



Periodico del Collegio Infermieri Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia della Provincia di Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B
40138 Bologna
Tel. 051/393840 - Fax 051/344267

Orari uffici

Lunedì - Mercoledì ore 9-12

Martedì - Giovedì - Venerdì ore 14-17

Negli altri orari è in funzione la
segreteria telefonica

E-mail: info@ipasvibo.it

bologna@ipasvi.legalmail.it

Sito Internet: www.ipasvibo.it



IPASVI

PROFESSIONE *Infermiere*

SOMMARIO

EDITORIALE

Vi aspettiamo numerosi Pag. 1
Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

PROFESSIONE

Gestione separata ENPAPI: versamento contributi... Pag. 3
mediante sistema dei versamenti unitari e compensazione
Due nuove autovetture donate dall'IPASVI Pag. 4
al servizio infermieristico territoriale della
Pianura Est e Ovest della Provincia di Bologna
11 maggio 2014 - Gli Infermieri scendono Pag. 5
in piazza... Maggiore
Informazioni dalla segreteria Pag. 7
Criteri per definire la presenza ai corsi ECM Pag. 8
Offerta indirizzo di Posta Elettronica Certificata Pag. 8
gratuita a tutti gli Iscritti al Collegio IPASVI di Bologna
XVII Congresso Federazione Nazionale Collegi Pag. 11
IPASVI: "Infermieri e cittadini: un nuovo patto per l'assistenza"

NORMATIVA

Permesso per lungo soggiornanti anche ai Pag. 12
titolari di permesso di soggiorno infermieristico

FORMAZIONE

Corsi e Seminari ECM tenuti dal Collegio IPASVI di Bologna
1 - "I problemi psicologici e di coping del Pag. 13
paziente con insufficienza renale cronica: infermiere
e psicologo, una sinergia indispensabile"
2 - "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)" Pag. 15
III edizione 2014 Corso FAD + Formazione residenziale"
3 - "La ricerca qualitativa nella pratica Pag. 17
infermieristica come risorsa per la comprensione dei
fenomeni di interesse: risultati dello studio qualitativo
sull'apprendimento dei valori deontologici da parte degli
studenti in infermieristica"
4 - "I microrganismi multifarmaco resistenti: Pag. 18
il fenomeno degli enterobatteri produttori di
carbapenemasi e il loro impatto sull'assistenza"
5 - "Gli infermieri per una nuova cultura della Pag. 19
libera professione"
6 - "Aspetti giuridici dell'assistenza infermieristica Pag. 20
domiciliare: tra assistere, curare ed educare"
7 - "Assistere le persone con patologie croniche" Pag. 21
8 - "Sopravvivere all'organizzazione. Atteggiamenti Pag. 22
e strategie per affrontare il cambiamento"
Scheda d'iscrizione Pag. 23

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

Formazione versus esperienza, nessuno è il più bravo Pag. 25
Indagine conoscitiva condotta presso il servizio
di Emergenza territoriale 118 di Bologna.
*Mugelli F., Ridolfi R., Musolesi S., Monesi A.,
Salvafondi F., Cordenons F.*
Agire e documentare - *G. Negrini* Pag. 27
La comunicazione tra professionisti" - *G. Negrini* Pag. 30
Stile di apprendimento e stile di docenza: Pag. 34
Un'esperienza sul CdL Infermieri - Sede di Imola
C. Neretti
L'assistenza infermieristica olistica - *F. Burrai* Pag. 38
Avevamo un tappeto volante e non lo sapevamo Pag. 41
M. C. Stegagno, M. Paolini, A. Ronzani
M. C. Degli Esposti, C. Cipriani, T. Squeo, G. Comellini

AGENDA Pag. 44

Editoriale

Vi aspettiamo numerosi

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

Il 27 giugno si è svolta a Bologna la "VII Conferenza Nazionale delle Politiche della Professione Infermieristica". Un evento che, promosso annualmente dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, si pone l'obiettivo di identificare, insieme a testimoni significativi della professione infermieristica e ai rappresentanti della società civile, le possibili direzioni di sviluppo e valorizzazione della professione infermieristica nel nostro Paese.

Questo partendo dal presupposto che l'assistenza infermieristica trova il suo significato più profondo solo nel confronto con il contesto economico, politico e sociale all'interno del quale gli infermieri si trovano ad operare e quindi nella loro capacità, come comunità professionale, di saper cogliere e rispondere in modo appropriato e competente ai bisogni di salute espressi dall'intera collettività sociale.

Il tema centrale del confronto è stato quest'anno quello delle competenze specialistiche che tanti dibattiti ha suscitato negli ultimi mesi all'interno e all'esterno della comunità professionale poiché ritenuto, come ha precisato la Presidente della Federazione Nazionale Senatrice Silvestro, di fondamentale importanza per la tenuta del

PROFESSIONE INFERMIERE
PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I.
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Distribuzione gratuita
SPED. IN A.P. ART. 2 COMMA 20/C
L. 662/96 FILIALE DI BO
REG. TRIBUNALE DI BOLOGNA N. 5729
del 20/04/1989
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE
ANNO XXVI - N. 1 - SETTEMBRE 2014

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

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

sistema salute del nostro Paese improntato sull'universalità, la solidarietà sociale, sull'equità distributiva e sulla qualità e l'efficacia assistenziale.

