo. The systems view of the world. Gorge Braziller, New York, 1968.
3. Dossey B. "Americam Holistic Nurses's Association Core Curriculum for holistic nursing". Aspen Publishers, Gaithersburg 1997.
4. Florence Nightingale's Notes on Nursing and Notes on Nursing for the Labouring Classes: Commemorative Edition with Historical Commentary. Springer Publishing Company;New york, 2010.
5. Martha Rogers: The Science of Unitary Human Beings. SAGE Publications, Inc, Thousand Oaks, CA.1991.
6. Madeleine Leininger, Marilyn McFarland Transcultural Nursing : Concepts, Theories, Research and Practice 3rd Edition, McGraw-Hill Education / Medical; 3 edition, Columbus, OH, 2002.
7. Rosemarie Rizzo Parse.The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professionals 2nd Edition. SAGE Publications, Inc; Thousand Oaks, CA, 1998.
8. Nancy O'Connor .Paterson and Zderad: Humanistic Nursing Theory (Notes on Nursing Theories) 1st Edition, SAGE Publications, Inc;Thousand Oaks, CA, 1992.
9. Helen Cook Erickson , Evelyn Tomlin, MaryAnn Swain. Modeling and Role-Modeling: A Theory and Paradigm for Nurses. Modeling & Role-Modeling, 2008.
10. Burrai. F. Infermieristica Olistica. Feltrinelli.Milano,2013. <http://www.lafeltrinelli.it/libri/burrai-francesco/infermieristica-olistica/9788891053923>.
11. Burrai F, Comparcini D, Simonetti V, Cicolini G. Italian nurses' attitudes toward complementary and alternative medicine. Scenario 2014; 31 (4): 40-45.
12. Burrai F, Guaraldi M, Martoni A. Possibilità di una connessione quantistica di tipo entanglement tra sanitario e paziente oncologico.Giornale Italiano di PsicoOncologia 2013;15(2):67-72
13. Bonadonna G, Bartoccioni S, Sartori F. Dall'altra parte. Rizzoli Milano, 2006.

Il caso Cucchi: L'Infermiere è responsabile?

Introduzione

Negli ultimi decenni, l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) ha svolto un ruolo cruciale nella riqualificazione dell'immagine dell'infermiere. Attraverso la promozione costante della cultura, delle competenze e dell'operatività dell'infermiere di Area Critica, ha richiesto una formazione specialistica strutturata non sulla disciplina clinica ma su quella infermieristica. Il concetto di Area Critica è stato ridefinito ponendo l'accento sulla criticità/instabilità della persona, fulcro principale dell'assistenza infermieristica. L'Area Critica diventa quindi area situazionale in cui l'intervento infermieristico ha come scopo principale il soddisfacimento dei bisogni assistenziali della persona in criticità vitale.

L'infermiere di Area Critica è colui che garantisce un'assistenza ottimale, tempestiva, globale e continua al paziente in condizioni critiche/instabili. Deve quindi possedere conoscenze, competenze e abilità specifiche che gli consentano di operare in tutte le situazioni che determinano criticità e instabilità vitale. Tali abilità e competenze possono essere apprese attraverso il Master di I livello in Area Critica, nato appunto dalla necessità di offrire al professionista infermiere la possibilità di acquisire competenze specifiche nell'ambito di una delle aree previste dal DM n. 739/94.

Il processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica è stato inoltre possibile attraverso l'emanazione della Legge n. 42/1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", della Legge n. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica" e infine della Legge n. 43/2006 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali". Nelle tre leggi è espresso il concetto di autonomia della professione infermieristica. Tale autonomia riconosciuta agli infermieri comporta, in caso di violazione degli obblighi professionali, la responsabilità dell'infermiere in ambito penale, civile, e disciplinare. L'infermiere sarà chiamato a rispondere del danno prodotto dalle sue azioni e/o omissioni.

La ridefinizione delle competenze professionali dei sani-

tari è un lavoro che inizia il 15 dicembre 2011 con la prima riunione del tavolo tecnico tra Governo e Regioni da cui scaturirono diverse proposte di riassetto professionale. Nel mese di aprile 2012 venne definita la bozza di accordo Stato-Regioni nella quale vennero determinate nuove competenze infermieristiche in un'ottica di estensione di quest'ultime e di specializzazione dei professionisti. In questo contesto, secondo il tavolo, è "peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere". "Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale" può consentire infatti di creare "un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione".

In seguito, Governo e Parlamento hanno deciso di dare forza di legge a tale obiettivo attraverso il "comma 566" della Legge di Stabilità del 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190,

pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre) affermando che "Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia" è necessario definire per legge "i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari". Naturalmente senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

Pur intuendo il significato positivo di tale comma, alcuni punti sono da chiarire. In tema di competenze esistono diverse definizioni: si può intendere tale termine come "ciò che spetta", "ciò che è di pertinenza" e in generale "ciò che si ha capacità di fare". Attualmente non esistono norme di legge che regolino espressamente la definizione delle competenze professionali del medico se non quelle riconducibili all'ordinamento didattico del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e al Codice Deontologico. Un tentativo di risposata a tale problema è la proposta di legge avanzata dalla deputata D'Incecco "Disposizioni in materia di definizione dell'atto medico e di responsabilità professionale medica" (A.C. 2998 del 25 marzo 2015). L'articolo 1 afferma che "l'atto medico



è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione o prescrizione". È singolare che si parli di attività esclusiva ma se ne permetta l'esecuzione sotto supervisione nonostante ci siano già molte sentenze che hanno sanzionato professionisti che si avvalevano di "collaboratori" che agivano sotto supervisione.

