



#### **PROFESSIONE INFERMIERE**

Periodico del Collegio Provinciale IPASVI di Trento

#### Anno 17 - Numero 3 Dicembre 2017

Registrazione Tribunale di Trento n. 1062 del 17.10.2000

#### Redazione:

Via Maccani 211 – 38121 Trento tel. 0461 239989 fax 0461 984790 www.ipasvi.tn.it info@ipasvi.tn.it

Direttore responsabile: Laura Galassi

Grafica e stampa: Grafiche Dalpiaz srl

Poste Italiane SpA Spedizione in Abbonamento Postale 70% NE/TN

## **Sommario**

Una leva per il futuro 3

IL CONVEGNO
Infermieri, esseri spirituali 4

IL FOCUS
L'infermiere di comunità 7

DEONTOLOGIA
La revisione del Collegio 14

ELEZIONI
Annullate le elezioni 24







> pag. 4

> pag. 24

> pag. 37

IL LIBRO	
Le nuove sfide del care	27
LA TESI	
Ictus, depressione e recupero	31
IL DOCUMENTO	
Condivisione e responsabilità	33
PERSONAGGI	
Enrico Mottes, l'identità dell'infermiere	35
Annalisa Mattuzzi, la "buona vecchia" guardia	37
NEWS	
La nuova sede in via Maccani	39
IL FUMETTO	
L'Infermiere di Comunità / 1	<b>4</b> 0

#### **EDITORIALE**

## Infermieri, una leva per il futuro

L'impegno per la collettività nella consapevolezza del ruolo della nostra professione

egli ultimi anni, il lavoro richiesto al Collegio è diventato sempre più impegnativo sia in termini di tempo sia di expertise: esso è passato da attività a prevalente carattere amministrativo a obbligo di strutturare una vision professionale contestualizzata che garantisca un supporto giuridico di elevata specializzazione, in un contesto dove le logiche di servizio e di mercato sono completamente cambiate. In questo momento all'infermiere sono attribuiti ambiti di autonomia e responsabilità sempre maggiori. Questo comporta il riconoscimento del valore dell'assistenza infermieristica e la consapevolezza delle nuove opportunità che la nostra professione offre nell'affrontare le nuove e sempre più complesse sfide dei sistemi di welfare ma, al contempo, l'esigenza che ogni infermiere ne abbia consapevolezza.

Riuscire a dare istituzionalizzazione alla figura dell'infermiere di comunità è stato, per tutta la professione, un risultato di cui vedremo i benefici per il futuro non solo a livello trentino, ma anche nazionale.

Questo risultato, inoltre, evidenzia la sinergia che si è venuta a creare con tutti gli stakeholder, pazienti, cittadini e decisori politici ed organizzativi. Per raggiungere i risultati, infatti, è importante dimostrare di saper agire nella vicinanza al paziente mentre lo assistiamo, ma anche strutturare relazioni piene di significato con i famigliari e con chi governa.

Abbiamo accolto nel nostro gruppo tanti giovani professionisti che, con entusiasmo, si sono avvicinati al mondo del lavoro, in un contesto complesso che richiede dedizione e sacrificio.



Questa è un'altra evidenza di come la nostra professione attragga e gratifichi sia chi la svolge sia chi ne beneficia.

L'assistenza infermieristica rappresenta una leva per un futuro dove, essere anziani o persone con fragilità, non è più un fardello, bensì è condizione che deve essere vissuta nella consapevolezza che la vita merita sempre di essere goduta. L'impegno di noi infermieri deve andare in questa direzione: sempre maggiore deve essere la consapevolezza di quello che è il nostro contributo, perché il welfare generativo per noi è un modo di essere.

Con questi presupposti, è chiaro come l'impegno richiesto a tutti noi infermieri sia grande, ma ciò che conta è condividere e confrontarsi così da garantire solide basi su cui poggiare le scelte future dalla formazione agli ospedali, dal territorio alle strutture residenziali, fino all'esercizio della libera professione e, perché no, a nuovi contesti sociali per garantire una visione realistica delle persone e della collettività in modo partecipativo.

Luisa Zappini, presidente Collegio Ipasvi Trento

#### **IL CONVEGNO**

## Infermieri, esseri spirituali

La riflessione del vescovo mons. Lauro Tisi durante il convegno del 12 maggio "Dentro la sanità si consumano partite umane meravigliose"

a realtà in cui viviamo viene da più parti definita come post-umana, in riferimento al fatto che l'elemento tecnico, l'elemento scientifico generato dal mercato, è diventato onnivoro rispetto al tutto, tanto che la persona offre incenso e onore ad esso. Si parla di post-umano perché in questo momento il mercato con le sue arti è riuscito a prendere il posto della persona, per cui il rischio è di pensare a ognuno di noi in termini di codice fiscale, di budget, di centro di costo. Voi come infermieri siete la contestazione più grande a questa riduzione dell'uomo. In altre parole, voi vi trovate quotidianamente davanti alla contestazione dello schema umano ridotto



Voi siete uomini e donne spirituali non perché aderite a un credo religioso, bensì perché ogni giorno siete a contatto col malato

all'homo faber, realizzato unicamente nel fare e nell'avere.

Nella sua vulnerabilità il malato è attraversato da domande di senso incredibili: si chiede che senso abbia la vita, che senso abbia il morire. Voi tutti i giorni siete a contatto con questi interrogativi. Ecco perché siete spirituali, perché dichiarate con i dati della vostra professione che l'uomo non è solo pane, che non è semplicemente quello che fa e, soprattutto, che quello che ha è molto di più. Il bello dell'uomo non è nel suo operare ma in ciò che sta dietro l'operare.

Da questo punto di vista vi riconosco - anche contrariamente a quanto a volte si dice - che dentro il mondo della sanità si consumano partite di umano meravigliose. Io sento tantissime persone che dopo un ricovero in ospedale, oppure assistiti a casa a domicilio, dicono: "ho trovato negli operatori sanitari un'umanità sorprendente che mi ha commosso". Giorni fa una persona ricoverata all'hospice mi ha detto: "Lì dentro incontro qualcosa che non ho mai incontrato in vita mia" e ha aggiunto: "Per la prima volta ho gustato un po' di vita".

Voi infermieri avete una professione che è me-



ravigliosa perché nessuno meglio di voi sa parlare dell'uomo visto che voi lo vedete in quella vulnerabilità che è la zona dove nascono le domande; quelle domande che mancano in un mondo troppo di corsa, bloccato in un'operatività alienante e disumanizzante.

L'altro aspetto interessante è che dentro la vostra professione, a contatto con questa vulnerabilità, voi scoprite le potenzialità enormi della relazione, perché la relazione è dimensione fondamentale del curare. Il curare non è solo un fatto tecnico, non è solo un fatto di farmaci.

Il modo in cui ci rivolgiamo al malato ha dei riverberi impressionanti anche in termini di benessere e di salute

Il curare ha una valenza diversa se è gestito in un contesto di relazionalità dove l'altro viene preso in carico e vengono prese in carico le sue domande e il suo bisogno di contatto e di essere guardato senza giudizio.

Tutta la scienza medica sa che molte malattie sono frutto di inceppi relazionali e molti degradi che vengono somatizzati diventano patologia, sono figli di mancate relazioni o di una modalità di vita stressante e alienante. Lo stress è un fattore sicuramente di non salute e quindi mi piace molto parlare di deontologia professionale con la persona al centro. Questo perché voi dichiarate che avere la persona al centro vuol dire avere una società che un domani sarà più sana e una società meno malata.

Mi piace poi pensare al mondo della medicina come ad un'arte: sicuramente la medicina ha bisogno di una base scientifica - e guai se questa manca - ma noi sappiamo che la medicina è arte e un bravo medico è un artista, non un tecnico scientifico. Credo quindi che l'arte medica abbia solo da guadagnare se l'operatore sanitario, infermiere compreso, si pone di fronte all'altro non semplicemente in termini di erogazione di un servizio bensì di una presa in carico come persona che ha un vissuto che è molto di più di quello che appare.

L'arte medica ne guadagna se l'infermiere vede in colui che ha davanti una realtà viva

Da questo punto di vista io penso che a volte il paziente curi l'operatore e che più di una volta nel vostro servizio, proprio perché lo declinate in chiave relazionale, da storie anche molto accidentate portate a casa dei tratti di umanizzazione e di provocazione al vivere interessantissimi. In quest'ottica credo che un'altra dimensione importante per una cura efficace sia quest'interazione tra operatore e paziente dove, tra virgolette, il paziente cura l'operatore perché il benessere e la salute non è solo questione di avere le analisi del sangue a posto o di avere gli organi sani. Purtroppo anche nel nostro Trentino molti, pur avendo un corpo sano, non hanno più voglia di vivere. Il mondo occidentale, infatti, ha nella malattia psichica una delle aree più drammatiche.

Da storie molto accidentate si portano a casa tratti di provocazione al vivere interessantissimi

Questo significa che la salute non è fatta semplicemente di parametri scientifici, ma dipende anche dalla disponibilità a rendersi vulnerabile all'altro, a entrare in relazione.

Mi piace anche sentire parlare di infermiere di comunità perché l'altra grande sfida è costruire comunità. Con una rete familiare sempre più ristretta chi potrà prendersi cura di noi? Se avremo comunità che si prendono cura di noi potremo avere un futuro.

Quando parlo di comunità non intendo una sommatoria di individui, bensì uomini e donne che rinunciano all'invulnerabilità, si lasciano graffiare dall'incontro, ospitano altri volti, altre storie, altre idee. Per me questa è la salute. La salute è una sola e io la auguro all'Europa. Una salute che ci impone di smetterla di pensarci in chiave narcisistica, perché il vero problema del welfare è che è saltato il tessuto comunitario e non abbiamo più la gioia di chiamarci "fratelli e sorelle". Fratelli e sorelle, non amici, perché tuo fratello ti appartiene.

Se non usciamo da questa logica narcisistica non avremo futuro, questa è la spiritualità. Non importa se crediate o meno. Il Dio di Gesù Cristo altro non è che umanizzazione e ci insegna questo: guarda che nella tua vulnerabilità, lasciando entrare gli altri, ti salvi".



#### IL FOCUS

## L'infermiere di comunità

Le linee di indirizzo della professione in Provincia di Trento Il progetto presentato dal Collegio per riorientare i servizi al cittadino

i seguito riportiamo in sintesi il progetto, finanziato dal Collegio Ipasvi di Trento, che ha voluto supportare le politiche dell'assessorato alla Salute nel riorientamento dei servizi al cittadino attraverso l'introduzione della figura dell'infermiere di comunità quale nodo strategico all'interno della rete dei servizi socio-sanitari già offerti nella Provincia Autonoma di Trento.