La possibilità per gli infermieri (da tempo impegnati nella sperimentazione di nuovi modelli assistenziali per l'appropriatezza e la qualità delle cure, per l'efficacia gestionale e l'efficienza organizzativa) di acquisire nuove competenze all'interno di percorsi definiti con rigore scientifico e metodologico, strutturati sull'approfondimento della disciplina infermieristica, è stata riconosciuta, anche in tale sede, da tutti i partecipanti, come una leva irrinunciabile per sostenere il cambiamento culturale e strutturale che sta attraversando il nostro sistema di cure impegnato, da un lato, a dare risposte efficaci ai nuovi bisogni emergenti (multipatologie, cronicità, disabilità, nuove povertà, ...) e, dall'altro, nella identificazione dei percorsi più efficienti per affrontarli.

In particolare nella tavola rotonda, in cui sono stati messi a confronto sulla questione competenze specialistiche e futuro sviluppo della professione i rappresentanti di sei sigle sindacali, rappresentanti delle Regioni e del Ministero della Salute, la Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, tutti si sono dimostrati d'accordo sulla necessità di investire sulle competenze specialistiche infermieristiche ribadendo l'impegno ad operare in modo unitario, ognuno nel proprio ambito istituzionale, per tale obiettivo. Tra cui, naturalmente, l'impegno dei sindacati a lavorare per un riconoscimento contrattuale di quelle che saranno le aree di intervento dell'infermiere specialista.

Tale confronto fra i diversi rappresentanti istituzionali ha permesso anche di mettere in evidenza il lavoro svolto dai Collegi Provinciali e della Federazione Nazionale a livello locale e nazionale per il riconoscimento delle competenze specialistiche. Ciò in primo luogo perché esso è da considerarsi la naturale evoluzione del percorso

per il riconoscimento delle accresciute sfere di autonomia e competenza degli infermieri avviato con il Decreto 739/1994, con la L. 42/1999 e con il trasferimento della formazione dalla sede regionale a quella universitaria e poi perché, in ogni regione, i provvedimenti che si stanno portando avanti a livello nazionale riescano a trovare realizzazione pratica nella quotidianità operativa. La possibilità di accedere a percorsi di formazione accreditati per il conseguimento di competenze specialistiche riconosciute dal sistema di cure non riguarda infatti uno sparuto numero di infermieri ma l'intera comunità professionale chiamata, attraverso i propri organismi di rappresentanza, a ridefinire ambiti di attività e di responsabilità, sinergie e integrazioni con altri gruppi professionali.

Obiettivi che anche il Collegio IPASVI di Bologna si impegna a perseguire con gli strumenti che gli sono propri quali il confronto con le istituzioni, la comunicazione con i cittadini, la promozione di iniziative formative e di confronto con i propri iscritti, la diffusione di esperienze significative in ambito formativo e professionale così come quelle che realizzate recentemente, in parte, sono state riportate in questo numero della rivista.

In particolare desidero segnalare la *Giornata Internazionale dell'Infermiere* celebrata quest'anno in Piazza Maggiore incontrando cioè, come comunità professionale, i cittadini in spazi, isole informative e stand dedicati a diversi ambiti di esercizio professionale alla cui realizzazione hanno contribuito tanti colleghi provenienti dai diversi contesti operativi della nostra provincia che per questo hanno messo a disposizione tempo, competenze e... tanta creatività.

Così come la programmazione di iniziative formative organizzate per coinvolgere tutti gli iscritti su temi ritenuti di grande interesse per lo sviluppo culturale della nostra comunità professionale alcune delle quali segnano una tappa nei percorsi di analisi e

ricerca avviati dal Consiglio Direttivo in carica come lo studio qualitativo sull'apprendimento dei valori deontologici da parte degli studenti in infermieristica e quindi sulle modalità con cui chi esercita la professione trasmette a chi la intraprende il valore e il significato della stessa, così come il seminario sull'assistenza alla persona con patologie croniche. Quest'anno il Collegio IPASVI di Bologna, con la collaborazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ha infatti identificato, attraverso il coinvolgimento di dirigenti ed infermieri che operano nei diversi contesti di cura della provincia, le priorità su cui intervenire nel prossimo futuro per garantire la qualità dell'assistenza erogata ai malati cronici. L'iniziativa ha l'obiettivo di condividere con gli iscritti e con i rappresentanti istituzionali il percorso fatto in termini sia di analisi dell'esistente che di progettazione degli interventi prioritari da mettere in campo nel prossimo futuro.

Sono stati inoltre individuati spazi di informazione, confronto e riflessione sul tema dell'assistenza a persone con infezioni antibiotico resistenti, della libera professione considerata, in questo momento di crisi occupazionale, un'interessante modalità di inserimento nel mondo del lavoro, sulla responsabilità d'équipe e nel trasferimento di competenze e abilità a pazienti e ai loro familiari così come previsto dalle Delibere Regionali 220/2014 e 1227/2014 "*Indicazioni sulle pratiche assistenziali eseguite a domicilio da personale laico su pazienti con malattie rare e con necessità assistenziali complesse*" che tanto dibattito hanno suscitato all'interno e all'esterno della nostra comunità, sulle strategie più appropriate per affrontare le difficoltà che sempre più frequentemente gli iscritti incontrano nelle organizzazioni del lavoro.

