



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

INFERMIERE ITALIANO E I SUOI VICINI DI “CASA”:AUTONOMIA E RESPONSABILITA’

Relatore: Chiar.ma
**Dott.ssa Tommasi
Marinella**

Tesi di Laurea di:
Angelini Mikaela

A.A. 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO I: AUTONOMIA INFERMIERISTICA IN ITALIA	3
1.1 Profilo professionale dell'infermiere D.M. 739/94	3
1.2 Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"	5
1.3 Legge 251/2000	7
CAPITOLO II: RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA	10
2.1 Legge Gelli Bianco 8 marzo 2017, n. 24	11
2.2 Legge B. Lorenzin 11 Gennaio 2018 n.3	12
2.3 Responsabilità Professionale	14
2.3.1 Responsabilità Penale	14
2.3.2 Responsabilità Civile	16
2.3.3 Responsabilità Disciplinare	18
2.3.4 Responsabilità D'Equipe	18
2.3.5 Responsabilità Amministrativa	19

CAPITOLO III: ANALISI COMPARATA DELL'AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA IN GERMANIA, SPAGNA, INGHILTERRA, FRANCIA E OLANDA	20
3.1 Germania	20
3.2 Spagna	21
3.3 Inghilterra	23
3.4 Francia	24
3.5 Olanda	25
CAPITOLO IV: SUGGERIMENTO DI POTENZIAMENTO IN AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ IN ITALIA	27
CONCLUSIONI	29
BIBLIOGRAFIA	30
SITOGRAFIA	31
RINGRAZIAMENTI	33

INTRODUZIONE

“L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.” (Profilo Professionale DM 739/94).

L'infermiere, più che di una mera assistenza, si occupa di un intero processo di assistenza, il quale è generalmente sistematico, interdipendente e personalizzato sulla base delle esigenze del paziente.

Durante il processo di diagnosi, cura e recupero della salute egli **assiste il paziente in ogni aspetto**: ne monitora lo stato di salute, somministra le cure prescritte, aggiorna le cartelle cliniche, provvede a soddisfare i bisogni primari dei pazienti.

Questa tesi è incentrata sull'autonomia e la responsabilità degli infermieri e il mio intento è quello di fare un'analisi comparata con gli infermieri tedeschi e quelli spagnoli.

L'acquisizione di autonomia e responsabilità deriva da un lungo processo ancora in evoluzione, infatti nel corso degli anni la professione infermieristica in Italia ha subito diversi cambiamenti imputabili all'evoluzione normativa, c'è stato un passaggio da attività ausiliaria con un mansionario a veri e propri professionisti sanitari con un proprio profilo professionale e un proprio Codice Deontologico.

Con il R.D. n.1265 del 1934, “Testo unico delle leggi sanitarie”, si definisce il ruolo dell'infermiere come “professione sanitaria ausiliaria”, priva di autonomia decisionale, ma dipendente dal medico. Nel pieno della seconda guerra mondiale con il Regio Decreto n.1310 del 1940, intitolato: “Determinazione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici” vennero differenziate le due figure infermieristiche. Il citato R.D. n.1310 del 1940 indicava i limiti mansionali dell'infermiere generico: “L'attività degli infermieri generici deve essere limitata alla eseguenti mansioni, per prescrizione del medico e, nell'ambito ospedaliero, sotto la responsabilità dell'infermiera professionale: assistenza completa all'infermo; somministrazione dei farmaci ordinati e delle diete nonché medicazioni comuni e bendaggi sotto la responsabilità della professionale preposta al reparto; presa e annotazione semplice (senza grafica) della temperatura, del polso e del respiro; raccolta di urine, feci, espettorati, vomito, ecc.; iniezioni ipodermiche ed intramuscolari; rettoclisi; frizioni, pennellature, impacchi; coppette, vescicanti e sanguisugio; clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi; applicazioni di lacci emostatici d'urgenza; respirazione artificiale; bagni terapeutici e medicati. Ogni soccorso d'urgenza deve essere seguito dalla chiamata del medico”.

L'art. 4 della Legge 124 del 1971 stabilisce una sanatoria per gli ausiliari che possiedono solo la licenza di scuola elementare, questi frequentando un corso di soli 4 mesi diventano infermieri generici, l'importante è lavorare presso un ospedale da almeno 4 anni.

Con il D.P.R. n. 225 del 1974 c'è una modifica delle mansioni del generico attribuendo altre attività, frutto dell'esperienza e del progresso clinico, l'infermiere continua a non essere dotato di autonomia decisionale. Gli ausiliari divenuti infermieri generici, grazie al successivo D.P.R. n. 509/79 e poi n. 761/79, hanno potuto vedersi riconoscere le mansioni superiori di infermiere professionale pur non possedendo alcun titolo e senza obbligo di iscrizione all'albo professionale, apparendo davanti l'opinione pubblica, ovvero utenti e istituzioni, infermieri diplomati al pari di tutti gli altri colleghi.

La Legge n.243 del 1980 conferma la riqualificazione professionale degli infermieri generici e psichiatrici, attraverso una sanatoria con un esame-colloquio si otteneva la qualifica di infermiere professionale, in sostituzione del precedente titolo di studio, vengono soppressi i corsi per infermieri generici e infermieri psichiatrici.

CAPITOLO I: AUTONOMIA INFERMIERISTICA IN ITALIA

Nel corso degli anni la figura dell'infermiere ha subito una profonda evoluzione che ha sancito l'autonomia decisionale ed operativa di questo professionista sanitario.

Linda Juall Carpenito, basandosi sugli 11 modelli funzionali della teorica M. Gordon, ha sviluppato nel 1983 il **modello bifocale** dell'assistenza infermieristica, la quale è impostata su un'area autonoma in cui l'infermiere esplicita i problemi dell'assistito in termini di "diagnosi infermieristiche" e un'area collaborativa, nella quale l'infermiere possiede le competenze solo per esprimere una parte del processo diagnostico e decisionale necessario a risolvere il problema espresso dal paziente, che appunto per questo viene definito "problema collaborativo".

Le situazioni cliniche nelle quali l'infermiere interviene sono state organizzate da Carpenito in 5 categorie:

1. **fisiopatologiche** (es. IMA, ustioni, personalità borderline, ecc.);
2. **correlate a trattamenti** (es. dialisi);
3. **personali** (es. avvicinamento alla morte, divorzio, trasferimento, ecc.);
4. **ambientali** (es. scala senza corrimano, luoghi di lavoro a rischio, ecc.);
5. **correlate a fasi maturative** (invecchiamento, ruolo genitoriale, bullismo, ecc.).

Questa impostazione permette di evidenziare l'intero processo di pensiero che si cela dietro alla conoscenza e alla competenza dell'infermiere, dietro la scelta di determinati obiettivi e relativi interventi, a seconda delle caratteristiche di ogni singolo assistito.

1.1 Profilo professionale dell'infermiere D.M. 14 settembre 1994 n.739

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
Publicato nella Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6.

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visto l'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;

Ritenuto che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione;

Ritenuto di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali;

Ritenuto di individuare la figura dell'infermiere;

Ritenuto di prevedere e disciplinare la formazione complementare;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 22 aprile 1994;

Ritenuto che, in considerazione della priorità attribuita dal piano sanitario nazionale alla tutela della salute degli anziani, sia opportuno prevedere espressamente la figura dell'infermiere geriatrico addetto all'area geriatrica anziché quella dell'infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere, la cui casistica assume minor rilievo;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 4 luglio 1994; Vista la nota, in data 13 settembre 1994, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al Presidente del Consiglio dei Ministri;

Adotta il seguente regolamento:

1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2.L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3.L'infermiere:

a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;

g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

2. Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 , e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

3. Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art. 2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

1.2 Legge 42/99 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

Dopo l’emanazione del Profilo Professionale nel 1994 fino al 1999, quando è stata emanata la “Legge 26 febbraio 1999, n.42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, nella legislazione sanitaria italiana coesistevano paradossalmente due profili:

-D.M. 739/94 che ergeva a professionisti,

-DPR 225/74 che relegava gli infermieri a semplici lavoratori tecnici.