Dopo la creazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale nel 2014, e la condivisione del progetto con l'assessorato nel 2015, nel 2016 si è siglato un protocollo sperimentale di istituzione dell'infermiere di comunità. Tale protocollo ha definito obiettivi, indicatori, rete a supporto, processi, attività, strumenti, risorse, profilo e fabbisogno formativo per l'introduzione dell'infermiere di comunità.

#### La premessa

La sanità sta cambiando perché:

- cambiano i bisogni di salute, in quanto aumentano le patologie croniche e l'area della non autosufficienza con le problematiche correlate, mentre si riducono i bisogni e i tempi assistenziali delle patologie acute;
- cambiano i modelli organizzativi che, anche in relazione all'evoluzione tecnologica, si configurano sulla base di nuovi principi clinico-organizzativi (ad esempio continuità della cura ospedale-territorio, assistenza domiciliare, telemedicina) o reinterpretano in chiave evolutiva alcuni principi del passato (ad esempio: assistenza per intensità di cura, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali).

Sul versante della struttura organizzativa, il progressivo superamento del modello della acuzie ha comportato la messa in discussione delle logiche tradizionali di articolazione organizzativa basata sulla strutturazione dei saperi.

Se il contesto ospedaliero è quello dove il fenomeno è più evidente e più facilmente leggibile, anche il territorio è investito delle medesime dinamiche, con il progressivo affermarsi di modelli organizzativi centrati sui processi che tagliano trasversalmente le diverse articolazioni organizzative, riunificandole sulla dimensione prevalente dei bisogni del paziente.

La focalizzazione sui bisogni trova una base comune nella necessità di riconnettere attorno al paziente le prestazioni, i processi e i servizi

La necessità di una focalizzazione sui bisogni dei pazienti nella loro unitarietà e continuità nel tempo non trova risposta solo in una riconfigurazione degli assetti organizzativi, ma conduce anche alla creazione di una rete di nuove responsabilità. Si tratta di responsabilità trasversali, non legate alle strutture, che trovano una base comune nella necessità di "riconnettere" attorno al paziente e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni, dei processi e dei servizi prodotti dalle diverse articolazioni organizzative.

In questo senso convergono da tempo sia spinte a livello internazionale e nazionale, come il Patto per la salute 2014-2016, sia spinte a livello locale, tra le quali si ricorda:

- la Legge provinciale sulla tutela della salute 16/2010;
- la Legge provinciale sulla tutela delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie 15/2012;
- il Progetto cure primarie Long Term Care. Il contributo dell'infermiere nella riorganizzazione delle cure primarie (Collegio Ipasvi di Trento 2013);
- il Progetto Gestione integrata del paziente fragile (Obiettivo 2 F assegnato alla APSS dalla GP con delibera 508/2015);
- il Piano per la salute per il Trentino 2015-2025:
- il Patto del Collegio Ipasvi di Trento con l'Assessorato alla salute e politiche sociali del 12 maggio 2016.

#### L'infermiere di comunità

L'introduzione della figura dell'infermiere di comunità nei servizi del territorio trentino rappresenta la risposta concreta al mutato contesto appena descritto. Si tratta di un professionista che agisce nella comunità in maniera proattiva, in rete con tutti i servizi socio-sanitari già offerti, per accompagnare il paziente e la sua famiglia nell'individuare in fase precoce malattie e/o situazioni di rischio socio-sanitario.

Inoltre, con l'infermiere di comunità, si intende garantire una presenza certa sul territorio, facilmente contattabile, riconoscibile e identificabile da tutti gli stakeholder, ruolo chiave per contribuire a sostenere e valorizzare ulteriormente le politiche per l'evoluzione del sistema-salute già molto radicate sul territorio trentino (cure primarie, rete ospedaliera, APSP).

Il nuovo ruolo è dunque una figura che, forte della sua expertise assistenziale, della conoscenza del territorio, delle istituzioni e dei servizi, è in grado di supportare il paziente fragile trentino e la sua famiglia nel leggere il bisogno e attivare le professionalità presenti

sul territorio in una logica multidisciplinare di integrazione di responsabilità e di risorse.

L'infermiere di comunità nella Provincia Autonoma di Trento desidera dunque promuovere le cure appropriate in una logica d'integrazione di servizi e persone, secondo il principio della medicina di iniziativa, nonché il ruolo partecipato ed informato del cittadino. Inoltre vuole sostenere la presa in carico multidimensionale e dare valore e riconoscimento a tutte le risorse già presenti sul territorio.

Il servizio dell'infermiere di comunità si caratterizza per la focalizzazione sul paziente fragile e sulla sua famiglia e per la scelta della casa del paziente come setting privilegiato di assistenza. Infatti lo scopo è quello di innalzare nella PERSONE fragili e nelle loro famiglie il senso di responsabilità e di presa in carico della situazione di salute.

### Le funzioni

- Individuare in fase precoce le malattie e/o le situazioni di rischio sociale/ sanitario, rallentarne l'evoluzione, migliorare la qualità di vita.
- Favorire la promozione di cure appropriate secondo il principio della necessità per il malato nella definizione nel definire il percorso diagnostico-terapeutico migliore per il suo stato clinico o la sua condizione sociale, consentendo un uso oculato delle risorse sui bisogni reali attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti del sistema.
- Favorire il ruolo partecipato ed informato del cittadino, attraverso la promozione attiva della salute in ambiti socio-sanitari e non solo, al fine di rendere le persone protagoniste nelle scelte quotidiane relative alla propria salute.
- Orientare ad una presa in carico multidimensionale creando reti di tutela a favore di persone fragili per età, disagi sociali e/o patologie; costruendo

risposte personalizzate che consentano a tali persone la permanenza nel proprio ambiente di vita pur con un'assistenza mirata e complessa.

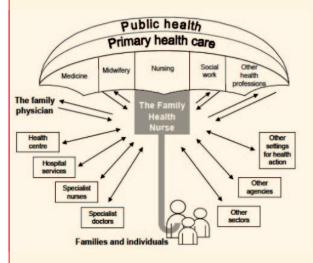


Figura 1 – Il Modello dell'infermiere di comunità (WHO, 2000 2006)

#### **Outcome attesi**

L'infermiere di comunità è un nodo all'interno della rete dei servizi socio-sanitari e lavora dentro un'équipe multidisciplinare. Attraverso il rafforzamento delle reti di comunità e dell'integrazione del team territoriale, le ricadute attese a regime dell'introduzione del servizio dell'infermiere di comunità sono molteplici. Da un punto di vista dell'analisi dell'impatto del servizio sullo stato di salute, si stima che l'introduzione dell'infermiere di comunità possa influenzare le seguenti aree:

- la qualità di vita del paziente e della famiglia, mantenendo la capacità del paziente di gestire in autonomia il problema di salute e migliorando la capacità di cura della famiglia;
- la presa in carico, la personalizzazione, l'appropriatezza e continuità delle cure del paziente fragile;

## Un "prototipo" per la Federazione

Le linee di indirizzo sull'infermiere di comunità elaborate dal Collegio Ipasvi di Trento sono state inviate alla Federazione nazionale dei Collegi degli Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia di Roma per poi essere condivise come "prototipo" con le altre regioni.

"La nostra proposta, attraverso la Federazione nazionale, potrà essere presa come modello 'di metodo' dalle altre realtà locali che poi la declineranno singolarmente a livello organizzativo. Il punto focale è la necessità di riconnettere attorno alla persona e ai suoi bisogni l'insieme delle prestazioni, dei processi e dei servizi", è la riflessione di Luisa Zappini, presidente del Collegio di Trento.

"C'è una richiesta crescente da parte dei cittadini per l'infermiere di famiglia e di comunità", conferma Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale (in foto). "Sul territorio l'infermiere assicura la continuità della presenza e della presa in carico dei problemi. Le sue competenze in questi ambiti favoriscono la personalizzazione degli impegni assunti dalla persona verso la propria salute, riducendo il rischio di istituzionalizzazione/ospedalizzazione. Con il medico di medicina generale si crea così un'alleanza che fa da tramite tra le esigenze della persona assistita e il medico di fiducia. Per questo la presenza dell'infermiere di comunità nelle AFT è un'evoluzione naturale di un'assistenza di qualità".





- la qualità e la sicurezza delle prestazioni offerte dal sistema (possibilità di offrire prestazioni avanzate e prestazioni educative che favoriscono la prevenzione; riduzione degli errori di terapia nelle dimissioni attraverso il monitoraggio della riconciliazione terapeutica).
   Da un punto di vista dell'analisi dei risultati attesi del servizio sul sistema socio-sanitario trentino, si stima che l'introduzione dell'infermiere di comunità possa influire:
- sui tempi di accesso e percorrenza e sui volumi di attività dell'assistenza territoriale nel suo complesso (ad esempio aumento del numero di utenti seguiti e del numero di accessi) e riferita ai singoli professionisti (ad esempio aumento degli accessi medi per infermiere);
- sui tempi di accesso e percorrenza e sui volumi di attività dell'assistenza ospedaliera al paziente fragile (diminuzione del tasso di ospedalizzazione e della degenza media; aumento della dimissibilità precoce del paziente cronico a bassa intensità clinica ed alta intensità assistenziale; diminuzione del tasso di accessi impropri al pronto soccorso e del tasso di riammissioni improprie in ospedale);
- sulla capacità di presa in carico dei pazienti fragili trentini complessi nelle diverse fasce

- di età, con particolare riferimento tra i 64 e i 75 anni;
- sull'integrazione multi-professionale e multi
  -istituzionale e sulla capacità di attivazione
  della rete (riduzione dei costi su outcome di
  salute sia per la parte sociale sia sanitaria degli enti locali);
- sulla qualità percepita dai cittadini (misurabile attraverso la somministrazione di una survey ad hoc che vada ad indagare la qualità degli spostamenti, della reperibilità, dell'attività ambulatoriale e delle informazioni ricevute).