Le iniziative sono state tutte accreditate, la partecipazione è gratuita: **Vi aspettiamo numerosi.**

La Presidente
Maria Grazia Bedetti

PROFESSIONE

• *Gestione separata ENPAPI: versamento contributi mediante sistema dei versamenti unitari e compensazione*

Si riporta di seguito integralmente il testo della **circolare n. 13/2014** con cui la **Gestione Separata di ENPAPI** introduce la possibilità di pagamento dei contributi tramite F24 e identifica tale modalità di versamento del dovuto previdenziale come l'unica possibile.

Con deliberazione n. 1 del 14 febbraio 2014, approvata dai Ministeri vigilanti in data 11 aprile 2014, il Consiglio di Indirizzo Generale di **questo Ente si è determinato nell'adozione della modalità di riscossione dei contributi di cui all'oggetto, prevista dal DM 10 gennaio 2014, che introduce il versamento tramite il modello F24, che diviene, di conseguenza, l'unica, ed esclusiva, modalità prevista per versare il dovuto previdenziale.**

La scadenza del pagamento dei contributi obbligatori rimane fissata al giorno 16 del mese successivo al periodo in cui è stato corrisposto il compenso.

ENPAPI, come previsto dal citato DM 10 gennaio 2014, ha stipulato, in data 18 aprile 2014, apposita convenzione con l'Agenzia delle Entrate che, al riguardo, ha emanato la risoluzione n. 54/E, con la quale, con decorrenza 3 giugno 2014, ha istituito i codici tributo per il versamento delle contribuzioni correnti e arretrate e delle altre somme dovute ad ENPAPI in relazione ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché contratti assimilati assoggettati a contribuzione presso la Gestione Separata ENPAPI.

Le aziende committenti di diritto privato dovranno utilizzare il modello F24/ACCISE, che consente di provvedere al pagamento della contribuzione anche mediante compensazione con i soli crediti vantati verso l'Erario e/o altri enti previdenziali che prevedano tale possibilità.

Le aziende committenti di diritto pubblico, fino a che non sarà reso disponibile il modello F24/EP, potranno continuare i versamenti a

mezzo bonifico bancario, utilizzando i riferimenti già in loro possesso.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO "F24 ACCISE"

Affinché i pagamenti vadano a buon fine devono essere indicati i dati relativi all'azienda contribuente (con particolare riferimento al codice fiscale o partita I.V.A. dell'azienda ed alla sua denominazione sociale; a tal proposito si ricorda di utilizzare sempre i dati contenuti nel provvedimento di registrazione trasmesso dagli Uffici).

CODICI TRIBUTO:

CODICE ENTE	CODICE TRIBUTO	DESCRIZIONE	PERIODICITÀ
E	E001	Contributi obbligatori correnti	MM/AAAA
E	E002	Contributi obbligatori pregressi	MM/AAAA
E	E003	Contributi oggetto di recupero tramite azione legale	MM/AAAA
E	E004	Differenze contributive	MM/AAAA
E	E005	Anticipo rateazione	MM/AAAA
E	E006	Rata debito rateizzato	MM/AAAA
E	E007	Rata contributi sospesi per calamità naturali	MM/AAAA
E	E008	Contributi dovuti per accertamento ispettivo	MM/AAAA
E	E009	Sanzioni civili dovute per accertamento ispettivo	MM/AAAA
E	E010	Sanzioni civili – Legge 388/2000	MM/AAAA
E	E011	Contributi dovuti per costituzione di rendita vitalizia	MM/AAAA
E	E012	Spese legali	MM/AAAA

Su ciascuna riga compilata per i pagamenti ad ENPAPI nella "SEZIONE ACCISE/MONOPOLI ED ALTRI VERSAMENTI NON AMMESSI IN COMPENSAZIONE" del modello F24-Accise, devono altresì essere indicati:

- nel campo "ente": la lettera "E";
- nel campo "provincia": nessun valore;
- nel campo "Codice Tributo": uno dei codici tributo di cui all'elenco;
- nel campo "codice identificativo": il numero di posizione assegnato all'azienda committente su 6 cifre numeriche (è necessario apporre 00 - due zero - davanti al numero assegnato dagli Uffici; es. n. posizione 0001: inserire 000001);
- nel campo "mese": il mese per cui si effettua il versamento, nel formato "MM";
- nel campo "anno di riferimento": l'anno per cui si effettua il versamento, nel formato "AAAA";

- nel campo "importi a debito versati": l'importo del contributo, completo fino alla seconda cifra decimale anche quando sia 0. Non possono essere inseriti valori negativi.

Per i codici tributo "E006" e "E007" il campo "rateazione" è valorizzato, in caso di versamento rateale, con il numero della rata nel formato "NNRR", dove "NN" rappresenta il numero della rata in pagamento e "RR" indica il numero complessivo delle rate. In caso di pagamento in unica soluzione il suddetto campo è valorizzato con "0101".

Le contribuzioni obbligatorie derivanti dal saldo della denuncia mensile corrente elaborata tramite DARC dovranno essere versate utilizzando il codice "E001". Il codice "E002" dovrà, invece, essere utilizzato per il versamento del saldo delle denunce pregresse elaborate tramite DARC indicando il periodo di paga di competenza nel formato MM/AAAA. Per il versamento delle differenze contributive dovute a seguito di nota di rettifica della denuncia mensile dovrà essere, invece, utilizzato il codice "E004".