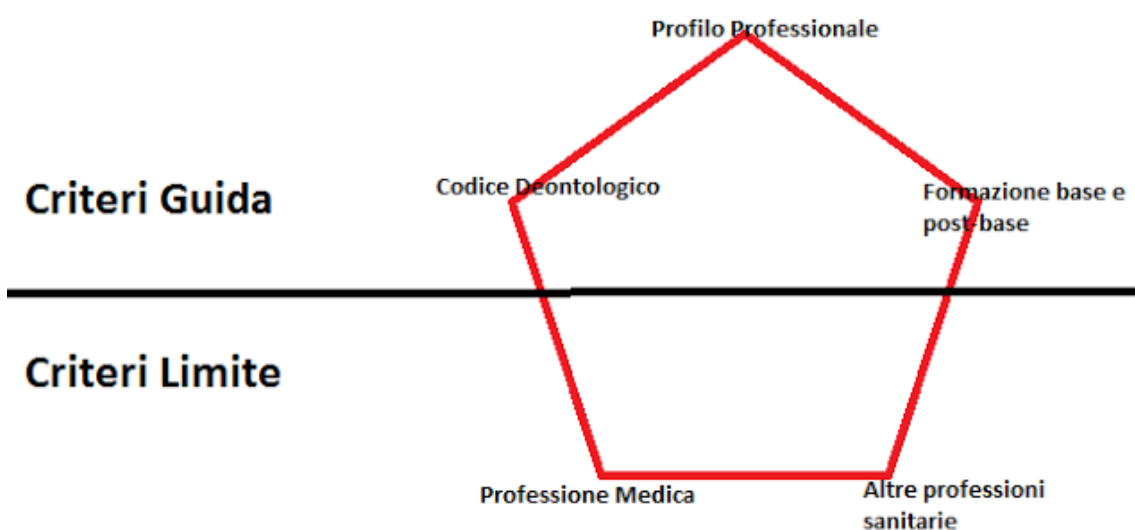
Solo con la legge 42/99, in cui venne abrogato il mansionario, l'infermiere passa dalla natura tecnica (**professionale**) ad una intellettuale (**professionista**), infatti come si può leggere nell'articolo 1, comma 1, la nomenclatura "professione sanitaria ausiliaria" viene sostituita con "professione sanitaria".

Articolo 1, comma 2, specifica che "... Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali."

Questa legge delinea un pentagono, diviso da una linea concettuale, con ai vertici tre criteri guida e due criteri limite per la competenze infermieristiche:

- **tre criteri guida:** profilo professionale, codice deontologico, formazione base/post-base.
- **due criteri limite:** professione del medico e delle altre professioni.

La Legge 42/99 riconosce la piena responsabilità nelle decisioni e nelle scelte assistenziali dell'infermiere e apre una stagione nuova: la stagione della responsabilità.



1.3 Legge 251/2000

Nell'articolo 1 della Legge 10 Agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", viene nuovamente definita l'autonomia professionale infermieristica nell'espletamento delle sue funzioni. Un'importante novità apportata da questa legge è la dirigenza infermieristica, viene attribuita la direzione delle attività infermieristiche all'infermiere dirigente sancendo ulteriormente l'autonomia di autogestione all'interno degli ambienti operativi e sanitari.

“Art. 1

(Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica)

1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.

sanitario nell'ambito del proprio bilancio, operando con modificazioni compensative delle piante organiche su proposta delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.”

Nell'articolo 5 viene definita valida l'equipollenza dei titoli che permettono l'accesso alla professione validi anche per l'accesso ai corsi universitari previsti per accedere alle funzioni di dirigenza ossia la laurea specialistica, e infine invita le sedi universitarie a concludere i corsi non universitari di dirigenza infermieristica.

“Art. 5.

(Formazione universitaria)

1. Il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con il Ministro della sanità[...] individua con uno o più decreti i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali possono accedere gli esercenti le professioni di cui agli articoli 1,2,3 e 4 della presente legge, in possesso di diploma universitario o di titolo equipollente per legge.

2. Le università nelle quali è attivata la scuola diretta a fini speciali per docenti e dirigenti di assistenza infermieristica sono autorizzate alla progressiva disattivazione della suddetta scuola contestualmente alla attivazione dei corsi universitari di cui al comma 1.”

L'articolo 7 invita, in attesa dell'avvio della laurea specialistica e quindi degli infermieri dirigenti, le Regioni di istituire la nuova figura dirigenziale all'interno delle aziende ospedaliere e di definire gli accessi alle dirigenze attraverso concorsi pubblici a tempo determinato. Inoltre viene istituito il Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale in Sigla SITRA, il vero core dell'autonomia professionale all'interno delle aziende sanitarie.

“Art. 7.

(Disposizioni transitorie)

1. Al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio. Fino alla data del compimento dei corsi universitari [...] attraverso idonea procedura selettiva tra i candidati in possesso di requisiti di esperienza e qualificazione professionale predeterminati. Gli incarichi di cui al presente articolo comportano l'obbligo per l'azienda di sopprimere un numero pari di posti di dirigente sanitario nella dotazione organica definita ai sensi della normativa vigente. [...]

2. Le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente, con modalità analoghe a quelle previste al comma 1, per le professioni sanitarie di cui alla legge 26 febbraio 1999, n. 42, nelle regioni nelle quali sono emanate norme per l'attribuzione della funzione di direzione relativa alle attività della specifica area professionale.

3. La legge regionale che disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione di cui all'articolo

17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, prevede la partecipazione al medesimo Collegio dei dirigenti aziendali di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.”

CAPITOLO II: RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA

L'acquisizione dell'autonomia professionale con la legge 42/99, ribadita con la legge 251/2000, ha inevitabilmente portato ad un aumento della **responsabilità**.

Per responsabilità s'intende: "Capacità di rispondere dei propri comportamenti, rendendone ragione e accettandone le conseguenze."

Nel campo infermieristico si parla di responsabilità professionale intendendo: "l'insieme degli obblighi e dei doveri giuridici e morali di colui che è chiamato a rispondere in prima persona di un fatto o di un atto compiuto nell'esercizio delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale e che opera con l'obiettivo di garantire un'adeguata assistenza infermieristica alla singola persona."

La responsabilità ha in sé due accezioni:

- **positiva**, o Ex-Ante, che deriva dalla consapevolezza di dover mantenere un comportamento corretto, ovvero il "non nuocere" dell'articolo 9 del Codice Deontologico 2009, e di doversi assumere gli obblighi previsti dalla professione e dalle leggi e dal Codice Deontologico;
- **negativa**, o Ex-Post, che si esplica nel dover rispondere del proprio comportamento davanti a qualcuno che giudica se la valenza positiva della responsabilità obbliga il professionista a fare i conti con sé stesso e con la sua coscienza, la sua valenza negativa porta l'infermiere di fronte ad un giudice che valuterà l'effettiva quantità e qualità di "non responsabilità".

L'infermiere deve agire con responsabilità, secondo i principi giuridici, etici e deontologici, professionali.

Esistono diversi tipi di responsabilità professionali:

- penale
- civile
- disciplinare
- d'equipe
- amministrativa

La responsabilità dell'agire professionale poggia su solide fondamenta:

1. la *formazione di base*: il completamento di questo percorso consente di acquisire il titolo formale e l'abilitazione all'esercizio professionale;
2. il *profilo professionale D.M. 739/94*, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, all'art. 1 comma 1 recita: "...è individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere [...] è responsabile dell'assistenza generale infermieristica";
3. il *Codice Deontologico*, enuncia i comportamenti attesi dal professionista infermiere.

La formazione continua da elemento distintivo è diventato criterio normativo: ne deriva l'obbligatorietà della formazione continua in medicina (ECM), quale modalità per il professionista dell'ambito sanitario di adeguare il bagaglio di conoscenze, competenze e abilità all'evoluzione scientifica, tecnologica e sociale.

2.1 Legge Gelli Bianco 8 marzo 2017, n.24

“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”

L'articolo 1 della legge 24/2017 attua il principio per il quale: “la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività”, la garanzia delle cure deve essere attuata attraverso gli strumenti di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

La Legge riforma la responsabilità penale degli operatori sanitari ed affronta temi quali:

- la sicurezza delle cure e del rischio sanitario;
- la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria pubblica o privata;
- le modalità e le caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità medica;
- l'obbligo di assicurazione delle strutture pubbliche e private;
- l'istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati.