L'ultima parte dell'articolo 3 attribuisce alla professione medica "la conseguente e necessaria unitarietà dei percorsi clinico-assistenziali che essi comportano e i correlati assetti organizzativi" aprendo la strada di fatto ad una sostanziale abrogazione dell'legge 251/2000.

La recente sentenza del Tar del Lazio n. 06513 del 6 maggio 2015, in risposta al ricorso n.14116/2014 avanzato dalla ANAO ASSOMED contro il decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 259 del 6 agosto 2014 "Approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio", nella parte che riguarda l'affidamento della direzione dell'attività assistenziale a dirigenti delle professioni sanitarie sembrerebbe dar ragione a tale impostazione ma in realtà si è intervenuti su un atto normativo equivocando e confondendo tra la gestione del personale e la linea assistenziale. Vedremo a questo punto il risultato del ricorso al Consiglio di Stato.

L'altro elemento da analizzare è l'esclusività che tale comma definisce relativamente ai quattro ambiti di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con particolare riferimento alla prevenzione per il quale le competenze non sono sicuramente esclusive del professionista medico ma per lo meno di collaborazione con altri professionisti quali assistente sanitario, tecnico della prevenzione degli ambienti di lavoro, etc.

La difficoltà, ancora oggi, di definire, da un punto di vista legislativo le responsabilità e le competenze dell'infermiere è dovuta, in parte, all'aspetto culturale relativo a tale professione. Per molto tempo la professione infermieristica ha subito il predominio della professione medica, esercitando un ruolo di subordinazione. Data la sua importanza, l'argomento è stato discusso in diverse occasioni: al convegno del 2002 del Collegio IPASVI di Trieste, "L'immagine sociale dell'infermiere" ed al XIV Congresso Nazionale IPASVI del 2005 che si concluse con la tavola rotonda "Percezione, immagine, aspettative sociali: l'infermiere nella società contemporanea". In questa occasione, Annalisa Silvestro, l'allora presidente della Federazione dei Collegi Iplasvi, affermò che occorre lavorare ancora molto per su-

perare i vecchi stereotipi e i luoghi comuni, nel tentativo di diffondere tra la gente una nuova immagine dell'infermiere in accordo con la professionalità e le responsabilità garantite dal processo di professionalizzazione degli ultimi decenni. (Silvestro, 2005).

Ancora oggi si registrano casi che indicano una mancanza di considerazione del processo di professionalizzazione degli infermieri in Italia, non solo a livello socio-culturale ma anche in ambito giuridico dove vengono pronunciate sentenze che assolvono professionisti infermieri non tenendo conto delle loro responsabilità a fronte di una ormai ricca normativa che disciplina tale professione, come la Sentenza del 05/06/2013 della Corte di Assise di Roma relativa alla morte di Stefano Cucchi, protagonista di una vicenda mediatica di particolare rilievo svoltasi nel 2009.

Il Fatto

Stefano Cucchi, viene arrestato dai Carabinieri per detenzione e spaccio di stupefacenti giovedì 15 ottobre alle ore 23 circa. In attesa del processo con il rito direttissimo del giorno seguente venerdì 16 ottobre, Cucchi passa la notte nella caserma della Stazione di Roma Tor Sapienza e lamenta dolori e malessere. Viene quindi chiamata l'ambulanza del 118 ma Cucchi rifiuta di farsi visitare o di essere trasportato in Pronto Soccorso, l'infermiere rileva alcuni parametri vitali che risultano nella norma. Fino a quel momento Cucchi risulta molto magro, con occhiaie evidenti ma non presenta particolari lesioni. Lui stesso dichiara il suo stato di tossicodipendenza, di avere problemi al fegato e di soffrire di epilessia.

La mattina del 16 ottobre il detenuto viene trasportato al Tribunale penale Piazzale Clodio dove è convalidato l'arresto e applicata la misura custodiale del carcere. Sembra però che nelle celle del tribunale, prima dell'udienza di convalida, Cucchi subisca un "pestaggio" che gli provocherà lesioni al volto e una frattura sacrale, tesi però non confermata in sede processuale in quanto le diverse testimonianze di altri detenuti risultano in parte contraddittorie e non risulta esserci una prova del fatto. In seguito, prima dell'ingresso al carcere Regina Coeli, Cucchi rifiuta di essere visitato ma viene comunque valutato da un medico dell'ambulatorio del Tribunale Piazzale Clodio, il quale afferma che il detenuto era sofferente, presentava ecchimosi al di sotto degli occhi e lamentava dolori alla base della colonna vertebrale e alle gambe, motivo per cui camminava con difficoltà. Gli viene somministrata una compressa da 2 mg di Rivotril®, farmaco che Cucchi dichiarò di assumere regolarmente per l'epilessia.