#### Campo di applicazione

Il servizio dell'infermiere di comunità s'inserisce in un percorso assistenziale già in essere come "ponte" e facilitatore tra il paziente fragile e la sua famiglia e i diversi interlocutori istituzionali (ambulatori, ospedale, MMG, PLS, consultori familiari). È punto di riferimento per i cittadini, ne valuta i bisogni e li aiuta ad orientarsi nella rete dei servizi offerti. Individua i fattori di rischio specifici del territorio ed interviene sul singolo paziente o sulla famiglia. L'infermiere di comunità ha anche un ruolo importante nel ricordare e riportare i professionisti al loro

## Il progetto arricchito dallo studio qualitativo

In seno al progetto sull'infermiere di comunità è stato sviluppato anche uno studio qualitativo che ha valutato una particolare popolazione affetta da una specifica malattia cronica. Il progetto - i cui risultati saranno pubblicati nel prossimamente - è da subito stato elemento di forte interesse per la sfida che si presenta agli infermieri come professionisti in questo settore

È anche molto ambizioso il coinvolgimento dei pazienti nella ricerca, che va in un'ottica di participatory research, sempre più diffusa a livello anglosassone, ma in via di sviluppo in ambito italiano.

Lo studio è stato sviluppato

da Marta Canesi (in foto), da 7 anni infermiera nell'U.O. Ematologia pediatrica/Centro Trapianti di Midollo Osseo, Fondazione MBBM - ASST Monza. Laureata all'Università degli Studi Milano Bicocca, nel 2016 è stata visiting student alla McMaster University, Ontario, Canada. Oltreoceano ha approfondito la ricerca qualitativa applicata all'ambito delle malattie croniche multiple, lavorando con l'Aging, Community and Health Research Unit.

Interessata all'ambito della ricerca infermieristica e della formazione, ha preso parte a progetti di cooperazione internazionale mirati alla formazione di infermieri locali in merito a competenze assistenziali specialistiche, l'ultimo dei quali presso il Kurdistan Iracheno con un progetto finanziato dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione e lo Sviluppo (AICS).



ruolo di presa in carico delle persone e non meramente prestazionale.

L'assistenza si svolge internamente al contesto del lavoro di équipe, secondo un modello organizzativo integrato che possa garantire ai pazienti fragili e alle loro famiglie un infermiere di riferimento, inserito nell'ambito di un piccolo gruppo di infermieri del territorio, che opera in collaborazione con le altre professionalità coinvolte nel percorso clinico-assistenziale (ad esempio, MMG, PLS, infermiere di ADI, tecnici di riabilitazione, educatori, assistenti sociali), anche in relazione alle specificità dei bisogni.

Tutti i professionisti sono garanti dell'assistenza personalizzata che assicura la centralità del paziente fragile al fine di armonizzare i bisogni di sicurezza e umanizzazione.

Sono assicurati il coordinamento e l'integrazione tra le strutture del territorio e dell'ospedale in cui viene svolta l'attività e sono attivati e rispettati i protocolli di trasferimento fra i diversi setting assistenziali.

#### Organizzazione del servizio

Si ipotizza di inserire almeno un infermiere di comunità in ogni AFT, con il ruolo di *case manager* nella comunità di riferimento, che dialoga con i MMG, con il team di infermieri territoriali e gli altri operatori sanitari/sociali che investono nell'area.

L'infermiere di comunità si rende attivo per la valutazione dei bisogni latenti ed emergenti (non ancora espressi) della popolazione fragile attraverso misure e strumenti idonei (segnalazione da parte del PS di accessi impropri, segnalazione da parte dei MMG, da parte dei servizi sanitari/sociali presenti sul territorio, dai reparti di degenza, dalle strutture private o convenzionate). La presa in carico del paziente fragile e della sua famiglia può essere attivata anche mediante contatto telefonico col Centro Unico di Prenotazione il colloquio iniziale, che va normalmente effettuato entro sette giorni



dalla data di richiesta e garantito nell'ambito territoriale di residenza del paziente fragile. Il primo colloquio, condotto dall'infermiere di comunità, è orientato alla conoscenza, raccolta anamnestica e informazione al paziente fragile e alla sua famiglia (es. piano di assistenza, stili di vita, igiene personale, servizi di supporto) per l'attivazione e la condivisione del servizio.

L'infermiere di comunità è punto di riferimento per tutti i professionisti che a vario titolo

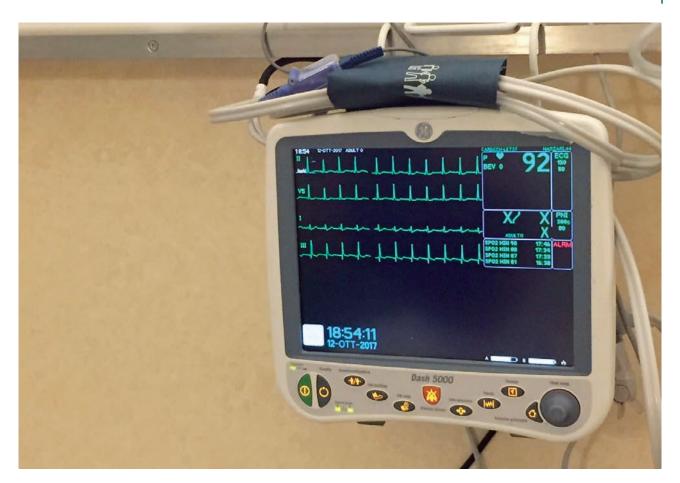
lavorano sul territorio, con i quali elabora e condivide il PAI multidimensionale e multiprofessionale, valutando di volta in volta la composizione dell'équipe che prenderà in carico la situazione oggetto di valutazione.

L'infermiere di comunità sposta il focus al processo nel suo insieme e coinvolge team multidisciplinari e multiprofessionali

L'infermiere di comunità provvede inoltre a richiedere e programmare la consulenza dei diversi professionisti, secondo quanto stabilito dai protocolli clinici in uso a livello aziendale. L'infermiere di comunità esercita dunque capacità diagnostica nell'individuare comportamenti a rischio e intervene per attuare adeguate misure profilattiche in collaborazione con gli altri professionisti.

Ha una visione ampia del processo assistenziale, per cui sposta il focus al processo nel suo insieme e nel fare questo coinvolge team multidisciplinari e multi professionali. Sostiene il cittadino nell'individuare e trovare una lettura di senso alla sua storia di malattia. Individua e valuta i fabbisogni e negozia le risorse (infermieristiche, OSS, presidi, medicazioni) in base ai bisogni individuati sia per l'attività domici-



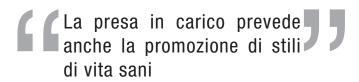


liare, sia per l'attività negli ambulatori.

Negli incontri è garantita: accoglienza, ascolto, risposta a dubbi e domande, raccordo anamnestico, controllo degli esami, valutazione del benessere del paziente fragile e del suo care giver informale, valutazione del rischio di peggioramento dello stato di salute e programmazione delle prestazioni da erogare secondo un protocollo comune e condiviso su tutto il territorio provinciale. Anche al di fuori delle visite programmate, l'infermiere di comunità garantisce continuità del rapporto e disponibilità.

Nel caso in cui siano necessarie prestazioni specialistiche non erogabili nell'ambito territoriale di riferimento, l'équipe di assistenza che ha in carico il paziente fragile lo invia nella sede adeguata. Nelle situazioni di rischio psico-sociale si realizza un accompagnamento con interventi modulati rivolti al paziente fragile e alla sua famiglia secondo un piano individualizzato di presa in carico, gestito da parte di una équipe multiprofessionale.

Le visite si svolgono presso le strutture ambulatoriali ospedaliere, distrettuali e a domicilio. La presa in carico del paziente fragile e della sua famiglia prevede anche l'offerta attiva e la partecipazione ad iniziative di educazione sanitaria per la promozione di stili di vita sani e per favorire una gestione più efficace della situazione di cronicità.



Qualora il paziente fragile preso in carico necessiti di assistenza nell'ambito della rete ospedaliera provinciale, viene garantito, compatibilmente con le condizioni organizzative, il mantenimento della continuità assistenziale sia nella fase di ricovero sia di dimissione. L'infermiere di comunità pianifica col team ospedaliero la dimissione.

Egli opera all'interno di un team di assistenza e se necessario potranno essere attivate, oltre al MMG, tutte le figure professionali più appropriate per rispondere ai bisogni del paziente.

#### **DEONTOLOGIA**

## La revisione del Collegio

L'IPASVI di Trento ha elaborato un contributo collettivo per la stesura del nuovo codice deontologico

a deontologia è una guida che deve valorizzare le esperienze del quotidiano e non un corpo di regole astratto. Il codice deontologico rappresenta, per l'infermiere, l'affermazione del suo essere professionista, del suo saper assistere e del suo saper prendersi cura delle persone con umanità e competenza.

La capacità di attenersi a principi-guida nell'assistere è il valore più vero perché ci aiuta nei momenti di difficoltà

La capacità di attenersi a principi-guida nell'assistere è il valore più vero perché ci aiuta nei momenti di difficoltà quando, di fronte a problemi sempre più complessi, facciamo fatica a trovare risposte, a fare responsabilmente le nostre scelte e a continuare ad onorare la nostra professione.

La Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi ci ha offerto l'opportunità di contribuire alla stesura del nuovo Codice deontologico degli infermieri e, nel corso del 2016, ha elaborato e presentato una proposta nuova, affinché il Codice possa continuare ad essere una guida per l'esercizio professionale, in coerenza con l'evoluzione dei tempi, sia da un punto di vista giuridico sia dello status e delle competenze professionali.

Il Collegio Ipasvi di Trento ha accolto questa opportunità e l'ha fatta propria, strutturando un percorso che garantisce ai propri iscritti la possibilità di contribuire fattivamente ed in maniera diretta alla costruzione di un nuovo Codice a misura della quotidianità.

È stato così proposto un percorso formativo che ha permesso la partecipazione, sia diretta sia indiretta, a momenti formali e assembleari e in spazi di discussione interprofessionale, oltre che nei diversi contesti di lavoro, ad esempio reparti, strutture residenziali socio assistenziali, ecc.

In occasione della Giornata internazionale dell'infermiere del 12 maggio 2017 è iniziata la raccolta delle proposte degli iscritti, affiancati dal Collegio nel difficile e complesso compito di pensare con maturità deontologica la dimensione quotidiana che guida l'assistenza infermieristica, in qualsiasi ambito e a qualsivoglia livello.

Da questa Giornata è nata la prima stesura delle osservazioni degli iscritti, con un forte senso di responsabilità e di appartenenza e con l'orgoglio di essere autori del proprio futuro. Sono poi seguiti altri incontri con la stessa finalità e metodi.