DOVE TROVARE IL MODELLO

Il modello F24-accise è reperibile sul sito internet dell'Agenzia delle Entrate.

Gli utenti abilitati a Entratel o Fisconline possono eseguire, accedendo alla relativa sezione, la compilazione gui-

data ed il pagamento telematico degli importi dovuti, senza recarsi presso gli sportelli bancari. Per poter utilizzare il servizio è necessario essere titolari di un conto corrente presso uno degli Istituti bancari che hanno stipulato un'apposita convenzione con l'Agenzia delle Entrate. L'elenco delle banche convenzionate, così come il software da utilizzare per compilare il modello F24 online sono reperibili sul sito: www.agenziaentrate.gov.it.

Ricordando che per le problematiche relative all'abilitazione ed all'utilizzo dei servizi ENTRATEL o FISCONLINE si deve contattare direttamente l'Agenzia delle Entrate, si precisa che gli Uffici dell'ENPAPI resteranno a disposizione per ogni chiarimento in merito:

- agli aspetti contributivi ed ai versamenti l'indirizzo PEC gestioneseperata@pec.enpapi.it ovvero l'indirizzo e-mail gestioneseperata@enpapi.it;
- agli aspetti tecnico/informatici del software DARC l'indirizzo e-mail supportodarc@enpapi.it.

• Due nuove autovetture donate dall'IPASVI al servizio infermieristico territoriale della Pianura Est e Ovest della Provincia di Bologna

La donazione sottolinea il ruolo fondamentale svolto durante il sisma dal servizio infermieristico territoriale
18/06/2014

Due nuove Fiat Panda, per un valore complessivo di circa 20.000 euro, sono state consegnate dalla Presidente del Collegio Provinciale IPASVI di Bologna – dr.ssa Maria Grazia Bedetti - al Servizio Infermieristico territoriale della Pianura Est e Ovest dell'Azienda USL di Bologna, come riconoscimento per la particolare attività socio-sanitaria per i cittadini durante il sisma che ha colpito l'Emilia Romagna nel 2012. Hanno partecipato alla consegna dei veicoli gli Infermieri e i Dirigenti Infermieristici del servizio infermieristico. La donazione, realizzata grazie al con-



tributo della Federazione Nazionale Collegi IPASVI e dei i Collegi provinciali IPASVI di tutta Italia, sottolinea il ruolo fondamentale svolto durante il sisma dal servizio infermieristico territoriale dell'Azienda per i cittadini delle aree più colpite, in particolar modo Crevalcore e Pieve di Cento.

Le due nuove Fiat Panda si aggiungono alle 25 utilizzate ogni giorno dai 60 infermieri che operano nei territori della Pianura Est e della Pianura Ovest.

Nel 2013 sono state 71.159 le prestazioni infermieristiche domiciliari e 193.200 quelle ambulatoriali garantite nelle due aree territoriali Pianura Est e Pianura Ovest.

Gli Infermieri presenti hanno espresso la loro soddisfazione a nome di tutti, ed un particolare ringraziamento ai Collegi di ogni parte d'Italia per la generosità espressa che si concretizza con una ulteriore celerità nella soddisfazione dei bisogni dei cittadini.





• **11 maggio 2014**
**Gli Infermieri
scendono in
piazza... Maggiore**

In concomitanza con la Strabologna, storico e atteso evento di festa e di sport bolognese organizzato dalla UISP, sabato 10 e domenica 11 Maggio 2014, gli Infermieri del Collegio Ipa-svi della provincia di Bologna hanno celebrato in Piazza Maggiore la Giornata Internazionale dell'Infermiere, incontrando i cittadini con spazi, isole informative e stand dedicati a diversi ambiti di intervento infermieristico. Ricco il programma di attività che hanno coinvolto i piccoli visitatori - accompagnati dai genitori - in un percorso "a tappe" all'interno di una "isola misteriosa", per scoprire e approfondi-





re temi di carattere educativo (come l'importanza del lavaggio delle mani e il significato dei codici di emergenza/urgenza utilizzati all'interno del Pronto Soccorso) e pratiche assistenziali in cui loro cittadini, bambini e genitori, possono/devono assumere ruoli attivi e determinanti, con la simulazione di manovre di primo soccorso, dalla presa in carico in strada, al soccorso in ambulanza ed alla medicazione delle ferite, per finire con il trattamento specialistico all'interno di un Pronto soccorso o in Rianimazione. L'impiego di manichini, letti articolati, postazioni avanzate, monitor e filtri di Dialisi, ha facilitato l'approfondimento di alcune manovre di indubbio interesse per i tanti visitatori presenti.

Al fine di rendere l'intero percorso più accattivante, ai più piccoli visitatori è stato consegnato un tesserino all'interno del quale veniva apposto un apposito timbro che comprovava il percorso effettuato ed è stata regalata loro una maglia con il logo dell'Ipasvi.

Si coglie l'occasione per ringraziare le tante persone che hanno voluto condividere con noi la giornata ed ai tanti Infermieri che hanno reso possibile l'evento.



• Informazioni dalla segreteria

QUOTA 2014

Si ricorda agli iscritti, che non hanno ancora versato la quota di quest'anno, che dal **31/07/2014 non è più possibile pagare la quota 2014 con il bollettino di pagamento recante scadenza 30/04/2014**, né utilizzare il numero di avviso di pagamento in esso riportato.