Il versante penalistico della legge 24/2017 lo troviamo negli articoli 5,6,15 e 16.

Articolo5:”*Buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*”;

Articolo6:”*Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria*”;

Articolo15:”*Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria*”;

Articolo16:”*Modifiche alla legge n.208/2015 in materia di responsabilità professionale del personale sanitario*”

Articolo 5: “*Buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*”

Le linee guida sono dei “suggerimenti atti ad orientare i sanitari nei comportamenti che devono porre in essere in relazione ai casi concreti” (Corte di Cassazione 24400 del 2006) e gli esercenti le professioni sanitarie nell'esecuzione delle prestazioni devono attenersi ad esse, in mancanza delle suddette raccomandazioni, i professionisti si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

L'unico punto di accesso alle linee guida è il Sistema Nazionale Linee Guida.

Articolo 6: “*Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria*”

La Legge Gelli ha introdotto diverse novità importanti tra cui l'articolo 590 sexies del Codice Penale inerente la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario. Nel caso di imperizia, la responsabilità è esclusa, ma solo qualora siano state rispettate le raccomandazioni delle linee guida o le buone pratiche clinico-assistenziali.

Abrogazione dell'art. 3 comma 1 della Legge Balduzzi, il quale recita "L'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

Vengono istituiti nuovi profili di responsabilità sanitaria per tutti gli esercenti le professioni sanitarie:

- obbligatorietà delle polizze assicurative per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private;
- obbligatorietà delle polizze assicurative per ogni professionista che entri in rapporto, anche via telemedicina o in intramoenia, con il paziente;
- azione diretta del paziente nei confronti dell'impresa assicurativa o eventualmente, ad un Fondo di garanzia.

La Legge Gelli Bianco sottolinea come la rivoluzione in merito al concetto di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie debba coincidere con una gestione sostenibile a livello economico.

L'articolo 10 dispone che tutte le strutture sanitarie siano obbligatoriamente provviste di idonea copertura assicurativa, anche per le prestazioni sanitarie che siano svolte in regime di libera professione intramuraria. L'azione di rivalsa sarà efficace se ciascun sanitario operante in aziende del SSN, in strutture o in enti privati provveda alla stipula, con oneri a proprio carico, di adeguata polizza di assicurazione.

L'articolo 11 aggiunge che la garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo. Le Compagnie possono estendere l'operatività della garanzia assicurativa anche ad eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa durante la vigenza temporale della polizza.

Per quanto riguarda la responsabilità civile, in concreto risarcitoria, non cambia nulla nei confronti delle strutture che continuano a rispondere a titolo di responsabilità contrattuale ex articoli 1218 e 1228 del Codice Civile, in merito alle condotte dolose e colpose del personale operante, anche in regime libero professionale intramurario.

Il singolo professionista invece risponderà ex articolo 2043, cioè a titolo di responsabilità extracontrattuale, salvo il caso in cui non abbia posto in essere con il danneggiato un proprio vincolo negoziale.

2.2 Legge B. Lorenzin 11 Gennaio 2018, n. 3

"Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali non che' disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute."

La legge Lorenzin trasforma gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini, ridisegna la disciplina relativa al funzionamento interno degli ordini e vengono inserite disposizioni finalizzate a migliorare la funzionalità degli organi, a chiarire i compiti svolti, valorizzandone il rilievo pubblico e la funzione deontologica, oltre che a favorire la partecipazione interna da parte degli iscritti.

Avviene il passaggio da Collegio IPASVI a FNOPI, ovvero Federazione Nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, con 440 mila iscritti, i collegi provinciali diventano ordini provinciali delle professioni infermieristiche OPI.

Gli ordini diventano Sussidiari dello Stato e non sono più solo degli enti ausiliari con funzione di iniziativa e controllo ma possono svolgere compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato.

Il decreto attuativo firmato dal Ministro Lorenzin in 13 marzo 2018 istituisce i nuovi albi delle professioni sanitarie che faranno capo agli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

L'articolo 11 modifica alcune parti del testo della Legge Gelli-Bianco sulla responsabilità medica, in particolar modo sull'azione di responsabilità amministrativa della struttura sanitaria nei confronti del professionista sanitario in caso di dolo o colpa grave, viene stabilito che l'importo della sanzione amministrativa non può superare una somma pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguito nell'anno di inizio della condotta lesiva. A sua volta la rivalsa richiesta dalla compagnia assicurativa non può superare una somma pari al triplo del valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguita nell'anno di inizio della condotta lesiva.

Nell'articolo 17 viene modificato il ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della Salute, con la riduzione del divario che c'è tra gli stipendi dei dirigenti delle professionalità sanitarie dipendenti da enti ed aziende del SSN e quelli del Ministero della salute.

La legge Lorenzin, dopo la Legge 42/1999 e la Legge 3/2018, potenzia il significato del Codice Deontologico come strumento di autogoverno della professione sanitaria.

Una delle novità da registrare è la previsione dell'attribuzione alle Federazioni nazionali di emanazione del "Codice Deontologico" che deve essere approvato dai Consigli nazionali. La norma specifica che il codice, in questi casi, deve definire "le aree condivise tra le diverse professioni, con particolare riferimento alle attività svolte da équipe multiprofessionali in cui le relative responsabilità siano chiaramente identificate ed eticamente fondate".

Inoltre cambia il codice penale, aumentano pesantemente le sanzioni per gli abusivi, viene infatti attuato un inasprimento delle misure pecuniarie e detentive a tutela della professione e dei cittadini; per la responsabilità professionale si confermano le norme della legge Gelli n. 24 del 2017.

2.3 Responsabilità Professionale

L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica, egli risponde delle proprie azioni, risarcisce il danno e risponde dei propri comportamenti al datore di lavoro e all'ordine di appartenenza.

A livello giuridico il concetto di responsabilità presuppone quello di illecito, intendendo con atto illecito una condotta umana che viola l'ordinamento giuridico.

L'articolo 32 della Costituzione Italiana cita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti...”*, ed è proprio la tutela della salute l'oggetto dell'attività sanitaria.

2.3.1 Responsabilità Penale

La responsabilità penale sussiste quando l'operatore sanitario pone in atto una condotta che provoca un fatto il quale costituisce un reato contemplato dal codice penale o da altre leggi dello stato; è personale, come cita l'articolo 27 della Costituzione.

Il reato è quel comportamento umano che si attua mediante azione ed omissioni e per il quale l'ordinamento giuridico stabilisce come sanzione l'applicazione di una pena, è composto da una componente oggettiva ed una soggettiva

- L'elemento oggettivo è il fatto che si compone di un azione e di un evento tra loro connessi, un rapporto causa-effetto, l'azione può essere qualificata come commissiva, ovvero una condotta attiva, od omissiva, cioè il non fare qualcosa di determinato e prescritto che il soggetto poteva e doveva attuare. Si distinguono la condotta, l'evento e il nesso di causalità.

La condotta può consistere in un'azione o in un'omissione, in relazione alla condotta si parla di reati commissivi e reati omissivi.

L'evento è il risultato di un'azione o di una omissione ed è cioè una conseguenza della condotta del soggetto.

Il nesso di causalità è il rapporto necessario che deve intercorrere tra condotta ed evento.

- L'elemento soggettivo è costituito dallo scopo e dalla volontà del soggetto che trasgredisce la legge penale. A seconda della volontà del soggetto si distingue in:
 - dolo**, cioè la volontarietà della condotta offensiva da cui consegue un evento dannoso;
 - colpa**, non volontà di compiere un determinato fatto-reato che però si verifica ugualmente a causa di negligenza, imperizia ed imprudenza nel caso di colpa generica oppure per inosservanza delle leggi, regolamenti ed ordine nel caso di colpa specifica;
 - preterintenzione**, è prevista per l'aborto e per l'omicidio.

Raramente viene ravvisato il dolo per il professionista sanitario, e solitamente si fa riferimento alla colpa nelle sue varie forme, in rapporto ai reati di lesioni personali colpose (art. 590 Codice Penale.) e di omicidio colposo (art. 589 Codice Penale).