In questo percorso, che ha richiesto un importante sforzo organizzativo, gli infermieri hanno lavorato in piccoli gruppi e sono sempre stati accompagnati e supportati da vari esperti, anche esterni al nostro mondo professionale. Si sono potute così affrontare, unendo la prospettiva dell'esperienza pratica al confronto intra e interdisciplinare, le problematiche quotidiane per definire contenuti indispensabili per rispondere alle

esigenze dell'assistere, in una logica di grande responsabilità e accompagnamento.

Queste prime osservazioni e riflessioni sono state elaborate assieme alle proposte di revisione della bozza di Codice inviate dai singoli iscritti attraverso il sito della Federazione.

Nel produrre il documento di revisione si è mantenuto il focus sui principi-guida, declinati negli elementi valoriali, peculiari della professione. Tutto questo perché il nostro possa essere un Codice vivo, operativo, strumento ad uso dei professionisti per garantire la qualità e la sicurezza alle persone che quotidianamente assistiamo nella vera autenticità dell'essere infermiere.

Il risultato finale, disponibile on line sul sito del Collegio di Trento, è l'espressione più vera degli infermieri che cercano, nel proprio Codice, un riferimento concreto e pratico.

## Deontologia, quale riforma?

Di seguito un breve approfondimento della giurista Elisabetta Pulice sulle esigenze delle quali la revisione del codice deve tenere conto. Nel caso della professione infermieristica la legge fa espresso riferimento al Codice deontologico quale elemento che, unitamente ai decreti ministeriali istitutivi dei profili professionali e agli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario e di formazione post-base, determina il campo proprio di attività e di responsabilità della professione (legge no.42/1999).

Significativo del ruolo riconosciuto alla dimensione deontologica è anche il fatto che tale riferimento espresso al Codice sia stato inserito all'esito di un'evoluzione che ha portato la professione infermieristica da "professione sanitaria" a "professione sanitaria".

Già da questi ruoli del Codice deontologico emergono esigenze delle quali una riforma deve necessariamente tenere conto:

• Norme che abbiano livelli di chiarezza, coerenza e con-

divisione tali da poter concretamente ed efficacemente fungere da guida nell'agire pratico professionale, soprattutto nelle situazioni che sollevano questioni più spinose dal punto di vista etico, professionale e giuridico;

• Norme che, nel razionalizzare il sistema etico dell'agire professionale, siano in grado di definire con sufficiente determinatezza i profili di responsabilità dell'infermiere. Responsabilità intesa nel senso più ampio, come adesione agli scopi della professione a tutela della persona assistita, ma anche in quello più speci-

fico della responsabilità disciplinare.

Poiché si tratta di norme vincolanti, la cui violazione può essere sanzionata dal Collegio con provvedimenti in grado di incidere in maniera significativa sulla vita professionale, è infatti necessario che ogni professionista sia in grado di cogliere con sufficiente sicurezza il contenuto e la portata dei doveri imposti dal codice deontologico (così come dei suoi diritti nei confronti della persona assistita, dell'Ordine e delle altre istituzioni).



# Prima stesura del Codice Deontologico della Federazione Nazionale - novembre 2016 -

#### Capo I - I principi e i valori

- 1. L'infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l'ideale di servizio. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita.
- 2. L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell' ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.
- 3. L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.
- 4. L'infermiere nell'agire professionale utilizza l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono.
- 5. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici. Promuove il ricorso alla consulenza anche al fine di contribuire all'approfondimento e alla riflessione etica.
- 6. L'infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove la persona assistita esprimesse e

#### Proposta di revisione elaborata dal Collegio Ipasvi di Trento - luglio 2017 -

#### Capo I - I principi-guida ed i valori di riferimento

L'infermiere è il professionista della salute che nasce, si sviluppa e si legittima non solo con il suo sapere ma attraverso una rete composita di valori e di principi-guida che esprimono la dimensione della dignità umana. Le sue azioni professionali si realizzano e si sviluppano nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

È integrato nella storicità del suo tempo e vive la sua responsabilità fondandola sulla libertà e sui diritti inviolabili della persona.

Considera la salute uno stato aperto e dinamico e si prende cura dei bisogni della persona, nel rispetto della dignità, della libertà, delle sue scelte di vita, delle sue preferenze e della sua biografia personale.

Si adopera perché le diverse forme di discriminazione non siano un ostacolo alla salute ed al pieno sviluppo di ogni personalità e segnala al Collegio professionale le situazioni che possono costituirne un ostacolo.

Riconosce l'importanza dell'ascolto e del dialogo e promuove stili comunicativi centrati sul riconoscimento reciproco e sulla lealtà comunicativa.

Valorizza i diversi saperi e le altre tradizioni professionali, le rispetta e favorisce il loro specifico apporto nel processo di assistenza e di presa in carico della persona.

Riconosce l'esigenza dell'aggiornamento professionale per tenere il passo con l'evoluzione delle conoscenze e con i bisogni di salute della persona.

Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine

persistesse in una richiesta di attività in contrasto con i principi e i valori dell' infermiere e/o con le norme deontologiche della professione, si avvale della clausola di coscienza rendendosi garante della continuità assistenziale.

#### Capo II - La funzione assistenziale

- 7. L'infermiere tutela l'ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando, specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.
- 8. L'infermiere dà valore alla ricerca e alla sperimentazione. Progetta, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico, assistenziale e organizzativo di cui cura e diffonde i risultati.
- 9. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso il pensiero critico, l'educazione continua, l'esperienza, lo studio e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione.
- 10. L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica.
- 11. L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.

della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

Fermo restando quanto previsto dalle norme sull'obiezione di coscienza, si impegna ad esprimere i propri valori coscienziali in termini autentici e veritativi sapendo anche rinunciarvi nell'ipotesi in cui gli stessi possano compromettere i diritti fondamentali della persona, mettendo però in atto le più opportune azioni organizzative necessarie alla loro tutela.

Si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori coscienziali, si avvale della clausola di coscienza, garantendo comunque le prestazioni necessarie all'assistito.

#### Capo II - La funzione assistenziale

L'infermiere agisce con responsabilità sulla base delle conoscenze scientifiche aggiornate, si adopera per l'uso ottimale delle risorse che considera un bene/interesse pubblico e promuove la cultura dell'appropriatezza difendendola dalle suggestioni prodotte dalla scarsità delle risorse economiche e dai vincoli organizzativi.

Agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri più esperti. Si forma e/o chiede supervisione anche ad altre figure professionali per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica.

Presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali, delle istituzioni e delle organizzazioni.

Valorizza il pensiero riflessivo, considera l'aggiornamento una opportunità di crescita e non solo un'obbligazione contrattuale, partecipa attivamente all'attività formativa e promuove la ricerca condividendone i risultati anche con le altre comunità professionali.

Riconosce le diverse forme di conflitto di interesse diretto ed indiretto che possono esistere in tutte le organizzazioni e le segnala responsabilmente al Collegio professionale.

- 12. L'infermiere presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni.
- 13. L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

#### Capo III - La relazione e la comunicazione

- 14. L'infermiere ascolta la persona assistita, la informa e dialoga con essa per valutare, definire, qualificare e attuare la risposta curativo assistenziale e facilitarla nell'esprimere le proprie scelte.
- 15 L'infermiere rileva e facilita l'espressione del dolore della persona assistita durante l'intero processo di cura. Si adopera affinché la persona assistita sia libera dal dolore.
- 16. L'infermiere favorisce i rapporti della persona assistita con chi le è di riferimento e con la sua comunità, tenendo conto della dimensione interculturale.
- 17. L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione

Riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere ai bisogni della persona.

Promuove la cultura della sicurezza e si impegna ad essere parte attiva in tutti i piani di contenimento del rischio clinico non solo segnalando gli eventi avversi ma partecipando attivamente alla sua riduzione. É garante dei principi di sorveglianza e di caring infermieristico e adotta azioni di sicurezza rivolte alla persona e all'ambiente come dimensioni centrali della propria assistenza.

Affida al personale di supporto attività non complesse assumendosi la responsabilità dell'intero processo.

Si attiva per l'analisi dei dilemmi etici senza confonderli con le carenze dell'organizzazione e/o con la scarsità delle risorse. Promuove il ricorso alla consulenza anche al fine di contribuire all'approfondimento e alla riflessione etica e si attiva per proporre soluzioni alternative provvedendo a darne comunicazione ai responsabili della struttura, quando si trova di fronte a richieste o situazioni organizzative in contrasto con i principi, i valori e/o le norme della professione.

#### Capo III – Rapporti con la persona

L'infermiere considera i diritti inviolabili della persona un capo-saldo della professione infermieristica nella consapevolezza che ogni loro violazione è un illecito disciplinare particolarmente grave.

Rispetta la dignità umana, tiene conto delle sue diverse dimensioni costitutive e la valorizza sia come canone interpretativo della persona che nella sua dimensione personale e biografica.

Promuove il diritto della persona a ricevere le informazioni che la riguardano pur rispettando il suo diritto di non sapere e di delegare l'informazione a terzi.

Sostiene attivamente la persona nel processo decisionale anche con l'ascolto, riconoscendo, accogliendo e affrontando le sue ansie, le sue preoccupazioni, i suoi dubbi e le sue paure. integrata multi professionale di cui cura la relativa documentazione. Si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

- 18. L'infermiere nell'esercizio professionale assicura e tutela la riservatezza della persona assistita e dei dati ad essa relativi durante l'intero processo di cura. Nel trattare i dati si limita a ciò che è attinente all'assistenza.
- 19. L'infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute, purché tale mancata informazione non sia di pericolo per la persona stessa o per gli altri.
- 20. L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione o la definizione e lo sviluppo del suo progetto di vita.
- 21. L'infermiere che rileva privazioni o maltrattamenti sulla persona assistita, segnala le circostanze all'autorità competente e si attiva perché vi sia un rapido intervento.
- 22. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità.
- 23. L'infermiere, quando la persona assistita non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lei documentato o chiaramente espresso in precedenza.
- 24. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.
- 25. L'infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici, si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità.

Considera la comunicazione come tempo di cura e, pur nel rispetto delle competenze degli altri professionisti, un suo specifico campo di attività. Si adopera perché essa avvenga in luoghi appropriati ed in tempi adeguati, nel rispetto della dignità e della riservatezza della persona.

Valuta, registra e riferisce il trattamento e l'assistenza, gestisce le informazioni in modo sensibile e confidenziale, tratta efficacemente i reclami ed è coscienzioso nel garantire continuità.

Si impegna a rispettare il segreto non solo come obbligo giuridico ma come presupposto stesso dell'assistenza e come risposta concreta alla fiducia che la persona ripone in lui.