Equitalia provvederà nei prossimi mesi ad inviare un nuovo bollettino e le indicazioni per effettuare il pagamento dopo la citata scadenza.

CANCELLAZIONI

Gli iscritti, in regola con le quote di pagamento, **che cessano la propria attività professionale e desiderano cancellarsi dall'Albo entro l'anno 2014, devono presentare domanda di cancellazione dall'Albo** utilizzando l'apposito modulo, allegando il tesserino di iscrizione all'Albo (o denuncia di smarrimento) e una marca da bollo da € 16,00, **entro il 31 ottobre 2014**.

Per maggiori informazioni consultare il sito www.ipasvibo.it sezione SERVIZI, o rivolgersi alla Segreteria del Collegio in orario d'ufficio lunedì-mercoledì dalle 9.00 alle 12.00 e martedì-giovedì-venerdì dalle 14.00 alle 17.00.



Criteri per definire la presenza ai corsi ECM

Il Manuale di accreditamento per i Provider ECM della Regione Emilia Romagna del 12 Dicembre 2013 riporta i criteri per definire la presenza utile a consentire il conseguimento dei crediti ECM a chi partecipa agli eventi formativi:

- Il **100%** delle ore previste da programma per eventi formativi con **durata inferiore o uguale alle 6 ore**;
- L'**80%** delle ore previste da programma per eventi formativi con durata **superiore alle 6 ore**.

Si ricorda comunque che:

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



• Offerta indirizzo di Posta Elettronica Certificata gratuita a tutti gli Iscritti al Collegio IPASVI di Bologna

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna, nella seduta del 28.08.2013, ha valutato l'opportunità di attivare gratuitamente una casella personale di Posta Elettronica Certificata per i propri Iscritti, al fine di facilitare i rapporti fra Collegio ed Iscritti e fra questi e tutte le Amministrazioni Pubbliche, i Professionisti e i Cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali, offrendo la possibilità di una comunicazione elettronica certa, con lo stesso valore legale di una raccomandata con ricevuta di ritorno, garantito dalla comunicazione tra due indirizzi PEC. Per avere informazioni più dettagliate su come funziona la PEC e sui vincoli normativi a cui i professionisti devono adempiere nel merito, si rimanda a due specifici articoli, già pubblicato nei numeri 3/2011 e 1/2013 di questa rivista, scaricabili dal sito istituzionale del Collegio.

L'Assemblea Annuale del 25/03/2014 ha accolto favorevolmente tale proposta approvando l'acquisto di un indirizzo di posta elettronica certificata per gli iscritti che ne facciano richiesta.

Coloro che intendono aderire all'iniziativa devono pertanto compilare il modulo riportato a fianco e inviarlo insieme a copia della carta di identità o patente o passaporto (entrambi i lati), in corso di validità, via mail (info@ipasvibo.it), via fax (051.34.42.67), o in Segreteria il lun-merc dalle 9.00 alle 12.00 o il mart-giov-ven dalle 14.00 alle 17.00.

Anche in caso di non adesione all'indirizzo Pec offerto dal Collegio, si ricorda che permane l'obbligo per tutti gli Iscritti di comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata entro un anno dalla data di entrata in vigore del Decreto Legge n. 185

del 29 novembre 2008, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge n. 2 del 28 gennaio 2009, all'art. 16.

Invitiamo coloro che aderiscono all'iniziativa, a compilare il modulo nel modo più chiaro e completo possibile; la non corretta compilazione (compresa l'assenza di una delle tre firme) e l'illeggibilità del contenuto lo renderà evidentemente inutilizzabile. **Si specifica che nel modulo la parte relativa al Libero Professionista e al Legale Rappresentante non va compilata e a fianco alle firme non va apposto nessun timbro.**

L'indicazione di un indirizzo mail già in proprio possesso è un dato obbligatorio, in quanto sarà utilizzato per la prima comunicazione della username e password d'accesso alla PEC e in caso di loro smarrimento. Si raccomanda, pertanto, di scriverlo in modo chiaro facendo attenzione ad utilizzare le lettere minuscole/maiuscole solo dove effettivamente presenti.

Per maggiori informazioni sul servizio di Posta Certificata Pec offerto, le regole tecniche per la formazione, la trasmissione e la validazione, anche temporale consultare il sito <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>.

Modulo di adesione Servizio Posta Elettronica Certificata —————>

A cura del Partner Aruba Pec

Compilare in Stampatello

Ragione Sociale

P. Iva

Legale Rappresentante (Nome Cognome)

Timbro

Firma

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a il ____/____/____

A _____ Pr (____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Pr. (____)

In Via/Piazza _____ Nr. _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____@_____

Documento identità (da allegare alla presente): ☐ Carta d' Identità ☐ Patente di Guida ☐ Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

Da compilarsi solo in caso di Libero Professionista/Persona Giuridica/Ditta Individuale:

☐ **Libero Professionista** P. Iva _____, con sede in _____

C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

☐ **Legale Rappresentante** della Società/Ente/Associazione/Ditta Individuale denominata: _____