Nella colpa generica si distinguono:

- A) negligenza, cioè un atteggiamento di trascuratezza, di mancanza di attenzione, di

accortezze, una omissione volontaria di determinate precauzioni che il soggetto che compie il fatto conosce e volontariamente non adotta;

B) l'imperizia è caratterizzata da una insufficiente preparazione e capacità che un soggetto in realtà dovrebbe avere, è una sorta di incapacità professionale;

C) l'imprudenza è caratterizzata da un comportamento avventato di un soggetto che, nonostante il pericolo o un'alta probabilità che il suo comportamento produca un evento dannoso, agisca lo stesso.

La colpa specifica invece consiste nella non osservanza di tutte quelle regole codificate che mirano ad evitare la realizzazione di un evento dannoso.

I principali reati sono:

1. l'esercizio abusivo della professione art. 348 C.P.

“Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato....”

2. la rivelazione del segreto professionale art. 622 C.P.

«Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione, di un segreto, lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocimento, con la reclusione. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.»

3. la rivelazione del segreto d'ufficio art. 326 C.P.

“Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualche modo la conoscenza, è punito.”

A differenza del segreto professionale, il segreto d'ufficio vincola l'infermiere non in virtù della sua professione bensì in quanto riveste la qualifica di incaricato di pubblico servizio.

4. l'omissione di soccorso art. 593 C.P.

“Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni 10 o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'autorità è punito con la reclusione.....

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia stato o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità.”

5. il rifiuto di atti d'ufficio art. 328 C.P.

“Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da 6 mesi a 2 anni.”

6. il sequestro di persona art. 605 C.P.

“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da 6 mesi a 8 anni.”

La pena è della reclusione da 1 a 10 anni, se il fatto è commesso:

1. in danno di un ascendente, di un discendente o di un coniuge,
2. da un pubblico ufficiale, con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni.

7. la violenza privata art. 610C.P.

“Chiunque, con violenza minaccia, costringe altri a fare, tollerare o omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a 4 anni.”

Nell'ambito sanitario si possono integrare gli estremi di violenza privata l'abuso di contenzione fisica ed eventuali trattamenti sanitari di competenza infermieristica operati senza il consenso del paziente.

8. l'abbandono di persone minori e incapaci art. 591 C.P.

9. l'interruzione di un pubblico servizio art. 340 C.P.

“Chiunque, fuori dai casi preceduti da particolari disposizioni di legge cagiona un'interruzione o turba la regolarità di un ufficio o servizio pubblico o di un servizio di pubblica necessità è punito con la reclusione fino ad 1 anno.”

10. la violenza sessuale art. 609 C.P.

“Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da 5 a 10 anni.”

La pena viene irrogata dallo Stato mediante un processo, le pene si dividono in pene principali e pene accessorie.

Le pene principali sono:

- ergastolo;
- reclusione, ovvero privazione della libertà personale che va da 15 giorni a 24 anni;
- arresto, ovvero la privazione della libertà da 5 giorni a 3 anni;
- multa, pagamento allo stato di una somma non inferiore a 10.000€ né superiore a 10 milioni;
- ammenda, cioè il pagamento di una somma non inferiore di 4000€ né superiore a 2 milioni.

Mentre le pene accessorie sono:

- l'interdizione dai pubblici uffici: privazione del condannato di ogni diritto politico, di ogni pubblico ufficio o incarico, degli stipendi, pensioni;
- l'interdizione a una professione: consiste nella perdita, temporanea, della capacità di esercitare una professione;
- la sospensione dall'esercizio di una professione.

2.3.2 Responsabilità Civile

Il diritto civile è un diritto privato e si pone come finalità la tutela degli interessi privati e la reintegrazione del diritto leso, la responsabilità civile è composta da responsabilità contrattuale ed extracontrattuale.

Il presupposto della responsabilità civile è l'esistenza di un danno risarcibile ed obbliga chi ha causato il danno, una volta accertato, tramite onere probatorio, il nesso causale tra la sua condotta e l'evento, a risarcire il danneggiato.

Secondo le norme del codice civile il responsabile è obbligato a risarcire il danno causato con il suo comportamento, danno che può essere:

- patrimoniale, consiste in una perdita economica o in un mancato guadagno,
- extrapatrimoniale, consiste in una diminuzione del bene salute, è un danno biologico o un danno alla salute.

In aggiunta a queste due forme di danno una terza categoria include il danno da sofferenza, ovvero il danno morale, qualificato come non patrimoniale.

In campo sanitario, la struttura oltre ad essere erogatrice di prestazioni, ne è anche il garante contrattuale. Tra struttura sanitaria e paziente intercorre un contratto di prestazione d'opera professionale; quando essa non adempie alla prestazione delle cure necessarie risponde, ai sensi dell'art. 1218, di responsabilità **contrattuale**, la quale è regolamentata dall'art. 1218 Codice Civile (*Responsabilità del debitore*), che stabilisce che il debitore è tenuto al risarcimento dei danni nella misura in cui non esegue esattamente la prestazione convenuta, eccettuati i casi in cui lo stesso possa dimostrare che l'inadempimento è dovuto a causa a lui non imputabile.

La responsabilità contrattuale, nell'ambito della prestazione professionale alle dipendenze, ricade sull'ente ospedaliero che non si rivale sui propri dipendenti, salvo il caso di dolo o colpa grave.

Nel caso del rapporto contrattuale il danneggiato dovrà dimostrare unicamente il danno subito mentre il prestatore d'opera dovrà dimostrare che ha assolto agli oneri del contratto e che, pertanto, il mancato o inesatto adempimento è dovuto a cause a lui non imputabili.

Il sanitario, essendo estraneo al contratto, risponde invece di responsabilità **extracontrattuale**, la quale sussiste nei casi in cui un soggetto cagioni ad altri un danno ingiusto attraverso la sua condotta dolosa o colposa; il danno ingiusto è prodotto da fatto illecito per imperizia, negligenza, imprudenza, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline.

La responsabilità extracontrattuale sancita dall'art. 2043 del Codice Civile che recita: *“Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altro un danno ingiusto, obbliga colui che commesso il fatto a risarcire il danno.”*

Chi chiede il risarcimento dei danni, ovvero il danneggiato, deve dimostrare la colpevolezza dell'autore del fatto illecito, dovrà quindi provare la condotta, l'evento e il nesso di causalità.

Prima: con la Legge Balduzzi, la responsabilità del sanitario si sta progressivamente riconducendo nell'alveo dell'art. 2043 c.c. e questo comporta:

1. prescrizione del diritto al risarcimento da 10 a 5 anni,
2. inversione dell'onere della prova sul danneggiato;

3. onere della prova più stringente: il danneggiato deve provare tutti gli elementi della responsabilità e, quindi, anche quello della colpevolezza o dolo dell'azione o dell'omissione.

Ora: Legge Gelli - Bianco

Secondo l'articolo 1218 del Codice Civile, il quale riguarda gli esercenti la professione sanitaria con i quali il paziente abbia contratto un'obbligazione e operanti privatamente nel proprio, indica che deve essere l'ente sanitario, pubblico o privato, a risarcire il danneggiato sia per i danni di natura colposa, sia per quelli dolosi compiuti da medici, infermieri, ricercatori e qualunque persona operante presso la Struttura.

L'articolo 2043 del Codice Civile obbliga medici, esercenti le professioni sanitarie, ricercatori, operanti all'interno della Struttura a qualunque titolo a rispondere per responsabilità extracontrattuale, essi infatti devono essere coperti dall'assicurazione.

2.3.3 Responsabilità disciplinare

La responsabilità disciplinare riguarda gli iscritti all'ordine. Gli ordini sono dotati di poteri disciplinari che mirano a reprimere gli abusi, le scorrettezze, le mancanze e le inosservanze di precetti contenuti nel Codice Deontologico, commessi dagli iscritti nell'esercizio dell'attività professionale nonché ogni comportamento che anche nella vita privata leda il decoro della categoria di appartenenza.

Sono gli organi disciplinari ad applicare le sanzioni disciplinari, le quali sono commisurate alla gravità dell'infrazione e consistono nel richiamo, diffida, riduzione dello stipendio, sospensione temporanea dal servizio fino alla radiazione.