Valuta con estrema prudenza le situazioni in cui l'obbligo del segreto può rappresentare un pericolo reale ed effettivo per la salute di terzi, fermo restando le giuste cause di rivelazione del segreto. Nei casi dubbi o particolarmente difficili, agisce dopo aver sentito anche il Collegio professionale.

Considera la riservatezza un aspetto pratico del segreto impegnandosi ad attivare e a rispettare tutte le misure organizzative previste dalle leggi sul trattamento dei dati e a segnalare all'organizzazione e al Collegio professionale le eventuali criticità che la possono compromettere.

Si impegna a non divulgare, anche nell'utilizzo dei social network, notizie, immagini e documenti riservati e a segnalare al Collegio i comportamenti anomali.

Si impegna ad esprimere i propri valori coscienziali in termini autentici e veritativi mettendoli però in subordine quando gli stessi possono compromettere la libertà e gli interessi della persona assistita.

Non partecipa a realizzare trattamenti disumani, futili, degradanti e limitativi della libertà personale quando essi non siano attuati nell'interesse di salute della persona o contro la sua volontà.

Prescrive ed attua la contenzione meccanica in situazioni non ordinarie, mai per ragioni organizzative, nel solo interesse della persona dopo averne acquisito il consenso, qualora possibile e con la

#### Capo IV - II fine vita

- 26. L'infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.
- 27. L'infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.
- 28. L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita, nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

minor restrizione della sua libertà, attivandosi per garantire un confronto interprofessionale.

Valorizza la volontà espressa in maniera anticipata dalla persona e promuove, nei diversi contesti, gli stili professionali orientati alla pianificazione anticipata delle cure.

Tiene in considerazione l'opinione espressa dal minore e la valorizza in ogni piano assistenziale tenuto comunque conto della sua età e del grado di maturità.

Attiva, segnalando all'Autorità pubblica, ogni situazione in cui gli interessi di salute della persona possono essere compromessi dalle scelte assistenziali di chi ne ha la rappresentanza giuridica.

Rispetta la fragilità come parte costitutiva di ogni umanità e si impegna particolarmente quando questa condizione diventa causa di emarginazione o di discrimine.

#### Capo IV - II fine vita

L'infermiere presta la sua assistenza fino al termine della vita della persona assistita e riconosce la pietas verso il defunto come parte del suo ruolo e della sua formazione. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale e della palliazione, riconoscendo il valore umano del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

Si fa garante affinché sia rispettata la volontà della persona di porre dei limiti agli interventi futili, sproporzionati, ostinati o non coerenti con i propri valori di riferimento o con la sua biografia personale.

Non partecipa a nessuna procedura finalizzata a provocare direttamente la morte della persona o la prosecuzione della vita con interventi che non sono in grado di modificare positivamente la qualità della stessa.

Si fa garante che alla persona assistita sia risparmiato il dolore rilevandolo in ogni contesto ed in tutte le situazioni, anche in quelle in cui la stessa non è più in grado di esprimerlo direttamente.

### Capo V -L'organizzazione e la funzione assistenziale

- 29. L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi ed organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.
- 30. L'infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.
- 31. L'infermiere, dipendente o libero professionista, partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.
- 32.L'infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità.
- 33. L'infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, si attiva per proporre soluzioni alternative e se necessario si avvale della clausola di coscienza.

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

### Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

L'infermiere, indipendentemente dal suo livello di responsabilità, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi ed organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione del ruolo professionale.

Concorre a valutare il contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza il risultato delle sue valutazioni.

Pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, ritenendo la sicurezza della cura un diritto di nuova generazione che deve essere promosso e salvaguardato.

L'infermiere partecipa e contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, la riduzione delle diseguaglianze sociali nella salute, lo sviluppo di una società solidale e la valorizzazione della professione.

#### Capo VI - L'infermiere e il Collegio professionale

- 34. L'infermiere e il Collegio professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da condizionamenti, interessi, pressioni di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. 35. L'infermiere e il Collegio professionale si adoperano per sostenere la qualità e l'appropriatezza dell'esercizio professionale infermieristico.
- 36. L'infermiere e il Collegio professionale segnalano le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.
- 37. L'infermiere e il Collegio professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica.
- 38. L'infermiere e il Collegio professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.
- 39. L'infermiere tutela il proprio nome e il decoro personale. Osserva le indicazioni del Collegio professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.
- 40. L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

#### Capo VI – L'infermiere e il Collegio professionale

Il Collegio professionale si impegna affinché l'agire del professionista sia libero da condizionamenti, da interessi e da pressioni di qualsiasi natura. L'infermiere e il Collegio professionale si adoperano per sostenere la qualità e l'appropriatezza dell'esercizio professionale.

L'infermiere segnala al Collegio le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati. L'infermiere segnala al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia.

L'infermiere e il Collegio professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

L'infermiere nella comunicazione, anche pubblicitaria e attraverso mezzi informatici, si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza, veridicità e riservatezza.

L'infermiere tutela il decoro professionale e quello personale ed esercita la funzione di rappresentanza professionale con imparzialità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

L'infermiere e il Collegio professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.

L'infermiere partecipa e contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, la riduzione delle diseguaglianze sociali nella salute, lo sviluppo di una società solidale e la valorizzazione della professione.

L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

#### Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate.

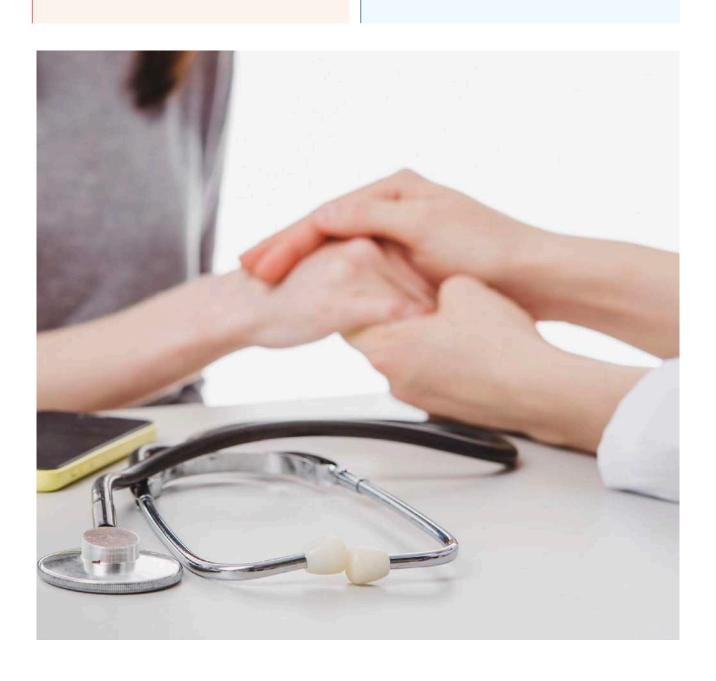
I Collegi professionali, recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato.

#### Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate.

I Collegi professionali recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato.



#### **ELEZIONI**

## Annullate le elezioni

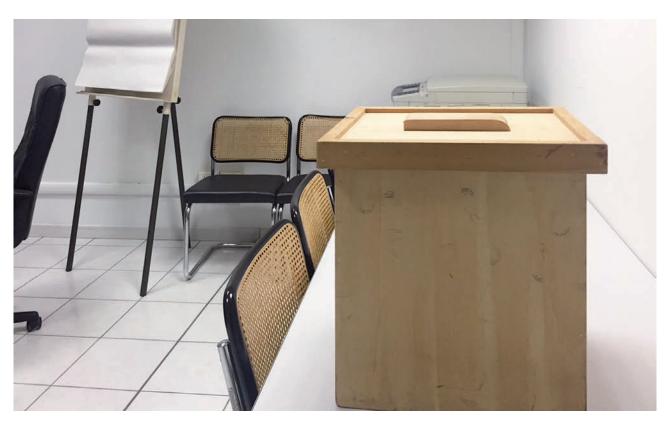
In conseguenza del mancato raggiungimento del quorum verranno indette nuove votazioni

l Collegio Ipasvi di Trento, con deliberazione della presidente Luisa Zappini, ha annullato le elezioni per il rinnovo del Consiglio direttivo e dei Revisori dei conti per il triennio 2018-2020 in virtù del principio di autotutela, dopo che alle votazioni del 25, 26 e 27 novembre non è stato raggiunto il quorum del 10%. Alle urne, infatti, si sono recate 432 persone su 4.417, ovvero il 9,78% dei professionisti aventi diritto. La legge 241 art. 2, secondo comma, del 1946 sugli Ordini delle professioni sanitarie sancisce che "l'assemblea è valida in prima convocazione se abbiano votato almeno un terzo degli iscritti, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei votanti purché non

inferiore al decimo degli iscritti e, comunque, al doppio dei componenti del consiglio".

Per garantire il buon funzionamento delle attività del Collegio, anche nell'ipotesi di presentazione di ricorsi, e sentiti i pareri della Federazione Nazionale e dei servizi legali, vengono perciò annullate tutte le cariche del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti.

Di conseguenza si procederà a nuove elezioni nelle modalità indicate dalla direttiva e comunque nel minor tempo possibile. Nel frattempo verrà garantito il funzionamento ordinario del Collegio ripristinando la situazione antecedente la votazione.



#### **IL LIBRO**

## "Le nuove sfide del care"

La collega Manuela Carotta "rilegge" il volume di Fabio Cembrani sulla base della sua esperienza professionale in Rsa

arto dalla mia esperienza di infermiera: lavoro in casa di riposo da 13 anni e nel corso del tempo è diventato evidente il cambiamento nei bisogni dei residenti, che sono sempre più vari e complessi. Pensiamo a patologie come la SLA, ai problemi comportamentali da patologia psichiatrica e da demenze gravi, alle forme di malattie croniche come lo scompenso cardiaco o patologie respiratorie (BPCO); a tutti gli stati di coma vegetativo e alle malattie neurologiche come la Corea di Huntington fino a poco fa sconosciuta. Pensiamo infine alle patologie oncologiche, visto che dal 2015 le Rsa sono state integrate nella rete delle cure palliative.

In questo scenario sono cambiate anche le caratteristiche dei residenti in primis la loro età. Ci sono dal grande anziano centenario al giovane in stato di coma o con patologie neurodegenerative. Al momento il ragazzo più giovane ha 28 anni; ci sono padri e madri di famiglia in stato di coma e l'età media è di circa 45 anni.