_____ Cod.Fisc./P. Iva _____

con sede in _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ Nr. _____

con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), **dichiara**, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e **propone** ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner sopra individuato, di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata** e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 2) Oggetto del Contratto; 3) Conclusione del contratto, durata e rinnovo; 4) Requisiti; 6) Livelli di servizio; 8) Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9) Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13) Modifiche ai dati; 14) Clausola risolutiva espressa; 15) Recesso; 16) Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17) Rinvio al manuale operativo; 20) Foro competente.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto Posta Elettronica Certificata, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____





• XVII Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI: “Infermieri e cittadini: un nuovo patto per l’assistenza”

A Roma, dal 5 al 7 marzo 2015, la professione infermieristica rifletterà sul proprio essere nel sistema salute del Paese partendo dagli elementi che connoteranno un nuovo patto per l’assistenza tra cittadini e infermieri. Per coinvolgere nella riflessione il gruppo professionale, il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna, informa gli iscritti che sul portale www.ipasvi.it è pubblicata una scheda online per tutti i colleghi che desiderano cogliere l’opportunità (singolarmente o in gruppo) di presentare progetti o sperimentazioni al XVII Congresso Nazionale IPASVI. Lo scopo è quello di valorizzare quanto posto in essere dagli infermieri; di proporlo ai cittadini, alle istituzioni, al mondo universitario, alle forze politiche e a tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di salute e sanità. Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, avvalendosi di infermieri esperti, selezionerà tra i lavori pervenuti quelli da presentare in sede congressuale. I progetti o le sperimentazioni possono spaziare dall’assistenza all’organizzazione, dalla formazione alla ricerca ecc. con specifico riferimento alle seguenti aree tematiche.

Area tematica

☐ PROGETTO

☐ SPERIMENTAZIONE (Campo obbligatorio e alternativo)

(A seguire tutti campi liberi)

☐ Progetti e/o Sperimentazioni per la continuità assistenziale, informativa, gestionale

☐ Progetti e/o Sperimentazioni di innovazione, riorganizzazione, ridefinizione mandati e risultati

☐ Progetti e/o Sperimentazioni sull'evoluzione anche di tipo specialistico/avanzato delle competenze infermieristiche

☐ Progetti e/o Sperimentazioni inerenti l'esercizio e/o lo sviluppo professionale e/o di carriera

☐ Progetti e/o Sperimentazioni

☐ ospedaliero

☐ domiciliare

☐ residenziale sul territorio

☐ ospedaliero

☐ domiciliare

☐ residenziale sul territorio

☐ ospedaliero

☐ domiciliare

☐ di assistenza primaria

☐ clinico assistenziale

☐ organizzativo gestionale

☐ tecnostrutturale

☐ modelli di didattica innovativa

☐ modelli di tutoring

☐ metodi e criteri per la valutazione in itinere e finale dei percorsi formativi

Progettazione/Sperimentazione iniziata il

Progettazione/Sperimentazione terminata il

Progettazione in corso

☐ Sì

☐ No

Scheda n. 2

XVII CONGRESSO FNC IPASVI

Roma 5-7 marzo 2015

SCHEDA PRESENTAZIONE PROGETTI/SPERIMENTAZIONI

effettuati da infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari

In regime di lavoro dipendente o libero professionale



Attenzione:

- per motivi tecnici la compilazione della presente scheda deve avvenire in massimo 30 minuti
- al termine della compilazione la scheda viene inviata in Federazione e non può essere più modificata
- la scheda potrà essere stampata e consultata richiamando il numero assegnato in automatico

TITOLO del Progetto/Sperimentazione

Regione

Azienda

Dipartimento/Distretto

Unità operativa

Città

Indirizzo (della struttura)

Tel.

Fax

Email

Referente (unico) per contatti

Telefono referente

Email referente

Funzione ricoperta dal referente nel luogo di lavoro

Nomi e qualifiche dei componenti il Gruppo di Progetto/Sperimentazione

Scheda n. 1

Il progetto/la sperimentazione è correlato/a ad una disposizione/raccomandazione

☐ Sì

☐ No

Se sì, di tipo:

☐ Regionale

☐ Aziendale

☐ Altro

Indicare i riferimenti:

Obiettivo del progetto/sperimentazione

Strutture coinvolte

Progetto/Sperimentazione

Disegno progettuale (max 2.000 battute)

Percorso sperimentale (max 2.000 battute)

Indicatori di processo

Indicatori di risultato

Esiti/Outcome

Il progetto/la sperimentazione è stato pubblicato o è in fase di pubblicazione

È prevista una disseminazione applicazione in altre sedi di quanto in progettazione/sperimentazione?

Se sì, indicare luoghi e modalità

☐ Unità operativa

☐ Dipartimento/Distretto

☐ Azienda

☐ Altre Aziende/Altro

☐ di tipo monoprofessionale

☐ di tipo multiprofessionale

☐ Sì

☐ Rivista

☐ Sì

☐ Sito

☐ Altro

Scheda n. 3

11

NORMATIVA

• **Permesso per lungo soggiornanti anche ai titolari di permesso di soggiorno infermieristico**



Il Ministero dell'Interno - D.P.S. - Direzione Centrale Immigrazione, con la **Circolare 400/A/2013/12.214.9 n. 0037783 del 26 novembre 2013**, ha inteso uniformare le prassi delle varie Questura italiane ai fini del rilascio del permesso di soggiorno CE per lungo soggiornanti ai titolari di permesso rilasciato ai sensi dell'art. 27, co. 1 lett. r) bis del D.lgs. 286/98 evidenziando **che i titolari di permesso di soggiorno infermieristico ex art. 27 c. 1 lett. r-bis) del d.lgs. n. 286/98, in possesso dei requisiti previsti dall'art. 9 del T.U.I., possono accedere allo status di lungosoggiornanti**, rientrando nel campo di applicazione della direttiva europea n. 2003/109.