Le infrazioni sono:

- l'inosservanza di doveri d'ufficio,
- la violazione del segreto d'ufficio,
- il comportamento non intonato al decoro delle proprie funzioni,
- il contegno scorretto verso i superiori, i colleghi, i dipendenti e il pubblico.

2.3.4 Responsabilità d'équipe

La responsabilità d'équipe prevede il coinvolgimento nello stesso reato di più persone.

L'articolo 113 C.P. prevede che "nel delitto colposo, quando l'evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso. La pena è aumentata per chi ha determinato altri a cooperare nel delitto, quando concorrono le condizioni stabilite nell'articolo 111 e nei numeri 4 e 5 dell'articolo 112";

Tali articoli fanno riferimento a chi ha "... diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo" e chi "... nell'esercizio della sua autorità, direzione o vigilanza ha determinato a commettere il reato persone ad esso soggette".

Tali disposizioni consentono di individuare specifiche responsabilità nell'ambito dell'équipe gerarchica in cui vige una suddivisione dei compiti dal responsabile all'ultimo dei collaboratori, ad esempio l'équipe di sala operatoria con il primo operatore, i suoi assistenti e gli strumentisti.

2.3.5 Responsabilità Amministrativa

In diritto, la responsabilità amministrativa è di tipo patrimoniale prevista dagli ordinamenti giuridici che si pone in capo ad agenti della pubblica amministrazione come dipendenti e funzionari pubblici, per un danno alle casse erariali.

Le misure sono tendenzialmente di tipo risarcitorio, di tipo sanzionatorio in alcuni casi.

Gli elementi costitutivi di questa responsabilità sono:

- **condotta imputabile**, intesa come violazione dolosa o gravemente colposa di obblighi inerenti il rapporto di servizio, in questo caso valgono anche i principi di efficienza, efficacia ed economicità cui deve tendere l'attività amministrativa, elementi tipici del dirigente e coordinatore infermieristico;
- **elemento soggettivo**: dolo o colpa grave, mancanza di diligenza, sprezzante trascuratezza dei propri doveri;
- **elemento oggettivo**: danno, inteso come lucro cessante e danno emergente;
- **nesso di causalità**, quale rapporto tra la condotta del sanitario e l'evento dannoso, si parla di danno erariale.

L'illecito si ha ogniqualvolta concorrano tutti gli elementi sopra elencati.

La responsabilità amministrativa ha termine di prescrizione di 5 anni, un carattere personale ed intrasmissibilità dell'obbligazione agli eredi, si limita al dolo e alla colpa grave.

CAPITOLO III: ANALISI COMPARATA DELL'AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ INFERMIERISTICA IN GERMANIA, SPAGNA, INGHILTERRA, FRANCIA E OLANDA

Siamo infermieri, ma prima di tutto cittadini europei. Per questo risulta fondamentale un confronto con colleghi appartenenti ad altre realtà geografico-culturali, non potendo ignorare che gli scenari della formazione infermieristica a livello europeo sono estremamente diversi. Ecco allora un quadro di come si diventa infermieri oltre lo Stivale.

Non si può parlare di un corso di laurea europeo in Infermieristica. Le differenze sono tante, vediamo come funziona in alcuni paesi europei.

3.1 Germania

Il settore sanitario-assistenziale è uno dei settori occupazionali più importanti in Germania. E la sua rilevanza crescerà nei prossimi anni, in particolare nell'assistenza agli anziani dovuto all'invecchiamento della popolazione.

Per i titoli di laurea in infermieristica italiani si applica la procedura del riconoscimento automatico secondo la direttiva 2005/36/CE: ossia la laurea viene riconosciuta senza essere sottoposta a una verifica individuale dell'equivalenza, se è stata conseguita dopo il 1970. Il titolo deve essere accompagnato dal certificato di conformità, rilasciato dal ministero della salute. È comunque necessaria l'omologazione, il cui tempo di rilascio è più o meno di tre mesi, a seconda del ministero responsabile e della provincia. Nell'attesa l'infermiere inizierà a lavorare come oss, una volta ottenuta l'omologazione il contratto verrà automaticamente cambiato e inizierà a lavorare come infermiere.

In Germania il percorso da seguire per diventare infermiera è una scuola professionale con percorso non accademico chiamata Ausbildung, è un particolare corso formativo per le figure professionali che hanno una forte componente pratica, manovale, tecnica. La scuola, dalla durata di tre anni alterna giornate d'aula con giornate di pratica negli ospedali e nelle strutture assistenziali. Alla fine del percorso, lo studente ottiene un titolo professionale valido in tutta Europa.

Una volta completata con successo la formazione, si ottiene il titolo di Gesundheits – und Pflegefachkraft ovvero infermiere professionale. Questo è solo l'inizio della carriera perché sono numerose le opportunità di formazione e addestramento, il quale prevede più tempo rispetto alla formazione. L'importante è avere una formazione in una professione infermieristica e qualche anno di esperienza professionale. Chiunque sviluppi, approfondisca e ampli le sue conoscenze specialistiche può successivamente lavorare in aree specialistiche, ad esempio nella gestione, nella cura intensiva e nell'anestesia, nonché nell'assistenza specializzata in sala operatoria.

Oltre ai corsi di specializzazione le aziende organizzano spesso giornate di formazione e aggiornamento. Gli eventi sono offerti da dipartimenti di formazione, istituti, associazioni professionali, scuole e esperti.

Ma c'è anche la possibilità di ottenere nuovi titoli. Per esempio, si possono seguire corsi di formazione per specialisti di igiene o per la gestione di un'unità funzionale, responsabile della qualità, revisore, il case manager, specialista in lavoro sociale o in medicina di emergenza.

A condizione che si lavori in reparti specializzati, quali **Chirurgia, Anestesia / Rianimazione, Terapia Intensiva e Dialisi**, allora le funzioni lavorative e le competenze che si sviluppano e mettono in pratica sono generalmente equiparabili con quelle di un infermiere in Italia. In reparti di lavoro non specializzati, si fa generalmente più enfasi che in Italia sulla cura basica del paziente o Grundpflege (igiene personale, mobilità ed alimentazione) e le funzioni possono essere limitate a seconda delle politiche e delle procedure stabilite in ogni ospedale pubblico, il grado di autonomia concesso e le funzioni delegate da ogni singolo medico e la proattività che mostra l'infermiere quotidianamente.

I principali compiti di un infermiere professionale sono;

- effettuare prelievi, somministrare iniezioni e flebo;
- assistere il medico e produrre documentazione;
- assistere il paziente nella cura personale; praticare medicazioni e somministrare terapie;
- preparare il paziente per le visite mediche, per gli esami diagnostici o per interventi chirurgici;
- intervenire sul paziente in caso di emergenza.

In Germania esiste anche la figura degli assistenti infermieri, il cui corso dura un anno, meno rigidi risultano essere i requisiti per l'ammissione al corso, per cui non è consentito loro proseguire con la formazione post-base. In compenso, però, sono agevolati qualora vogliano intraprendere i corsi di infermiere generale e pediatrico.

3.2 Spagna

In Spagna esiste un modello di formazione infermieristica unico in Europa, grazie alla stretta collaborazione di università, ospedale e industria.

La formazione si esegue in Università, il corso ha durata di tre anni e richiedono 4600 ore d'impegno da parte dello studente da dedicare il 50% alla parte teorica e il restante 50% al tirocinio clinico.

Le aree oggetto di studio riguardano: le scienze di base, le scienze mediche, le scienze del nursing, quelle comportamentali e la salute pubblica. Inoltre, riveste un ruolo importante nell'iter formativo spagnolo la ricerca infermieristica, perché ritenuta oramai essenziale per poter lavorare con maggiore competenza e professionalità, in un contesto multidisciplinare.

Verso la fine degli anni '80 il ministero dell'Istruzione e della Salute cominciano assieme a indicare diverse possibili specializzazioni in ostetricia e ginecologia, come infermiere pediatrico, geriatrico, di comunità, di salute mentale, di cure speciali e manager. Tuttavia, solo alcune fra quest'ultime e in tempi più recenti, sono state realmente attivate. Si accede al percorso formativo post-base se in possesso della laurea e il corso, della durata di uno o due anni e che consente agli studenti di percepire l'80% del salario professionale, si conclude con una valutazione dei meriti accademici.