Cucchi è sottoposto a un'ulteriore visita al Regina Coeli nella quale viene disposto di mandare il detenuto con urgenza al Pronto Soccorso per eseguire una radiografia del cranio e della regione sacrale. Al Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli viene eseguito l'esame neurologico che risulta negativo e la radiografia della regione lombo sacrale che evidenzia due fratture, motivo per cui si propone il ricovero ma il detenuto rifiuta affermando di voler tornare al Regina Coeli.

Tornato in carcere, Cucchi lamenta forti dolori ed è nuovamente portato al Pronto Soccorso dove gli viene inserito un catetere vescicale in quanto il paziente dichiara difficoltà alla minzione e vengono eseguiti gli esami

ematici che evidenziano emoglobina in calo e azotemia in aumento. Questa volta Cucchi accetta il ricovero che avviene nella Struttura Protetta dell'Ospedale Sandro Pertini (un reparto del Pertini organizzato come carcere e riservato a pazienti detenuti) in quanto non vi era disponibilità di posti letto in altre strutture.

Cucchi è ricoverato dalla sera di sabato 17 ottobre alla mattina di giovedì 22 ottobre, giorno del decesso. Durante il ricovero, alla presenza di medici e infermieri, Cucchi rimane a letto per la maggior parte del tempo, si alimenta e si idrata poco. In seguito al decesso, i medici e gli infermieri presenti durante il ricovero sono accusati di abbandono di incapace in quanto «[...] abbandonavano Stefano Cucchi, del quale dovevano avere cura, che ivi si trovava ricoverato in stato detentivo dal 17 ottobre, incapace di provvedere a se stesso; in particolare, il paziente era affetto da politraumatismo acuto, con bradicardia grave e marcata alterazione dei parametri epatici, segni di insufficienza renale in soggetto in stato di magrezza patologica (cachettico), e che si è venuto a trovare nel corso della degenza in uno stato di pericolo di vita che esigeva il pieno attivarsi dei sanitari i quali, invece, omettevano di adottare i più elementari presidi terapeutici e di assistenza che nel caso di specie apparivano doverosi e tecnicamente di semplice esecuzione e adottabilità e non comportavano particolare difficoltà di attuazione essendo peraltro certamente idonei ad evitare il decesso del paziente.» (Sentenza 05/06/2013 della Corte di Assise di Roma, pp. 5-6).

Durante il processo sono richieste diverse perizie che cercano di far luce sugli eventi, in particolare a causa delle lesioni di natura traumatica rilevate sul cadavere. Pertanto viene stabilito che tale quadro traumatico potrebbe ricondursi a un'aggressione come a una caduta accidentale e che quindi non vi è prova del "pestaggio". Relativamente alle cause di morte i periti si pronunciano in tale senso: «Nella disamina della documentazione disponibile, elemento d'immediato rilievo è stata la estrema magrezza del Cucchi. È sorto quindi il sospetto di una morte dovuta a sindrome da inanizione, sospetto che, pertanto, è stato doverosamente sottoposto a verifica sia anatomopatologica sia clinica [...] Con il termine di inanizione si indica una sindrome sostenuta da mancanza (o grande carenza) di alimenti e liquidi: questa sindrome può presentarsi in modo acuto per totale sottrazione di ogni cibo e bevanda o in modo cronico per una loro continuata riduzione o somministrazione insufficiente». (Ivi, pp. 106).

Il processo si conclude con la condanna di alcuni dirigenti medici per il reato di omicidio colposo, essendo contestato l'abbandono di incapace. Gli infermieri vengono tutti assolti per non aver commesso il fatto o perché il fatto non sussiste.

Discussione

Nella sentenza risulta chiaro che c'era una certa confusione, "sospetta confusione attestata dalla documentazione clinica in atti", relativamente alla compilazione del diario/cartella infermieristica. È stato riportato che all'arrivo di Cucchi all'ospedale Pertini, un infermiere avrebbe addirittura compilato la scala di Braden senza vedere il paziente in quanto coperto con un lenzuolo fino al capo (Ivi, pp. 130-1). L'infermiere annota in cartella la dicitura

"occasionalmente bagnato" in contrasto con la presenza di un catetere vescicale e la dicitura "nutrizione eccellente" in contrasto con l'evidente stato di forte denutrizione. Inoltre, viene descritta la tenuta della cartella clinica e si afferma "di alcune parti palesemente carenti" con riferimento alla registrazione dei parametri vitali, dell'idratazione (numero di bicchieri di acqua assunti al giorno), alla confusa registrazione della diuresi, all'incertezza del peso del paziente al momento del ricovero e alla mancata registrazione del peso in altri momenti del ricovero (Ivi, pp. 110-1).