Fonte: Newsletter - Osservatorio delle Immigrazioni del 25-06-2014



FORMAZIONE

• **Corsi e seminari ECM tenuti dal Collegio IPASVI di Bologna**

1 - "I problemi psicologici e di coping del paziente con insufficienza renale cronica: infermiere e psicologo, una sinergia indispensabile"
29 Settembre 2014

Sede del corso:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I **Pag. 13**

2 - "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)" III edizione 2014
Corso FAD + Formazione residenziale"
24 Ottobre 2014

Sede del corso:

Sede IRC (Italian Resuscitation Council)

Via Croce Coperta 11, Bologna **Pag. 15**

3 - "La ricerca qualitativa nella pratica infermieristica come risorsa per la comprensione dei fenomeni di interesse: risultati dello studio qualitativo sull'apprendimento dei valori deontologici da parte degli studenti in infermieristica"

29 Novembre 2014 - ore 09.00 - 13.30

Sede del corso:

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna **Pag. 17**

4 - "I microrganismi multifarmaco resistenti: il fenomeno degli enterobatteri produttori di carbapenemasi e il loro impatto sull'assistenza"

29 Novembre 2014 - ore 14.00 - 18.30

Sede del corso:

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna **Pag. 18**

5 - "Gli infermieri per una nuova cultura della libera professione"

30 Novembre 2014 - ore 09.00 - 13.30

Sede del corso:

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna **Pag. 19**

6 - "Aspetti giuridici dell'assistenza infermieristica domiciliare: tra assistere, curare ed educare"

30 Novembre 2014 - ore 14.00 - 18.30

Sede del corso:

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna **Pag. 20**

7 - "Assistere le persone con patologie croniche"

01 Dicembre 2014 - ore 09.00 - 13.30

Sede del corso:

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi 16 - Bologna **Pag. 21**

8 - "Sopravvivere all'organizzazione. Atteggiamenti e strategie per affrontare il cambiamento"

01 Dicembre 2014 - ore 14.00 - 18.30

Sede del corso:

Aemilia Hotel Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi 16 - Bologna **Pag. 22**

**Corso di formazione continua ECM per Infermieri*****“I problemi psicologici e di coping del paziente con insufficienza renale cronica: Infermiere e psicologo, una sinergia indispensabile”*****Obiettivi del corso:**

- Approfondire il tema dell'accertamento infermieristico per la raccolta dei bisogni assistenziali e psicologici;
- Identificare il ruolo dell'infermiere e dello psicologo e le sinergie necessarie;
- Fornire strumenti per la gestione del percorso psico-assistenziale.

PROGRAMMA

DATE E ORARI 29 Settembre 2014	CONTENUTI
Ore 14.30 – 15.00	Presentazione del corso
Ore 15.00 – 16.00	Accertamento infermieristico e bisogni psicologici del paziente con Insufficienza Renale Cronica
Ore 16.00 – 17.15	Il percorso psico-assistenziale: ruolo dell'infermiere
Ore 17.15 – 18.30	Il percorso psico-assistenziale: ruolo dello psicologo
Ore 18.30 – 18.45	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

Infermieri dei servizi di Nefrologia, Pre-Dialisi, Emodialisi, Dialisi Peritoneale e Trapianto Renale

Docenti:

- Tina Battistini: Infermiera con Master in Counseling, Emodialisi AUSL di Bologna;
- Marco Monti: Psicologo dell'UOC Psicologia Clinica, AUSL di Bologna;
- Roberta Toschi: Resp. ArOA Centri Dialisi AUSL di Bologna.

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale
- Discussione interattiva

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

- lavagna luminosa;
- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore.

Posti disponibili: n. 50

Sede del corso:

Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“I problemi psicologici e di coping del paziente con insufficienza renale cronica: Infermiere e psicologo, una sinergia indispensabile”** è aperta a tutti gli Infermieri dei **servizi di Nefrologia, Pre-Dialisi, Emodialisi, Dialisi Peritoneale e Trapianto Renale** iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri **dei servizi di Nefrologia, Pre-Dialisi, Emodialisi, Dialisi Peritoneale e Trapianto Renale** che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

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

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

Si ricorda comunque che:

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

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

Quota di iscrizione: € 20,00

Durata del corso: ore 4

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

dal 01 Settembre 2014 (fino ad esaurimento posti)

MODALITA' D'ISCRIZIONE

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

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo il pagamento della quota prevista. A tal fine, il **pagamento** del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione:

- 1) direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio;

oppure

- 2) tramite bollettino di c/c postale, utilizzando il seguente numero di c/c postale: **16484404** e intestandolo al Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna;
- 3) tramite bonifico bancario, utilizzando le seguenti coordinate bancarie:
UNICREDIT BANCA - Filiale Bologna Dante - Via Dante 1, Bologna
Paese: IT - CIN EUR: 94 - CIN: F - ABI: 02008 - CAB: 02455 - C/C: 000001597160 - Codice BIC SWIFT: UNCRITB1PM5.
e intestandolo a “Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna”

In entrambi i casi, **vanno indicati** chiaramente, nella causale del bollettino o del bonifico bancario, **il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive**.