In Spagna nel 2003 è stato istituito il diritto e allo stesso tempo l'obbligo alla formazione continua, presente anche in Italia, prevedendo diplomi di accreditamento e diplomi di accreditamento avanzato tali da certificare il livello di competenza raggiunto in una determinata area.

L'infermieristica spagnola è avanti anni luce rispetto a quella italiana non tanto per le risorse e i modi di agire ma per l'ottenimento di autonomia ed indipendenza.

Per dimostrare il valore di questi professionisti, l'università ha introdotto una nuova edizione del corso post-laurea in "assistenza al paziente stomizzato", il quale formerà 32 infermieri spagnoli nell'arco di 8 mesi. Gli infermieri stomaterapisti migliorano infatti la qualità di vita dei pazienti e riducono l'ansia prima, durante e dopo l'operazione. L'alta formazione è uno dei motivi di vanto e di successo dei professionisti esperti in stomie. Questa figura professionale è presente anche nella realtà italiana.

Un importante passo avanti per gli infermieri spagnoli è stato l'approvazione della normativa riguardante farmaci non soggetti a prescrizione medica e dispositivi sanitari. Con l'Ordinanza SAN/38/2019 la regione autonoma della Cantabria ha introdotto nella propria legislazione la prescrizione infermieristica per i farmaci non soggetti a prescrizione medica e i dispositivi sanitari. Di seguito le principali disposizioni di questa normativa, che segna un importante passo avanti verso l'autonomia degli infermieri.

Art. 1 - Oggetto e campo di applicazione

1. Lo scopo dell'Ordinanza è quella di regolare la procedura di autorizzazione degli infermieri alla prescrizione di farmaci non soggetti a prescrizione medica e di prodotti per la salute, in conformità con le disposizioni del regio decreto 954/2015 del 23 ottobre.
2. Le disposizioni della presente Ordinanza si applicano nelle attività svolte sia nei servizi di sanità pubblica che nei servizi di salute privata.

Art.4 - Procedura di accreditamento

La prescrizione è avviata su richiesta dell'interessato, che deve avere più di un anno di esperienza professionale, possedere la laurea o il diploma in Infermieristica, oppure il diploma di assistente sanitario tecnico o equivalente, o altra certificazione accreditante.

Per la certificazione dell'anno di esperienza lavorativa:

- nel caso di lavoro dipendente, serve una certificazione che accrediti il periodo di esperienza professionale minima di un anno, emessa dal datore di lavoro;
- nel caso in cui l'esperienza minima di un anno derivi dalla prestazione di servizi in due o più centri, servono certificazioni che accreditino il periodo di esperienza professionale acquisito in ciascuno di essi;
- nel caso di lavoro autonomo, la vita lavorativa certifica il periodo di esperienza professionale;

- bisogna aver superato un corso di formazione per la prescrizione infermieristica.

Un'altra dimostrazione della maggior autonomia e responsabilità infermieristica in Spagna è visibile nell'uso del defibrillatore manuale, infatti l'infermiere spagnolo, leggendo il tracciato dell'ecg è in grado di identificare e stabilire se il ritmo sia defibrillabile o no e può erogare la scarica e può somministrare adrenalina, amiodarone e bicarbonato senza la pre-valutazione medica.

3.3 Inghilterra

Il percorso formativo in Inghilterra è molto simile al nostro, il ciclo universitario ha infatti una durata di tre anni e comprende una formazione teorica ed un tirocinio presso vari Dipartimenti, anche di diverse strutture ospedaliere. La durata delle lezioni e dell'attività "sul campo" è sostanzialmente equiparabile a quella italiana. I corsi sono organizzati in modulo, che attribuiscono, a seguito di prove scritte, pratiche ed orali, un determinato ammontare di crediti. Al termine del corso è previsto il superamento di una prova scritta ed orale.

Nel Regno Unito la figura dell'infermiere "**specialist**" rappresenta una realtà pluridecennale, consolidata da una miriade di corsi di specializzazione post-universitari della durata di uno o due anni, che presentano un'ampia flessibilità nella frequenza delle lezioni (esistono anche corsi part-time, così come quelli di primo livello, del resto), in modo da essere accessibili anche a chi lavora. In genere ci si iscrive ad un postgraduate degree perché si concorda con gli stessi dirigenti infermieristici dell'ospedale la necessità e l'opportunità di migliorare ed approfondire le proprie conoscenze, ovvero gli skills, in relazione all'attività quotidianamente svolta.

Sono quindi i manager che autorizzano e spronano gli infermieri ad acquisire delle competenze specialistiche poiché hanno bisogno di figure da far crescere professionalmente all'interno del dipartimento. Senza queste condizioni sarebbe più complesso frequentare un postgraduate degree sia per la necessità di ottenere un permesso di assentarsi dall'attività lavorativa sia per i costi elevati dei corsi.

Sono diverse le specializzazioni degli infermieri anglosassoni, esistono gli "ophthalmic nurse", i "surgicalnurse practitioner", i "paramedic", i "surgical care practitioner", infermieri specializzati in anestesia...

La presenza di tutte queste specializzazioni, che in Italia non esistono, ci fa capire di quanta più autonomia e responsabilità godono gli infermieri inglesi.

Nei paesi anglosassoni è prevista una formazione universitaria specifica per l'operatore dei servizi di emergenza-urgenza sul territorio, ovvero il "**paramedic**", laddove in Italia non esiste allo stato attuale alcuna normativa che inquadri giuridicamente la figura del soccorritore, ricoperta pertanto da infermieri e volontari a vario titolo. Il paramedic è un professionista che non opera con il supporto del medico ma può prendere decisioni autonome riguardanti il trattamento e la cura del paziente, possono prescrivere e

somministrare farmaci ed eseguire procedure invasive in autonomia, seguendo i protocolli operativi predisposti in collaborazione con i medici.

Il **Surgical Nurse Practitioner** è un infermiere specializzato in chirurgia che può visitare pazienti, prescrivere farmaci e effettuare procedure che i normali infermieri non possono eseguire, sono necessarie delle conoscenze avanzate e l'abilità del problem solving, questa professione ben riconosciuta in Inghilterra in Italia

Quello dell'**Advanced Nurse Practitioner** (ANP) è infatti un ruolo molto complesso ed ibrido, perché non si limita all'elaborazione di piani di assistenza o di presa in carico di pazienti complessi, ma varca i confini con la professione medica: i nurse practitioners possono infatti elaborare diagnosi mediche, eseguire interventi chirurgici, gestire in totale autonomia i "see and treat" in Pronto Soccorso e persino prescrivere farmaci o richiedere prestazioni diagnostiche, come un'ecografia od un esame ai raggi X, oppure ancora prelievi ematici.

Altra figura innovativa dell'infermieristica anglosassone è quella del **Surgical Care Practitioner**, ovvero infermiere di sala operatoria, il quale può eseguire alcuni interventi, quelli in cui sono specializzati, senza assistenza del medico; è un infermiere coinvolto nelle fasi pre, intra e post-operatoria. In pratica, segue il paziente dal momento in cui mette piede in ospedale, poi in sala operatoria e finché non viene dimesso. Si occupa dell'anamnesi, degli esami clinici, dei tirocinanti e di tutto il post operatorio, compreso il wound care.

3.4 Francia

In Oltralpe l'ultima riforma in tema di percorsi di studio risale al 1992. Si viene ammessi ai corsi di infermieristica, le cui iscrizioni sono a numero chiuso, con il conseguimento del titolo di maturità, in mancanza di quest'ultimo occorre avere dai tre ai cinque anni di esperienza lavorativa nel settore sanitario. Età minima richiesta, 17 anni. È il ministero della Sanità francese che coordina i centri di formazione di nursing e il corso si conclude con il rilascio del "Diploma d'Etat d'Infirmier" a seguito di una valutazione globale in termini di crediti, dove ciascun credito equivale a 20 ore d'impegno da parte dello studente. L'iter formativo si articola in 136 settimane complessive (pari a 4760 ore), di cui 132 (4620 ore) sono le settimane previste per l'insegnamento. Nello specifico: quello teorico obbligatorio ha una durata di 2080 ore, la parte teorica opzionale ha una durata di 160 ore, 1680 ore è la durata degli stage clinici obbligatori, mentre 700 ore quella degli stage di cui dispongono gli insegnanti.