A questo proposito Giovanni Muttillio (presidente Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza) scrive: «Medici condannati e infermieri assolti [...]. Si tratta di una vittoria o di una sconfitta per la professione infermieristica? [...] Non valutare lo stato nutrizionale [...] è lecito e deontologicamente accettabile?» (Muttillio, *Quotidiano Sanità*, 3 ottobre 2013). Muttillio pone in particolare l'attenzione sulla «composizione del collegio peritale che era composto da autorevoli accademici dell'area medico-legale, ma era privo di un soggetto specializzato nell'area della responsabilità professionale, ovvero CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio)-perito nelle scienze infermieristiche legali e forensi, pur dovendosi occupare anche di valutare competenze specifiche, campo proprio di attività e di responsabilità penali attinenti il Profilo Professionale degli infermieri» (Ivi). Questo indica nuovamente che il comportamento della Corte non tiene conto che la professionalità dell'infermiere necessita di competenze specifiche che possono essere adeguatamente valutate in sede giudiziaria solo se tra i periti nominati vi sia anche un soggetto che ha un'esperienza di natura infermieristica idonea a valutare il comportamento tenuto nell'occasione dagli infermieri. È da sottolineare che la consulenza tecnica e la perizia sono fondamentali nel riconoscimento di responsabilità professionali in ambito sanitario. Stabilire la presenza di eventuale negligenza, imperizia o imprudenza, principi che definiscono la colpa, è un compito che deve essere svolto con la massima obiettività, con riferimento a basi scientifiche solide e validate e alla miglior pratica professionale evidente. Attualmente nella maggior parte dei procedimenti penali o civili dei tribunali italiani questo compito è esercitato da professionisti sanitari medici, ai quali di fatto non compete la disciplina infermieristica.

Negli ultimi anni l'Associazione Infermieri Legali e Forensi (AIFL) opera in modo concreto per il riconoscimento della figura dell'infermiere forense con l'obiettivo di aprire in ogni tribunale italiano un albo CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio) specifico per tale figura. *A tale proposito giace nelle aule parlamentari un disegno di legge (DDL 1134) in cui viene proposto il ricorso, da parte dei giudici, di consulenti tecnici specifici per la disciplina in esame.*

Muttillio inoltre si sofferma sulla "sospetta confusione attestata dalla documentazione clinica in atto", per quel che compete agli infermieri, affermando: «Sono passaggi su cui riflettere, per ricordare l'importanza della corretta tenuta della documentazione relativa all'assistenza infermieristica, sia ai fini della tutela della salute al paziente, sia ai fini documentali e giudiziari. Una maggiore attenzione in questo caso, per non incorrere in "omissioni" da parte degli infermieri, alla registrazione di alcuni para-

metri e alla diminuzione del peso corporeo (circostanza quest'ultima la cui reale esistenza è stata, peraltro, molto discussa tra i periti in dibattimento, anche all'esito delle testimonianze acquisite al riguardo) forse avrebbe potuto evidenziare il continuo dimagrimento del paziente anche agli occhi non sempre attenti dei medici» (Ivi).

È risaputo infatti che l'assistenza infermieristica è più frequente sul paziente rispetto alla visita medica, che in alcuni casi può avvenire anche una sola volta nell'arco della giornata; questo permette all'infermiere un'osservazione delle condizioni cliniche di una persona ricoverata più volte al giorno e di valutare l'eventuale gravità e gli interventi da adottare.

Nel caso Cucchi è documentato il rilevamento di parametri vitali non nella norma e condizioni cliniche critiche, ma risultano dubbi i possibili tempestivi interventi. Nello specifico:

- il giorno 19 ottobre viene rilevata a Stefano Cucchi una glicemia di 40 mg/dl, valore al di sotto della soglia ritenuta dalla letteratura scientifica come pericoloso per la vita (per uomo pari a 45 mg/dl);
 - Il giorno 21 ottobre viene annotata in cartella una Frequenza Cardiaca di 36 battiti al minuto (valori nella norma 60-100 bpm);
 - durante il ricovero non risultano controlli sul corretto posizionamento o eventuale occlusione del catetere vescicale che di fatto ha determinato un accumulo di una rilevante quantità di urina in vescica (1400 cc);
- È accertato dalle testimonianze di tutti gli imputati che Stefano Cucchi durante il ricovero era poco collaborante e che rifiutava le cure diagnostico-terapeutiche prescritte dai medici, ma anche in questo caso rimane dubbio l'accertamento da parte di quest'ultimi sulla consapevolezza di Cucchi della gravità del proprio stato di salute. Di questo però i medici erano pienamente certi avendo valutato la possibilità di inviare in merito una missiva al magistrato competente, senza peraltro decidere dell'eventuale trasferimento del paziente in un reparto più idoneo.

A questo proposito la Corte di Cassazione – Sez. III, con sentenza del 22 gennaio 1999 n. 589, stabilisce che *"l'obbligo del medico dipendente dal servizio sanitario nazionale per responsabilità professionale nei confronti del paziente ha natura contrattuale, ancorché non fondata sul contratto ma sul contatto sociale, caratterizzato dall'affidamento che il malato pone nella professionalità dell'esercente una professione protetta."*

Inoltre la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 9739 dell'11 marzo 2005, esaminando diverse questioni riguardanti la responsabilità per fatto del personale medico e per fatto del personale sanitario ha stabilito che *"Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori "ex lege" di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro"*.