# Prendersi sulle spalle i più vulnerabili significa abbracciare tutte le dimensioni della persona

A noi infermieri vengono richieste competenze sempre più avanzate e specialistiche per poter "stare al passo" con questi nuovi bisogni di assistenza che rappresentano delle vere e proprie sfide per la nostra professione perché, è evidente, richiedono una capacità di lettura, di attenzione e di interpretazione che ci inducono continuamente ad interrogarci sul nostro essere di aiuto.



Fabio Cembrani nel suo libro utilizza più volte la metafora del "prendersi sulle spalle le persone più vulnerabili e bisognose con impegno e responsabilità e quella sana maturità che è propria delle persone adulte". Rifletto sul fatto che questo "prendersi sulle spalle" non deve essere visto/interpretato come un peso o con una connotazione negativa, bensì rappresenta il riuscire ad abbracciare tutte le dimensioni della persona, a rispondere in maniera completa sia alla persona sia, e a volte soprattutto, alla famiglia.

Una famiglia che, quando presente, riveste un ruolo centrale e non più marginale come in passato; è sempre più coinvolta e partecipe nell'assistenza; una famiglia che esige risposte anche perché è più informata grazie a internet. Basti pensare alle varie situazioni nell'ambito della demenza dove la famiglia subisce l'evoluzione della malattia del proprio caro e ne viene schiacciata. Quando vi è un sovvertimento dei ruoli, quando il figlio diventa il genitore, del proprio genitore, quando il figlio addirittura non viene più riconosciuto e talvol-

ta, nelle fasi più avanzate della malattia, viene visto come un nemico.

Il nostro compito è quello di garantire e salvaguardare la dignità quando la persona non riesce più a dar voce al proprio disagio

Il nostro compito è quello di garantire e salvaguardare la dignità soprattutto nelle fasi più avanzate della malattia quando la persona non riesce più a dar voce al proprio disagio, o meglio, lo fa con un linguaggio diverso, sconosciuto ai più, che noi infermieri abbiamo la responsabilità di comprendere, o almeno di provarci, per poter interpretare e cogliere la vera richiesta di aiuto.

Parlando di dignità umana non possiamo non considerare tutta la tematica della contenzione, che è una pratica assistenziale ancora diffusa, all'interno della quale dobbiamo impegnarci per cercare di non limitare l'autonomia della persona ma di "dialogare bene con l'ambiente" di vita della persona stessa, con l'obiettivo di garantire un luogo sicuro privo di barriere e di pericolo.

A ciò io aggiungerei anche un ambiente con personale preparato e in numero sufficiente per assistere le persone che altrimenti andrebbero contenute. Infatti, lavoriamo con utenti che necessiterebbero di un rapporto 1 a 1 ma sappiamo che questo non è attuabile.

In sostanza credo che questo "prendersi sulle

## Fabio Cembrani: "Doniamoci agli altri"

Venerdì 24 novembre nello spazio archeologico della Sala Volksbank in piazza Lodron a Trento il Collegio Ipasvi ha presentato il libro "Le nuove sfide del care. Medicina legale, deontologia ed etica per le professioni sanitarie" (Aracne Editrice, 2017) di Fabio Cembrani, direttore dell'Unità operativa di Medicina legale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento e vicepresidente del Comitato di bioetica Apss. Dopo l'introduzione di Luisa Zappini, presidentessa del Collegio Ipasvi di Trento, l'autore ha dialogato con l'infermiera della Apsp Civica di Trento, Manuela Carotta, con il docente di Psicologia sociale Erminio Gius, con l'avvocato Stefano Frizzi e con la presidentessa della Consulta provinciale per

la salute, Annamaria Marchionne. Ognuno dei relatori ha interpretato il testo secondo il suo sentire e secondo la sua esperienza. Ne è uscito un confronto proficuo sull'essenza del "prendersi cura" e sul bagaglio necessario per affrontare i cambiamenti in atto. "Questo libro è stato scritto per gli studenti e per i professionisti provando a bilanciare due esigenze: quella di offrire contenuti teorici interrogando però il lettore sul senso da dare alla nostra vita professionale", spiega l'autore. "Sulla medicina legale sono stati scritti molti libri, molto migliori del mio, ma con un grande assente: il cuore. Esso invece è molto utile a sostenerci nei momenti di sconforto e ci chiama al pensiero autonomo, ci chiede

continuamente di spenderci e di donarci agli altri. Di leggere il piano di realtà in cui ci troviamo, di prenderci sulle spalle gli altri, di accettare il rischio e di assumerci la responsabilità".





spalle" possa avere una connotazione positiva, possa essere liberatorio, sia per il residente e il famigliare - che si sentono protetti - sia per noi professionisti perché il sollievo ci indica che siamo sulla strada giusta.

La nostra professione quindi è sottoposta a continue richieste, stimoli dalla società, perché siamo continuamente chiamati a prendere decisioni assistenziali di fronte a problemi sempre più vari, complicati e complessi.

Quello che mi dispiace è che a volte nella lettura di chi ha la responsabilità gestionale, queste dimensioni - che sono quelle più soft dell'assistere ma che per noi sono il valore aggiunto - non vengono considerate. Forse perché noi infermieri non riusciamo a darne la giusta evidenza, o forse perché si tratta di dimensioni che faticano ad essere misurate e tramutate in quantità e numeri, da inserire nelle logiche di budget e gestione delle risorse oggi sempre più limitate.

Si tende sempre a guardare QUANTO facciamo, QUANTO produciamo, contiamo il numero di cadute e in numero di lesioni da pressione, quanto tempo impieghiamo per eseguire le operazioni.

Il dolore è un'altra dimensione fondamentale da considerare per il benessere della persona, soprattutto quando è demente o non in grado di esprimersi. Per capire è necessaria la conoscenza di quella persona, con le sue specifiche espressioni e caratteristiche.

La persona ospite in Rsa richiede quindi sempre di più, perché i suoi bisogni diventano sempre più complessi. Serve tempo da dedicare alla relazione. Talvolta le parole non servono, sono futili; in determinate situazioni c'è bisogno del nostro esserci e questo esserci spesso non è misurabile e quantificabile. Talvolta si toglie tempo nella burocrazia che sempre più invade la professione infermieristica.

# Interrogarsi continuamente guidati dall'etica è più di un dovere

Percepisco che ancora c'è poca consapevolezza di quanto l'infermiere possa fare la differenza in un percorso di aiuto alla persona, perché le questioni in gioco sono numerose e non sono tracciate in procedure e linee guida. Come mette in evidenza il libro del dottor Cembrani, le nostre scelte di fronte alle difficoltà sono scelte maturate in seguito a interrogativi continui che coinvolgono noi, il nostro modo di vivere la vita, la nostra persona e personalità in equilibrio nella relazione con l'altro, con la sua biografia di vita e le sue attese.

Ecco perché interrogarsi continuamente, guidati dai valori dell'etica e della deontologia, è più di un dovere. Richiede coraggio e impegno perché ci trasforma, ci aiuta a fare delle scelte e ci aiuta anche a sviluppare ideali professionali, utili soprattutto perché spesso ci troviamo soli e in solitudine.

Purtroppo in generale, la sensazione è che si tenda a guardare a quello che l'infermiera non fa o agli errori, quando ogni tanto avremo bisogno anche di una stretta di mano e di un grazie.

## "Le sfide del care", spunti di riflessione

## Provare il dolore per capire l'empatia

Erminio Gius

Comprendere il significato autentico dell'empatia significa provare letteralmente il dolore dell'altro. Significa affrontare il dolore umano in riferimento alla misericordia che, nella Bibbia, è l'Essenza di Dio. La misericordia è il "Suo stesso Nome", dice la Scrittura. L'uomo, che è progettato per la difesa della sua autoconservazione, accede alla misericordia tramite la compassione che gli è propria. Ed è qui che si inserisce il progetto compassionevole per l'uomo in un'ottica di un'autentica umanizzazione del care.

### Responsabilità e riflessi sull'autonomia della persona

Stefano Frizzi

Il tema delle responsabilità in ambito sanitario si riflette sul rapporto professionista—paziente. La prevenzione perseguita attraverso la sicurezza delle cure può opporsi all'idea di una prestazione sanitaria di tipo difensivo che, attraverso i protocolli e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, rende centrale più la tutela degli operatori che la cura della persona. Rispettare e promuovere l'autonomia della persona nel campo della

scelta di cura è una forte esigenza del care, che però è in conflitto, ad esempio, con la standardizzazione del consenso informato, anch'esso orientato più a costruire un argine difensivo del professionista che a coinvolgere la persona nelle scelte. L'etica e i codici deontologici delle professioni sanitarie possono essere una guida per il professionista, volta alla soddisfazione dei bisogni e delle esigenze della persona, che non chiede solo soluzioni ai propri problemi ma anche umanità e condivisione nell'affrontarli.

### La rivoluzione copernicana umanizzante

Annamaria Marchionne

Nella concretezza delle situazioni, le dichiarazioni di intenti sull'umanizzazione delle cure devono fare i conti con l'attuale logica economicistica che caratterizza i sistemi sanitari e che condiziona fortemente





le modalità operative degli stessi. Sulle impervie frontiere della cura deve nascere una pratica di contesti condivisi, di relazione, in cui uomini e donne, portatori di bisogni e di responsabilità, si richiamano ad agire come soggetti morali, non come portavoce di meri interessi corporativi. Contesti in cui uomini e donne che operano nella sanità rivendicano una rivoluzione copernicana nella medicina e nell'organizzazione sanitaria, da realizzare attraverso impegni coscienti e ragionati sul piano culturale e della formazione dei curanti, sul piano dei modelli organizzativi, sul piano dell'allocazione delle risorse. La direzione è quella di una fondamentale scelta di campo che riassegni centralità all'uomo e alla dignità umana, rispettata e riconosciuta là dove uomini e donne vivono la condizione della fragilità e della malattia.

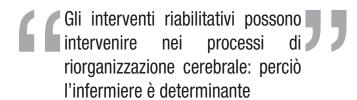
#### **LA TESI**

## Ictus, depressione e recupero

La ricerca di Francesca Minati sugli interventi riabilitativi legati ai processi di riorganizzazione cerebrale post evento ischemico

a prognosi del recupero funzionale dopo un evento ischemico dipende sia dal quadro clinico del paziente sia da fattori esterni quali il supporto dei caregiver e dalle tipologie di riabilitazione (tempistica, modalità, durata). I dati più recenti indicano che gli interventi riabilitativi possono intervenire nei processi di riorganizzazione cerebrale e, per questo motivo, il ruolo dell'assistenza infermieristica è determinante, sia in fase acuta – nella definizione dei bisogni di assistenza – sia in fase riabilitativa e di follow up.