Poi sono previste quattro settimane (140 ore) da dedicare agli stage pedagogici. Il tirocinio ripartito in modo equilibrato nei tre anni di corso e che prevede l'obbligo di sostenere almeno due settimane di turno notturno tra il secondo e il terzo anno, viene svolto nel modo seguente: otto settimane in medicina, otto settimane in chirurgia, otto settimane in salute mentale o psichiatria, otto settimane in sanità pubblica, otto settimane in geriatria, quattro settimane in pediatria e altre quattro in rianimazione, cure intensive,

urgenze e sala operatoria. Le teorie e i modelli che rappresentano gli standard di riferimento nell'ambito della formazione infermieristica francese sono quelli di V. Henderson, D. Orem e M. Rogers.

Se in possesso del titolo di base e previo superamento del test di ammissione, si può accedere al **percorso formativo post-base** che consente di scegliere fra **tre specializzazioni: infermiere pediatrico, di anestesia o di sala operatoria**. In questi ultimi due casi sono però necessari almeno due anni di esperienza professionale; inoltre, solo per l'infermiere di anestesia è richiesto espressamente il titolo specifico. Con un'esperienza lavorativa di almeno cinque anni, è invece possibile optare per un corso che abilita alle funzioni di infermiere manager o docente, della durata di 9 mesi

3.5 Olanda

Premesso che l'istruzione secondaria olandese offre tre diverse possibilità formative, ovvero il Mavo (quattro anni), l'Havo (cinque anni) e il Vwo (sei anni), anche lo studente infermiere può scegliere tra due percorsi di base. Il **Mbo** (istruzione professionale secondaria), per la cui ammissione è necessario il titolo di Mavo, un certificato di buona salute e un'età minima di 16 anni. Oppure **l'Hbo**(formazione professionale più elevata), la cui ammissione richiede l'attestato di Havo, sempre un certificato di buona salute e 17 anni d'età.

I primi corsi infermieristici sono sorti nel 1997, compresa l'importanza di stabilire dei requisiti necessari ai fini dell'esercizio della professione, giacché fino al 1993 per il Wet Big chiunque fosse competente in una determinata procedura era autorizzato ad eseguirla, pur non trattandosi di infermieri registrati. Da questo momento in poi il ministero dell'Istruzione, della Cultura e della Scienza avvia il nuovo sistema formativo che si articola in cinque livelli, i qualification levels, in base alle conoscenze, abilità e relative responsabilità acquisite dal candidato.

In Olanda abbiamo numerose specializzazioni, accessibili con entrambi i percorsi di base e i corsi sono molto frequentati, pur non essendo la formazione post-base riconosciuta giuridicamente. Ciò si spiega perché secondo l'opinione comune non è affatto sufficiente la mera esperienza, anzi il giusto connubio è dato da una solida preparazione teorica e dall'addestramento clinico. Le specializzazioni previste sono: infermiere di terapia intensiva per adulti, di terapia intensiva per bambini, di terapia intensiva per neonati, infermiere di emergenza, di ambulanza, infermiere specializzato in cardiologia, infermiere di dialisi, di pediatria, infermiere geriatrico clinico, di ostetricia e ginecologia, di centro ustioni, di oncologia, di anestesia, di sala operatoria, di comunità, di salute professionale e infermiere psichiatrico e sociale. A questo elenco cospicuo vanno aggiunte anche le aree inerenti il management, la formazione e la ricerca. In più, a partire dal 1988 vengono istituiti i corsi di master in scienze infermieristiche presso il Politecnico olandese (l'Hogeschool di Utrecht), con la collaborazione dell'Università del Galles. E ancora, nel 1990 l'Amsterdam Medical Centre (Amc) offre come alternativa il corso in "Epidemiologia

Clinica per infermieri”, in pratica due anni formativi utili per coloro che sono interessati ad approfondire la ricerca scientifica e clinica.

CAPITOLO IV: SUGGERIMENTO DI POTENZIAMENTO IN AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ IN ITALIA

L'autonomia e la responsabilità infermieristiche in Italia sono aumentate con il passare degli anni grazie a tutte le norme emanate ma nonostante ciò siamo ancora molto indietro.

Basta guardare a tutte le specializzazioni esistenti negli altri paesi, alcune delle quali sarebbero pensabili da implementare in Italia ma si dovrebbe cambiare le varie normative, avere la disponibilità degli atenei a programmare le specializzazioni ed avere il riconoscimento da parte dei politici e cittadini.

Sono diversi i potenziamenti che si potrebbero apportare in Italia insieme alle figure implicate.

Dall'Inghilterra potremmo prendere la figura del "paramedic". In Italia il termine "paramedico", nella sua originaria accezione etimologica di persona che sta accanto ("para", dal greco antico) al medico, è per gli infermieri italiani un motivo di discussione ma in realtà la maggior parte di loro è all'oscuro del fatto che nei Paesi anglosassoni la figura del paramedico esiste davvero e costituisce una professione autonoma, con un proprio registro e percorso di formazione universitaria, altamente competitivo.

I "paramedics" non hanno bisogno di assistenza del medico perciò questo implicherebbe una diversa attribuzione di personale del 118, poiché in Italia nell'ambulanza medica c'è sempre un medico, l'autista e l'infermiere, mentre in collaborazione al paramedic troviamo sempre:

- "l'ambulance care assistant/patienttransport service driver", ovvero l'autista di ambulanza;
- "l'emergency care assistant," paragonabile all'Oss extraospedaliero, in grado però di controllare sanguinamenti, di trattare ferite e fratture, nonché di usare il defibrillatore semiautomatico.

Un altro potenziamento suggeribile è la prescrizione infermieristica di farmaci. Qui le opinioni potrebbero essere contraddittorie, alcuni infermieri sono pronti ad ottenere un maggior grado di autonomia e di responsabilità mentre tanti altri, per paura, andrebbero sicuramente contro questa novità.

Nel nostro Paese, allo stato attuale la norma di riferimento, il Decreto Legislativo 219/2006 – titolo VI, individua tra i soggetti legittimati a prescrivere il farmaco solamente i medici. Pertanto, qualora si volesse sperimentare un percorso di estensione di questa facoltà, in casi ben definiti e sempre in accordo con il medico di riferimento, sarebbe indispensabile un cambiamento della norma.

Rimane auspicabile nel prossimo futuro la realizzazione di protocolli condivisi tra professionisti e istituzione, in grado di regolamentare e indicare con chiarezza gli ambiti prescrittivi della professione infermieristica che potrebbe essere utile ad esempio nell'ambito del wound care, dei dispositivi vascolari, delle stomie ecc.

Tante figure invece sono già state esportate in Italia negli anni precedenti da altri paesi, tra cui il wound care, lo stomacare, le quali sono completamente autonome nella gestione delle ferite, nel primo caso, e, nel secondo caso, nella gestione del paziente stomizzato e nella sua educazione.

Un altro potenziamento che si potrebbe apportare in Italia riguarda le suture delle lesioni che non coinvolgano lesioni nervose importanti o lesioni muscolo-tendinee, ad oggi gli infermieri non hanno

l'autorizzazione ad eseguire nessun tipo di sutura. Questa attività risulterebbe utile in modo da poter diminuire l'attese nel pronto soccorso, ma purtroppo molti medici sono restii a lasciare eseguire questa manovra al personale infermieristico anche se credo che un infermiere del pronto soccorso abbia tutte le capacità e sia in grado di acquisire tutte le conoscenze necessarie per eseguire una sutura riguardante lesioni cutanee che coinvolgano derma ed epidermide.

CONCLUSIONI

Quelli sopra riportati sono solo alcuni esempi di scenari formativi infermieristici. Se è vero che il lungo processo d'integrazione europea mira, fra le altre cose, alla coesione, puntando ad attenuare ogni differenza ancora esistente tra i vari stati membri, allora c'è bisogno di una situazione più omogenea dal punto di vista dei percorsi formativi. Sostanziale, non solo formale. Tutti noi vorremmo sentirci a pieno titolo "cittadini e infermieri europei". Così tutelando anche il cittadino-utente del nostro servizio sanitario nazionale.