È palese come la sentenza di questo caso non prenda in considerazione il riconoscimento professionale degli infermieri affermando che "non era nelle loro facoltà sindacare le iniziative dei medici alle quali risultano essersi attenuti". Il fatto che l'infermiere è stato per molto tempo

inquadrato come mero esecutore di mansioni e compiti, inserito in un rapporto gerarchico di subordinazione nei confronti del medico, è un aspetto del passato che deve ormai lasciare spazio a una nuova realtà. Occorre abbandonare i vecchi stereotipi e iniziare a pensare all'infermiere come un professionista che possiede conoscenze, capacità e competenze.

Per questo motivo è essenziale che siano gli infermieri stessi a promuovere la "nuova" figura di professionista laureato, primo responsabile dell'assistenza, attraverso l'esercizio della professione secondo i principi etici che caratterizzano la stessa e comunicando alla società quelle che sono le competenze distintive della professione infermieristica affinché il significato dell'essere infermieri si consolidi nel tempo.

In data 31 ottobre 2014 la Corte d'Assise d'appello assolve tutti gli imputati del caso Cucchi (medici compresi) ribaltando la sentenza di 1° grado "perché il fatto non sussiste" ovvero per insufficienza di prove, ciò provoca l'indignazione dei familiari che hanno effettuato il ricorso in cassazione. Le motivazioni della stessa sentenza però specificano la necessità di dover ancora indagare sulla morte di Stefano per accertare le effettive responsabilità. È infatti difficile comprendere come la morte di un ragazzo di 31 anni, nel contesto in cui è avvenuta, non si sia potuta evitare.

BIBLIOGRAFIA

- Sasso L. et. al. (2012) - Infermieristica in area critica - Mc Graw Hill
- Gentili A. et. al. (1993) - Il paziente critico: clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione - Casa editrice Ambrosiana
- Alghisi P. et. al. (2004) - L'infermiere in area critica: manuale di base - Carocci Faber
- Motta P.C. (2002) - Introduzione alle scienze infermieristiche - Carocci Faber, pag. 71-78; 92-100
- Barbieri G., Pennini A. (2008) - Le responsabilità dell'infermiere: dalla normativa alla pratica - Carocci Faber, pag. 55-76; 90-102
- Calamandrei C. (1993) - L'assistenza infermieristica: Storia, teoria, metodi - La Nuova Italia Scientifica, pag. 141-158
- XIV Congresso Nazionale Ispasvi (2005) "Percezione, immagine, aspettative sociali: l'infermiere nella società contemporanea"
- Sironi C. (1991) - Storia dell'assistenza infermieristica - Nuova Italia Scientifica, pag. 43-68
- Benci L. (2011) - Aspetti giuridici della professione infermieristica - Mc Graw Hill
- Benci L. (2001) - Professioni sanitarie non mediche: normativa in movimento - Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 2, pag. 84-90
- Bugnoli S. (2010) - La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze: una guida per l'agire responsabile - Maggioli Editore, pag. 65-90; 117-128
- Martellotti E. et. al. (2002) - Diventare infermieri. Una professione emergente tra assistenza e management - Carocci Faber, pag. 10-11
- Conti L. - Ma la gente comune sa davvero cos'è un infermiere? L'infermiere, 9/2005
- Papa A., Masera G., Siri P. - La percezione della professione infermieristica fra i giovani, in L'infermiere, n. 2/2013
- Corte di Cassazione, sezione IV Penale, sentenza 13/05/2011 n.24573
- Quotidiano Sanità (Giugno 2011) - "Cassazione. Paziente peggiora e muore. Responsabile l'infermiere che non allerta il medico"
- Quotidiano Sanità (giugno 2011) - Silvestro A. (Ispasvi): "Cassazione ha correttamente valutato la responsabilità degli infermieri"
- Corte di Assise di Roma, sentenza 05 Giugno 2013
- Quotidiano Sanità (settembre 2013) - "Caso Cucchi. Depositata la sentenza. La morte per malnutrizione. Le colpe dei medici."
- Quotidiano Sanità (ottobre 2013) - Muttillio G. (Ispasvi): "Mastrogiovanni e Cucchi: ma gli infermieri sono del tutto innocenti?"
- Il Messaggero (ottobre 2013) - "Cucchi, i PM appellano la sentenza: <<Medici ed infermieri lo abbandonarono>>"
- Corte di Cassazione, sezione VI Penale, sentenza 02/02/2010, n.14603
- Il sole 24 ore - Sanità (maggio 2010) - Perrone M. : "L'iniezione non è un esclusiva: anche chi non ha il titolo di infermiere può praticare punture sporadiche"
- Codice Deontologico dell'Infermiere 2009
- D.P.R. 14 marzo 1974, n.225 "Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici"
- D.M. 14 settembre 1994, n.739 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"
- Legge 26 febbraio 1999 n.42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"
- Legge 10 agosto 2000 n.251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"
- Legge 1° febbraio 2006 n.43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"



Madagascar: il cuore oltre l'ostacolo

Oggi, essere infermieri nel cosiddetto "mondo occidentale" significa collocarsi all'interno di un complesso sistema di welfare ed essere chiamati a ricoprire un ruolo chiave che, senza ombra di dubbio, rappresenta una risorsa di inestimabile valore dal punto di vista sanitario, educativo e sociale.