In fase acuta l'infermiere sarà chiamato a individuare e prevenire i rischi legati ai deficit secondari alle lesioni ischemiche: ad esempio, rischio di polmonite *ab ingestis*, rischio di insorgenza di lesioni da pressione, rischio di trombosi venosa profonda (TVP), rischio di malnutrizione, prevenzione della sindrome da allettamento, prevenzione del dolore legato al posizionamento su emisoma plegico o dolore alla spalla.



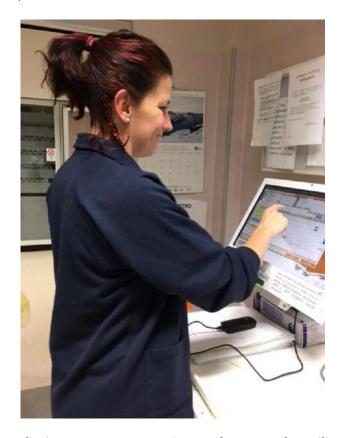
In fase riabilitativa, invece, l'infermiere interverrà nel team multidisciplinare per l'individuazione dei presidi più adatti al paziente rispetto al suo stadio riabilitativo, si occuperà dell'educazione terapeutica del paziente e dei caregiver per fornire strategie allo scopo di



affrontare la nuova condizione di disabilità, per educare a stili di vita sani e per apprendere le manovre di assistenza. Sarà, inoltre, di supporto per motivare il percorso riabilitativo e modellarlo sulle esigenze e sui progressi del paziente.

La fase di *follow up* è altrettanto importante per verificare l'aderenza del paziente alle terapie prescritte, il mantenimento delle competenze acquisite, l'insorgenza di problematiche o difficoltà.

Il caring infermieristico del paziente colpito



da ictus rappresenta in modo esemplare il ruolo dell'infermiere quale professionista implicato nel team multidisciplinare di cura, nella prevenzione, nella riabilitazione e nell'educazione del paziente quale protagonista del proprio progetto riabilitativo.

L'analisi degli articoli presi in esame suggerisce alcune considerazioni importanti per la pratica. In primo luogo appare evidente come sia necessaria una tempestiva diagnosi della depressione o disturbo post traumatico da stress per tutti i pazienti, sia in un'ottica preventiva nel soggetto sano, sia in un'ottica riabilitativa e di prevenzione secondaria nel paziente colpito da ictus. In secondo luogo, il follow up periodico, che può essere condotto con diverse modalità, rappresenta una strategia per mantenere un contatto con il paziente, verificarne la motivazione, la sua aderenza al regime terapeutico e il suo mantenimento degli esiti funzionali raggiunti.

Inoltre, l'équipe riabilitativa/sanitaria non può né dovrebbe sottostimare l'importanza dell'entourage del paziente, i familiari e i caregivers. A questi piuttosto dovrebbe essere offerto supporto sia in termini di capacità di gestire in autonomia la nuova situazione di

cronicità, che impatta fortemente sull'assetto familiare e sociale del paziente, sia di supporto emotivo e psicologico. Al fine di raggiungere questo obiettivo chi gestisce l'assistenza deve conoscere l'agenda del paziente e della sua famiglia, la scala di valori e priorità e condividere gli obiettivi sia a breve sia a lungo termine.

# Personalizzare l'assistenza significa accettare la volontà del paziente di non riabilitarsi

Infine, sul caso specifico preso in esame, rimane aperta una spinosa questione etica e cioè il dubbio su fino a dove il team assistenziale, i familiari, chi presta assistenza infermieristica o riabilitativa, possano spingersi nello stimolare il paziente al recupero funzionale quando questo vi si oppone.

È fondamentale ricordare che, della personalizzazione dell'assistenza fa parte pure l'accettazione della volontà del paziente di non riabilitarsi, come dimostrazione della sua volontà di autodeterminazione e libertà di scelta.

Spesso è difficile per il professionista che individua le possibilità e prospettive di crescita del paziente, così come per i familiari che vorrebbero una restituzione *ad integrum* del proprio caro, rinunciare ad "insistere"; tuttavia è nostro preciso dovere rispettare, per quanto questo ci possa mettere in difficoltà, i desideri dei pazienti rispetto alle proprie prospettive ed ambizioni di vita.



#### IL DOCUMENTO

## Condivisione e responsabilità

Francesca Uez riporta il suo lavoro sul soggetto di cura in seno alla Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Trento

abato 28 ottobre 2017, in occasione del convegno "Quale futuro per la sanità trentina?", è stato presentato a medici, farmacisti e infermieri il documento conclusivo della Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Trento.

Ha aperto il convegno la lectio del professor Ivan Cavicchi che, nel presentare il suo testo "La quarta riforma", ha richiamato alla necessità di riorientare le scelte di politica sanitaria nel tentativo di non "perdere la sanità pubblica e la medicina ippocratica". Nella sua presentazione il professor Cavicchi ha sottolineato la necessità di passare da una considerazione della salute come ambito di spesa a una visione che ne riconosca la potenzialità come produttrice di ricchezza sociale. Ha poi continuato descrivendo la necessità di riconoscere a medici ed infermieri il ruolo di operatori con AUTOnomia e REsponsabilità che diventano quindi AUTORI di bene sociale nella nuova idea di salute

Nella considerazione del ruolo di medici e infermieri come produttori di ricchezza si può inserire il documento elaborato dalla Commissione di Bioetica dell'Ordine, che ha lavorato al tema dell'"Appropriatezza delle cure in ambito medico e sanitario nel Sistema Sanitario Nazionale". La Commissione ha voluto leggere le diverse dimensioni insite nel concetto di appropriatezza; economico-finanziaria, amministrativa-istituzionale, una dimensione specificatamente etica, una dimensione strettamente clinica e una di carattere



soggettivo relativa alla relazione col paziente. All'interno di quest'ultima si inserisce il tema della condivisione e della responsabilità, per il quale il paziente torna ad essere "soggetto di cura". Il paziente, messo nelle condizioni di farlo, è chiamato ad essere parte attiva nel suo percorso di cura. Il presupposto necessario ai fini della formulazione di un'appropriata proposta clinica-assistenziale è il riconoscimento dei bisogni reali e corretti del paziente.

In questa valutazione l'infermiere gode di una posizione privilegiata: la capacità di avere con



lui una relazione che guarda non solo al bisogno clinico ma anche alle problematiche nonché alle risorse di altro genere che il paziente può subire o mettere in atto nella realizzazione del suo percorso di cura, è caratteristica fondante della professione infermieristica. La capacità di leggere la complessità delle situazioni e di riconoscere come necessario un approccio multidimensionale possono inoltre consentire all'infermiere di superare quella frammentazione di proposte che porta solitamente a un utilizzo incoerente delle risorse nonché all'insoddisfazione del paziente.

La capacità di leggere la complessità consente all'infermiere di superare la frammentazione

Solo la comprensione della molteplicità degli aspetti della storia del paziente può portare alla formulazione di un percorso clinico-assistenziale che possa dirsi appropriato (non solo in termini economici), e che possa essere veramente condiviso dal paziente stesso. Anche in questa seconda fase di coinvolgimento l'infermiere, in collaborazione con le altre figure sanitarie, assume un ruolo chiave nel favorire l'empowerment dell'assistito richiamando quest'ultimo a una corresponsabilità attiva all'interno del percorso tracciato per/con lui.

Vièperòunsecondolivellodicorresponsabilità al quale, come infermieri, abbiamo il dovere di richiamare il paziente ma prima ancora il cittadino, ed è la corresponsabilità a una corretta gestione, a un corretto "uso" del Sistema Sanitario Nazionale.

È necessario lavorare in termini educativi iniziando a parlare con i pazienti di equa distribuzione delle risorse

Il richiamo all'importanza di un utilizzo equo delle risorse disponibili (che non sono illimitate), alla necessità dell'attuazione di stili di vita sani in termini di prevenzione, alla considerazione della salute come bene comune e non come diritto del singolo sono elementi che l'infermiere può attuare nella pratica quotidiana.

È necessario lavorare in termini educativi iniziando a parlare con i pazienti anche di equa distribuzione delle risorse, di necessità di agire difendendo il nostro sistema sanitario, di riconoscimento di una collettività che chiede –ciascuno con ugual diritto- risposte efficaci ed efficienti a molteplici bisogni.



#### **PERSONAGGI**

## L'identità dell'infermiere

Enrico Mottes e la sua esperienza quasi ventennale nell'ambulatorio enterostomale, dove ha preso in carico più di 1.500 pazienti

i chiamo Enrico Mottes, sono nato a Fai della Paganella e ho 66 anni.

Il mio primo approccio all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria è stato durante il servizio militare in una città del Piemonte, Pinerolo. Era il 1972 e, il sabato e la domenica, lavoravo come volontario all' ospedale Cottolengo; l'anno seguente sono stato assunto come "inserviente". Ricordo che ricevetti l'ordine di presentarmi in sala operatoria dove la suora strumentista mi mise ai ferri corti dicendomi: "Ha a disposizione sei mesi per acquisire le conoscenze, parta!". È stata un'esperienza entusiasmante ma nello stesso tempo impegnativa, di forte stress, di responsabilità, impattante sul mio fisico e sulla mia psiche.

A 25 anni ho maturato il desiderio della "compassione" verso il malato e ne ho fatto un ideale della mia vita

Nel 1975 l'ospedale mi ha invitato a frequentare la scuola per infermiere generico dell'ente ospedaliero "E. Agnelli", sempre a Pinerolo. Così, il 5 luglio del 1976, sono stato abilitato all'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria.

Ho affrontato questa mia prima esperienza con serietà mettendomi in gioco dando prova di responsabilità, attenzione verso il malato, sensibilità nell' applicare correttamente le tecniche. Inoltre ho cercato di coltivare con attitudine e senso pratico quell'approccio



infermiere-paziente secondo una "deontologia" empirica, difficile da attuare a quei tempi. Nel 1976, con dispiacere, ma costretto dal desiderio di ampliare le mie conoscenze, ho lasciato la sala operatoria e sono stato assunto dalla casa di cura "Villa Serena" per malattie polmonari, a Piossasco a Torino. In questa nuova realtà mi sono trovato da subito a mio agio. Se ci penso, la cosa che più mi pesava era la raccolta delle "sputacchiere" al mattino presto, con la raccomandazione di lavarmi spesso le mani.