Da una maggior autonomia professionale deriva sempre una maggior responsabilità professionale.

Facendo un confronto con Germania, Spagna, Inghilterra, Francia ed Olanda ho notato che l'Italia a livello di autonomia e responsabilità è molto indietro.

Il paese con autonomia più simile a noi è la Germania, mentre invece in Inghilterra, Olanda, Francia e Spagna gli infermieri hanno una maggior autonomia grazie alla presenza di più aree di specializzazione e grazie alla maggior importanza attribuita a queste ultime, ma in generale grazie ad una maggior importanza attribuita alla figura dell'infermiere che purtroppo in Italia ancora non vede il suo massimo sviluppo.

Per molte persone, ancora oggi, risulta inconcepibile vedere un infermiere come prescrittore di farmaci oppure gestire un paziente in totale autonomia al momento della chiamata dell'ambulanza, ma io credo che, essendo noi infermieri dei veri professionisti, grazie ad una buona preparazione acquisita in corsi di formazione specialistica potremmo specializzarci in tanti altri ambiti.

BIBLIOGRAFIA

1. Carpenito-Moyet L.J. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Diagnosi infermieristiche e problemi collaborativi. Milano. CEA. 2006, prima ed. orig. 1983.
2. Lattarulo P. Bioetica e deontologia professionale. McGraw Hill. 2011.

SITOGRAFIA

<https://www.unicusano.it/blog/didattica/master/che-cos-e-lassistenza-infermieristica/>

<https://www.jobbydoo.it/descrizione-lavoro/infermiere>

<https://www.infermiereonline.org/2015/01/21/autonomia-e-collaborazione-gli-ambiti-di-intervento-infermieristico/>

<https://www.nursetimes.org/infermieri-facciamo-chiarezza-cose-lassistenza-infermieristica/37404>

<https://www.nurse24.it/infermiere/la-responsabilita-professionale-dell-infermiere.html>

<https://www.pisanursind.it/media/Relazione.pdf>

http://www.ulss15.pd.it/media/allegati/ti_informiamo/Atti_Convegni/Infermeiere_in_emergenza/Infermiere_ieri_e_oggi.pdf

<https://fondazionezoe.it/2014/04/07/lautonomia-dellinfermiere/>

<https://www.nurse24.it/infermiere/professione/modello-bifocale-di-lynda-juall-carpenito.html>

<https://www.dimensioneinfermiere.it/legge-4299-abrogazione-del-mansionario-degli-infermieri/>

<https://www.opivicenza.it/servizi/esercizio-di-professione/>

<https://www.dimensioneinfermiere.it/251-2000-dirigenza-infermieristica-sitra/>

<https://www.opigrosseto.it/news/236-cosa-è-la-responsabilità-professionale.html>

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=58548

<https://www.infermieristicamente.it/articolo/3489/l-infermiere-e-le-responsabilita-professionali/>

<https://www.nurse24.it/dossier/resposabilita-professionale/responsabilita-amministrativa-patrimoniale-rischi-per-l-infermiere.html>

<https://www.nursetimes.org/infermieri-in-germania-un-confronto-basato-su-dati-effettivi-tra-falsi-miti-e-leggende/54728>

<https://www.ingermania.it/infermiere/>

<https://infermieri-germania.it/lavoro-infermieri-germania>

<https://www.nurse24.it/infermiere/annunci-lavoro-germania/joblaborum-cerca-infermieri-germania-ecco-come-funziona.html>

<https://www.nurse24.it/diventare-infermiere/orientamento-studi/diventare-infermieri-europa.html>

<https://www.nursetimes.org/formazione-infermieristica-spagnola-la-migliore-europa/30078>

<https://www.nursetimes.org/cantabria-spagna-la-prescrizione-infermieristica-e-legge/69303>

<https://www.infermieriattivi.it/news-infermieri-attivi/news-dal-forum/251-linfermieristica-in-europa-tratto-dal-nostro-forum.html>

<https://www.nurse24.it/studenti/infermiere-inghilterra-universita.html>

<http://italianursesociety.co.uk/2018/10/28/infermieri-in-inghilterra-da-un-call-center-in-italia-ad-infermiere-specialista-che-prescrive-e-fa-diagnosi-in-regno-unito/>

<https://www.infermieritalia.com/2017/10/18/signore-signori-vi-presento-paramedico-quello-vero/>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/infermieri-operano-inghilterra-surgical-care-practitioners-scp.html>

<https://www.infermieritalia.com/2017/10/18/signore-signori-vi-presento-paramedico-quello-vero/>

<https://www.fnopi.it/aree-tematiche/prescrizione-infermieristica/>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/area-clinica/sutura-ferite-cutanee-lineari-infermiere.html>

RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare la mia relatrice, la Dottoressa Tommasi Marinella, la quale si è dimostrata disponibile nell'aiutarmi nella stesura della tesi.

Ringrazio tutti gli infermieri e i medici che ho avuto modo di incontrare durante il mio percorso, ognuno di loro, chi in positivo chi in negativo, mi ha dato tanto. Ho imparato tutto ciò che ora so e so fare grazie a loro, mi hanno aiutata a crescere sia professionalmente che dal punto di vista umano.

Grazie a tutta la mia famiglia, in particolare a mamma, papà, Samantha e Samuela che mi hanno incoraggiata ad andare sempre avanti e non mi hanno mai lasciata sola, sia in questo importante percorso che nella vita. Abbiamo passato dei momenti difficili negli ultimi due anni e, nonostante tutto, mi sono sempre rimasti accanto e mi hanno spronato a non mollare mai. Grazie perché se oggi sono qui a festeggiare lo devo in parte anche a voi. Vi voglio bene e so che ci sarete sempre per me come io ci sarò sempre per voi, andremo avanti sempre mano nella mano.

Grazie al mio ragazzo, Matteo, che è uno dei pochi, oltre alla mia famiglia, che sa quanto impegno ho messo per il raggiungimento del mio obiettivo. Grazie perché sei stato per me una spalla su cui piangere quando ne ho avuto bisogno e un compagno fedele con cui ridere e gioire di tutti i miei successi. Grazie per aver creduto in me quando io non riuscivo proprio a farlo, sei stato il bastone su cui appoggiarmi quando non riuscivo a camminare da sola e te ne ringrazio.

Grazie a mia cugina Elena che mi ha sostenuta sempre, sia quando ho avuto problemi nella vita che nell'università, mi hai teso la mano tutte le volte che ne ho avuto bisogno, mi hai sempre ascoltata e te ne sono grata. Grazie perché anche nella stesura della tesi mi sei stata vicina e sei "scesa" a casa per leggerla e darmi consigli su come scriverla, un caffè dopo l'altro. Ti voglio bene.

Grazie alle mie compagne di corso Angela, Chiara e Angelica; sono felice di avervi conosciute. Angela, così dolce e gentile con tutti, ti ringrazio per tutte le volte che mi hai ascoltata, aiutata e sostenuta nei miei momenti di debolezza. Chiara, una ragazza forte a primo impatto fredda, ma che cela dentro di sé una grande dolcezza ed io sono stata molto fortunata ad aver conosciuto questa parte di te. Angelica, grazie per tutti i consigli, per le sclerate pre-esami e soprattutto pre-laurea, grazie perché abbia pianto insieme tante volte e ci siamo asciugate le lacrime anche tramite telefono in questo momento particolare.

Grazie alla mia amica Chiara, amiche da una vita anche se ci siamo perse di vista e ci siamo riprese solo qualche mese fa, ma da quel giorno non mi hai mai lasciata. Grazie Martina e Cristina per tutti i caffè presi insieme, siete riuscite a regalarmi semplici momenti di felicità con poco.

Grazie a Silvia, che anche da lontano ha avuto sempre una parola di conforto per me e mi è stata vicina, ci rivedremo presto e festeggeremo insieme.

Un grazie speciale va alla mia “ami”, Eleonora, oramai ci conosciamo da tanti anni e anche se la distanza ci ha divise resterà sempre la mia persona, la mia compagnia di pazzie, di risate e di sfoghi. So di poter sempre contare su di te.