Ma cosa accade nei paesi dove il sistema di welfare non esiste? E' proprio in questi contesti che la figura dell'infermiere può diventare la discriminante tra la vita e la morte di migliaia di persone.



A cura di:
Mirko Collina
Studente Corso di Laurea in Infermieristica
Collaboratore dell'Associazione Amici di Ampasilava ONLUS

Infermiere è colui che sceglie di assistere il prossimo nella sofferenza e sceglie la strada verso un nuovo modo di essere, verso un qualcosa che lo cambierà nel profondo dell'animo, un ruolo a cui sarà chiamato a rispondere per ogni istante della vita, poiché non si timbra mai un cartellino di uscita, non si smette mai di essere infermieri, proprio come non si smette di essere medici, insegnanti o genitori.

Sono partito per la prima volta qualche anno fa, direzione ospedale Vezo di Andavadoaka, un posto sperduto nel sud ovest del Madagascar. Ho diretto i miei passi fuori dalla porta di casa senza immaginare che quel viaggio mi avrebbe cambiato la vita.

Sono partito lanciando il cuore oltre l'ostacolo, seguito da una valigia piena di entusiasmo e curiosità... ed un'altra piena di farmaci.

In quella terra ho vissuto i mesi più intensi della mia vita, conosciuto l'arte della cura e dell'educazione alla salute operando in condizioni al limite, svegliandomi spesso nel cuore della notte, lavorando in cambio di sorrisi, a fianco di professionisti straordinari e amici, ho dato tutto, spesso crollando nel letto al tramonto, esausto, a servizio di persone che mi hanno insegna-

to molto più di quanto un università possa insegnare in una vita intera.

Laggiù, nella mia isola che non c'è, le giornate cominciano all'alba, nel momento in cui un carretto tirato da zebù solca la strada sabbiosa di fronte all'ospedale, il carrettiere ha con sé un filo invisibile che traina fuori il sole da dietro le colline e sfumature di rosso accendono tutto, compresa la mia sveglia fatta di cinguettii tropicali.

Ed è sempre un Buongiorno, per quanto mi riguarda, non è mai esistito un giorno in cui avrei preferito rimanere nel letto.

Le mattine sono fatte di lavoro in ospedale, sfide, persone... a volte pare di essere trottole che girano da un ambulatorio ad un altro, passando tra sguardi speranzosi, sorrisi, tradizioni, colori e bambini... tanti bambini, tanti anatroccoli scalzi, sporchi di sabbia e tremendamente felici.

Quando il sole è ormai perpendicolare al terreno e le ombre scompaiono sotto ai piedi si va a mangiare, tutti insieme come una squadra, o meglio... come una famiglia, alla Corte dei Giechi, la nostra casa dei volontari.

A seconda delle attività programmate, dei degenti e delle esigenze, si pianificano le attività pomeridiane. Alcuni volontari resteranno a fare la "guardia" in ospedale, altri invece saranno liberi di uscire ed esplorare le meraviglie di questa terra incantata.

In questo modo i pomeriggi diventano come la tavolozza di un pittore, si hanno a disposizione un sacco

di colori e bisogna solo scegliere di quale tonalità tingere la giornata e, a seconda di dove si dirigono i piedi, si possono trovare villaggi, spiagge, valli, foreste, baobab... incredibili paradisi incontaminati.

Il tramonto in Madagascar è di una bellezza inimmaginabile, colori che sembrano irreali, unici e che non avevo mai trovato in nessun altro panorama africano, poi lentamente le ombre si allungano fino a scomparire, sopiscono i cinguettii ed arriva la notte.



Esiste una terra lontana, molto distante dalle grandi strade su cui sfrecciate, distante dai grattacieli che scalate, lontanissima dalle vostre sicurezze, dai faraonici megastore dove tutto può essere comprato e dai maxi-ospedali dove tutti possono essere salvati.

Una terra così lontana culturalmente, così lontana per usi e costumi e così incredibilmente vicina al cuore. In questa terra, dove corrono in cerchio sorrisi bianchi, bimbi neri, giostre di vento e spuma di mare, ho scoperto quello che volevo essere da grande: un infermiere. Infermiere, non parlo della professione, non mi riferisco a quell'inquadramento professionale inserito nella complessa catena di montaggio che chiamiamo "sanità".

Quello che intendo è molto di più.





Ora tutto diventa dormiente, sembra quasi che il tramonto, abbia chiuso il sipario.

Ma in realtà la vita non smette di pulsare, i ragazzi continuano a danzare sulla spiaggia sotto ad una luna talmente luminosa che permette di camminare nel cuore della notte senza alcun problema.