Premetto che da bambino avevo una tremenda paura sia dell'ambulanza sia dell'ospedale e dei malati. Avevo avuto, infatti, due esperienze traumatiche che mi avevano colpito duramente: a 11 anni ero stato operato di ernia inguinale; inoltre, avevo visto che dall'ambulanza avevano trasferito mio zio in casa, quando era stato travolto sulla strada da una macchina. Nel 1977 sono stato assunto all'Ospedale S. Chiara di Trento nel reparto di chirurgia generale. Inizialmente la turnistica era pesante: sei giorni

mattino, sei pomeriggio, sei notte.

Mi sono reso da subito disponibile al vero "servizio" con la presa in carico di tutti i miei malati, di ogni problema, senza badare alla fatica o alla critica.

Nel 1978, sollecitato dalla Direzione sanitaria, sono riuscito a superare l'esame di accertamento all'idoneità dell'Assessorato all'Istruzione, grazie alla Legge provinciale sulla riqualificazione professionale del personale dei servizi socio – sanitari.

A quel punto mi sono presentato alla Scuola Professionale gestita dagli Istituti Ospedalieri di Trento per l'inizio anno scolastico 1980/81 e di nuovo mi sono rimesso in gioco sui banchi di scuola. Ricordo che il primo anno è stato faticoso: entravo al mattino presto in ospedale e uscivo alla sera tardi, in quanto dovevo anche lavorare con recupero ore. Mi sono diplomato a luglio 1983 e da subito ho ripreso la turnistica in chirurgia più motivato che mai, con addosso un buon bagaglio di teoria e pronto a una nuova sfida con me stesso.

Verso la fine di quell'anno sono stato sollecitato dalla Direzione Sanitaria a presentarmi dalla direttrice della scuola, Suor Marianna Dentella; dopo un breve colloquio sono stato arruolato nel gruppo dei monitori – insegnanti. Non mi sembrava vero, entrare nel mondo della "didattica" in mezzo a così tanti bravi infermieri. Sono rimasto per ben tredici anni al servizio e, grazie alla nuova direttrice Luisa Saiani, mi sono reso partecipe del "cambiamento/apprendimento".

Mi scontravo con una realtà più complessa con interventi chirurgici di vasta portata, dolore, solitudine

Di fatto la scuola IP si stava evolvendo verso orizzonti e scenari sempre più elevati: di ricerca, approfondimento, di aggiornamento. Che fatica ho fatto! Ma sono contento ancor oggi di tutto questo "sacrificio", riconoscendo e concordando con ciò che la mia ex direttrice mi ha insegnato con bravura e maestria.

Nel frattempo mi ha contattato il mio primario di chirurgia 1° divisione, offrendomi la possi-

bilità di frequentare a Milano, Torino e Verona nel 1992/93 il Corso di Formazione per Infermieri Stoma – terapisti. Acquisito l'attestato in Stomaterapia, nel 1995 sono stato trasferito dalla scuola di Infermiere Professionale al Poliambulatorio specialistico, per



aprire un ambulatorio enterostomale e garantire un'assistenza mirata alla persona con handicap.

Sono riuscito a reggere da solo la gestione ambulatoriale per i pazienti portatori di stomia per ben diciannove anni. Ho preso in carico più di 1.500 pazienti in ambito ospedaliero, ambulatoriale e sul territorio.

Ho cercato di orientare il malato, in base alle sue problematiche, verso i corretti specialisti nel nome della multidisciplinarietà

Credo di aver lasciato un "buon ricordo" a tutti quelli che mi hanno conosciuto e ringrazio per essere stato apprezzato e soprattutto stimato. Numerose sono le storie di pazienti che con me hanno condiviso un certo "percorso" di vita travagliata e hanno ritrovato l'ancora di salvezza per il futuro della loro vita. Sì, l'infermiere di oggi, non è più antico ma moderno ed è profondamente cambiato, nello stile e nella figura di un professionista. Speriamo che non perda la sua vera e autentica identità".



#### **PERSONAGGI**

## La "buona vecchia" guardia

Il racconto di Annalisa Mattuzzi sul suo lavoro appassionato nell'ambulatorio diabetologico dell'Ospedale di Rovereto

i chiamo Annalisa Mattuzzi, ho 60 anni e faccio ormai parte della categoria delle "infermiere della vecchia guardia". Recentemente mi è stato chiesto di raccontare la mia storia e lo faccio volentieri.

I giovani infermieri devono capire che quando c'è la tenacia e la professionalità si possono fare grandi cose

Ho voluto fare l'infermiera perché, sin da piccola, sono sempre stata attratta da questa professione: una scelta maturata ancora in giovane età e dettata soprattutto da un trauma importante legato ad una malattia, la poliomelite (purtroppo in quegli anni non c'era ancora il vaccino). Nella scelta scolastica superiore ho frequentato il corso triennale di Assistente per l'Infanzia e durante questo percorso ho avuto modo di fare esperienze in ospedali come, ad esempio, Borgo Roma a Verona, che hanno rafforzato ancora di più la mia scelta. Non trovando però possibilità di lavoro in ospedale mi sono iscritta al corso di Infermiere, frequentando il triennio 1976-1979.

Nel 1979 ho iniziato il mio "cammino" lavorando per 8 anni nel reparto di Neuro Riabilitazione all'ospedale di Rovereto. Questo periodo lavorativo mi ha dato molto sia dal punto di vista umanitario sia professionale: ho, infatti, avuto modo di partecipare a degli studi su alcune malattie, come il parkinson e l'ictus cerebrale. L'approfondimento di queste patologie ha per-

messo di creare dei percorsi assistenziali che avevano come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente neurologico.

Nel 1992 avevo voglia di rimettermi in gioco con nuove esperienze ed ecco che ho avuto la fortuna di entrare come tutor alla Scuola Infermieri di Rovereto. Questo periodo di 5 anni mi ha arricchito molto dal punto di vista culturale, permettendomi di frequentare corsi specifici sulla metodologia di docenza ma anche insegnandomi nuove strategie come il lavoro in team.



Seguivo gli allievi in vari tirocini per esempio nell'Unità operativa di Geriatria e nell'Ambulatorio diabetologico. In quest'ultimo servizio ho conosciuto un collega che sapevo in procinto di andare in pensione, per cui quando la dottoressa Carbonaro, allora responsabile, mi chiese se ero disponibile a lavorare assieme a lei, dopo un iniziale momento di titubanza ho accettato, perché probabilmente nel mio inconscio c'era già un disegno prestabilito.

Così nel 1992 ho iniziato la mia carriera presso l'Ambulatorio diabetologico dell'ospedale di Rovereto.

Dopo il primo anno di orientamento, piano piano ho incominciato a pensare di prendere in considerazione un aspetto legato ad una complicanza che allora era ancora sconosciuta per molti: la cura del piede diabetico. A questo proposito devo dire di avere avuto la fortuna di incontrare dei medici - prima la dottoressa Carbonaro e poi il dottor Renzo Gennaro - che mi hanno supportata e dato la possibilità di frequentare moltissimi corsi di aggiornamento e di stage pratici nei più importanti centri del piede sia nazionali sia internazionali.

Succedeva spesso che molti pazienti con ulcera venissero dirottati nei vari ambulatori e ognuno cercava di dare indicazioni e trattamenti diversi. Purtroppo questo portava spesso a drammatiche conseguenze legate ad amputazioni. Col tempo, e con il numero di pazienti in aumento, abbiamo pensato di andare oltre creando dei focus di sensibilizzazione che potessero essere rivolti anche ai familiari e ai colleghi. È così che sono nati i primi incontri educativi strutturati in piccoli gruppi dove si centrava l'attenzione sulla prevenzione del piede diabetico.

# Siamo partiti con un piccolo ambulatorio per diventare negli anni il centro di riferimento del Trentino

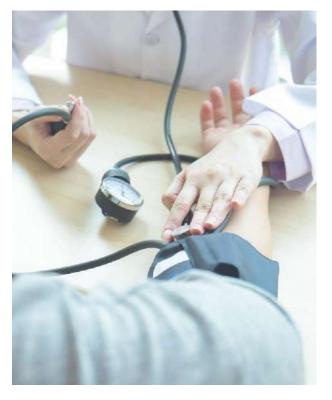
In quegli anni, inoltre, si incominciava a parlare di "team multidisciplinare nella cura del piede diabetico". Così, nel 2010, grazie alla collaborazione dei direttori delle unità operative, siamo riusciti a creare il nostro team con un percorso strutturato per poter garantire l'ottimizzazione nella cura del piede diabetico. Sono molte le persone che ruotano attorno al team (diabetologo, chirurgo vascolare, ortopedico, fisiatra, infettivologo, microbiologo, podologo, coordinatore dei reparti interessati, tecnico ortopedico, radiologo, infermiere esperto, infermiere territoriale) e inizialmente è stata dura mettere d'accordo tutte queste figure professionali. Adesso invece, finalmente, siamo organizzati in maniera tale che il paziente viene preso in cari-



Con il tempo abbiamo pensato di creare dei focus di sensibilizzazione rivolti anche a familiari e colleghi

co nella sua globalità, supervisionato e seguito sempre dal nostro ambulatorio.

In conclusione, dopo 25 anni di Ambulatorio diabetologico, devo dire che non ho mai perso l'entusiasmo per la mia professione ed è con orgoglio che posso dire di aver contribuito a creare il centro di riferimento per la cura del piede diabetico a livello del Trentino.



## News

#### La nuova sede in via Maccani più spaziosa e fruibile

Da novembre 2017 il Collegio Ipasvi ha una nuova sede. Dopo moltissimi anni in via Calepina - e in seguito alla deliberazione nell'assemblea annuale 2016 - il Collegio di Trento ha deciso di spostarsi in un luogo più fruibile, più spazioso e con ampia disponibilità di parcheggio gratuito. La scelta è caduta su via Maccani 211, nello stabile che ospita anche Confesercenti. L'ambiente a disposizione è di circa 200 metri quadrati con

un locale archivio, un'ampia reception, tre uffici per la segreteria, tesoreria/biblioteca e presidenza, una sala corsi di ampia metratura e due servizi igienici.

A differenza di via Calepina, dove il Collegio era in affitto, la nuova sede a Trento Nord è stata acquistata nell'ottica della razionalizzazione delle spese e della gestione oculata delle risorse dell'ente.



#### **IL FUMETTO**

## L'Infermiere di Comunità / 1

