Guidati dal sole e cullati dalla luna si susseguono le giornate, entrando in armonia con la natura e diventando parte della vita di un paese dove non esiste l'orologio e tutti vanno al ritmo che preferiscono, senza mai conoscere la fretta.

E tutti i giorni è vita.

Ci sono cose di quell'ospedale che porterò sempre nel cuore, come la particolarità del lavoro d'equipe, spesso ho visto volontari ragionare tutti insieme, senza più distinguere chi fosse il medico, chi l'infermiere, chi il fisioterapista... una danza di pensieri che si incrociano puntando alla medesima destinazione, il bene del paziente. Un'altra grande gioia è quella di poter seguire il malato dal momento in cui varca la soglia dell'ospedale in cerca di aiuto, al momento in cui se ne andrà sulle proprie gambe.

Pochi possono immaginare cosa voglia dire accogliere persone in fin di vita, soccorrerle in una piccola stanza che fa da pronto soccorso, portarli in sala operatoria, gestire complicanze, degenze, riabilitazioni, lavorare insieme a loro per mesi e vederli andar via sorridendo.

Ancora mi commuovo pensando agli sguardi dei degenti che, arrivando sulla soglia della porta con un deambulatore fatto di legno grezzo, sembrava avessero raggiunto la cima dell'Everest.

Ricordo perfettamente i loro volti di gratitudine e complicità, fototessere incasellate nella mia anima fatte da grandi lavori e grandi vittorie.



E così, proprio come arrivano, se ne vanno, a bordo di carretti trasandati trainati da zebù, viaggiando per settimane, se ne vanno lontani... e allo stesso tempo rimarranno sempre con me.

E quest'ospedale che esiste in mezzo al nulla, colorato, sempre pieno di gente, abbracciato dal villaggio ed incorniciato dal mare, appare ai miei occhi come un fiore di loto che emerge dalla palude, un'oasi nel deserto.

Ed è proprio lì che sono diventato un vero infermiere, forgiato dal sacrificio, trafitto da una miriade di emozioni che come una pioggia di proiettili mi ha attraversato, una coltre di stimoli che mi ha cambiato brutalmente tempestandomi di limpide gioie e atroci sofferenze, grandi soddisfazioni e amare delusioni, vita pulsante e morte.

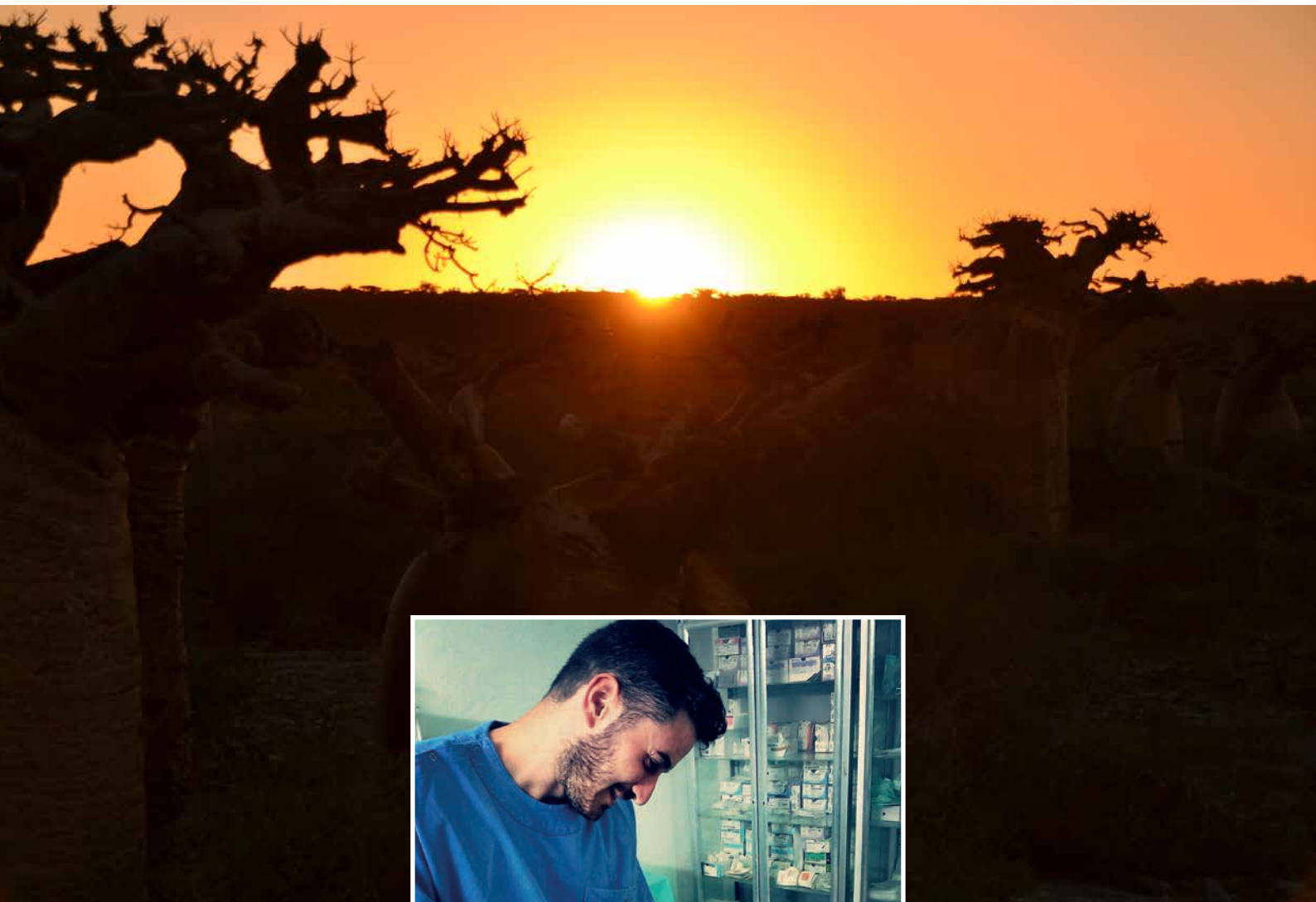
Un'esperienza che non si racconta a parole, un angolo di paradiso che alberga nel mio cuore e nei miei pensieri e che nessuno mai potrà comprendere a pieno. Ed è per questo che ogni anno riparto e torno dalla mia Africa.

Quell'Africa dove ho sempre qualcosa di grande da fare, quell'Africa che sprema le energie e dove tutti vanno a letto alle otto, quell'Africa che toglie il fiato con i suoi tramonti irreali e le sue notti tempestate di stelle.

L'Africa di quei bambini che saltando mi prendono per mano, con quei sorrisi a cui non importa di nulla, l'Africa della spensierata allegria e di quel calore umano che ti scioglie il cuore, l'Africa della vita, quella vita talmente pulsante da farti dimenticare anche la morte circostante.

Quell'Africa dove un saluto non si nega a nessuno, quell'Africa dove la gente sorride perchè sorridi tu, anche se in realtà non ha capito nulla di quello che





hai detto, quell'Africa dove alla sera si brinda anche quando è stata una giornata di merda.

L'Africa dove si gioca a calcio scalzi anche se il tuo avversario ha i tacchetti e i parastinchi, l'Africa dove una donna arriva in ospedale perchè ha mal di gola e il giorno dopo partorisce in una capanna.

L'Africa dove stanno in bilico su una piroga e pescano pesci giganti usando una lancia, ma non riescono a costruire un muro dritto.

Quell'Africa dove ci sono i baobab ciccioni e le vacche magre, quell'Africa dove si festeggia sempre... anche per i funerali, quell'Africa dove il bue ci rimette le corna ad ogni festa.

Quell'Africa dove, francamente, è meglio non nascere bue.

L'Africa dove talvolta i malati percorrono migliaia di chilometri per arrivare da noi e si sentono dire che moriranno, l'Africa dove si fa quel che si può e quella dove a volte compiamo i miracoli.

L'Africa semplice da capire e quella che invece non capirai mai.

Tornerò sempre dalla mia Africa, quella che mi pervade, quella che mi strega e mi richiama a se, mi chiama... mi chiama costantemente e prima o dopo devo per forza risponderle.

4 Aprile 2016

ore 13,45 -19,30

Dalle ore 18.00 alle ore 19,00
si terrà l'Assemblea Ordinaria Annuale

Info e iscrizioni www.ipasvibo.it

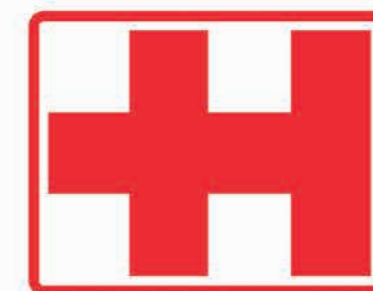
SEMINARIO ECM

Rivolto agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti al Collegio di Bologna

**“Nuovi orari di lavoro
Vincoli normativi e problemi organizzativi”**

Relatore LUCA BENCI

AEMILIA HOTEL BOLOGNA
– Aula Artemide –
Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna



BolognaFiere

EXPOSANITA'

20^a mostra internazionale al servizio della sanità e dell'assistenza

18|19|20 maggio 2016

Tutti i Saloni

GIOVEDÌ 19 maggio
Convegno Regionale

**Competenze Specialistiche dell'Infermiere
di Centrale Operativa ed Emergenza Territoriale
in Emilia-Romagna**

Sala BEETHOVEN
Ingresso libero previa iscrizione

Organizzato da:



IPASVI

Collegi IPASVI Emilia Romagna

il **96%**
dei visitatori
è soddisfatto
di Exosanità

In collaborazione con



exosanita@senaf.it

www.exosanita.it

Progetto e direzione



Gruppo  tecniche nuove



www.ipasvibo.it

Il nuovo sito internet del Collegio IPASVI di Bologna
 News, approfondimenti, formazione, curiosità, fotografie, video.
 Le notizie di attualità sanitaria per gli infermieri e per i cittadini.
 Tutto in un'unica pagina.

35.000 visitatori nel mese di febbraio 2016. Seguici anche tu!

Seguici anche su:



Facebook



Twitter



YouTube



Google +