La ricevuta del pagamento (nel caso di versamento mediante bonifico, va inviata **l'effettiva ricevuta di avvenuto pagamento**, e non quella di prenotazione del suddetto) e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it), debitamente compilata, devono essere inviate **entrambe** al Collegio tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione**.



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

“Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)”
III edizione 2014

CORSO FAD + FORMAZIONE RESIDENZIALE

24 Ottobre 2014
Ore 14.00 – 18.15

Struttura del corso

Il corso si compone di una parte teorica da seguire in FAD con verifica finale, a cui segue una parte pratica di quattro ore da tenersi in aula. Per poter accedere alla parte pratica è necessario avere superato con successo il modulo FAD. I discenti che si presenteranno al corso pratico, che completa la parte teorica realizzata in FAD, dovranno essere obbligatoriamente muniti di attestato di superamento della parte teorica, pena l'esclusione dal corso pratico.

Obiettivi generali:

- Saper riconoscere l'arresto cardiocircolatorio;
- Acquisire le conoscenze relative al trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico secondo le linee guida Italian Resuscitation Council;
- Eseguire le manovre efficaci di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione semiautomatica in sicurezza;
- Saper gestire un'équipe di soccorso in caso di arresto cardiocircolatorio;
- Acquisire capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche.

PROGRAMMA

FORMAZIONE FAD	FORMAZIONE FAD CONTENUTI
Durata: 4 ore	- Obiettivi e strategie di intervento in BLSD - Verifica finale (il cui superamento è indispensabile per accedere alla parte di formazione residenziale)

FORMAZIONE RESIDENZIALE IN AULA	FORMAZIONE RESIDENZIALE IN AULA
DATE E ORARI	CONTENUTI
24 Ottobre 2014 Ore 14.00 - 15.30	Addestramento a gruppi: tecniche BLSD; - Apertura delle vie aeree; - Compressioni toraciche esterne; - Ventilazione pallone maschera; - Attivazione individuale del DAE, posizionamento piastre, analisi, DC shock; - Posizione laterale di sicurezza, manovra di Heimlich.
Ore 15.00 - 17.00	Addestramento a gruppi: Scenari di arresto cardiaco con uso del DAE
Ore 17.00 - 17.30	Valutazione teorica
Ore 17.30 - 18.00	Valutazione pratica
Ore 18.00 - 18.15	Conclusioni e consegna attestati di partecipazione

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici per la parte del corso FAD; la parte pratica è riservata solo ai partecipanti che **abbiano superato con successo il modulo FAD**. I discenti che si presenteranno al corso pratico, che completa la parte teorica realizzata in FAD, dovranno essere **obbligatoriamente muniti di attestato di superamento** della parte teorica, **pena l'esclusione dal corso pratico**.

Docenti:

Direttori: Maurizio Liberti, Nunzio Francesco Sapuppo, Lara Tani – Italian Resuscitation Council
Gruppo istruttori di Italian Resuscitation Council

Metodi di lavoro:

Apprendimento FAD, lezioni frontali, dimostrazioni pratiche, esercitazioni.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica: lavagna a fogli mobili, personal computer, videoproiettore, manichini, palloni autoespansibili, simulatori di defibrillazione.

Posti disponibili: n. 24

Sede del corso: Sede IRC (Italian Resuscitation Council) – Via Croce Coperta 11, Bologna. Primo piano

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: “**Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)**” III edizione 2014 è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza, tenendo presente quella che è la struttura del corso sopraindicata e quanto è richiesto per poterlo concludere positivamente.

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

- Il **100%** delle ore di partecipazione previste da programma, in quanto evento con **parte residenziale di durata inferiore alle 6 ore**;

Si ricorda comunque che:

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

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

Quota di iscrizione: € 80,00 compreso manuale IRC.

Durata del corso: ore 4 modalità FAD + ore 4 modalità residenziale

In fase di accreditamento ECM

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 01 Settembre 2014 (fino ad esaurimento posti)

MODALITA' D'ISCRIZIONE

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

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo il pagamento della quota prevista. A tal fine, il **pagamento** del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione:

- 1) direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio;

oppure

- 2) tramite bollettino di c/c postale, utilizzando il seguente numero di c/c postale: **16484404** e intestandolo al Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna;
- 3) tramite bonifico bancario, utilizzando le seguenti coordinate bancarie:
UNICREDIT BANCA - Filiale Bologna Dante - Via Dante 1, Bologna
Paese: IT - CIN EUR: 94 - CIN: F - ABI: 02008 - CAB: 02455 - C/C: 000001597160 - Codice BIC SWIFT: UNCRITB1PM5.
e intestandolo a “Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna”

In entrambi i casi, **vanno indicati** chiaramente, nella causale del bollettino o del bonifico bancario, il **titolo del corso e il nome della persona che si iscrive**.

La ricevuta del pagamento (nel caso di versamento mediante bonifico, va inviata **l'effettiva ricevuta di avvenuto pagamento**, e non quella di prenotazione del suddetto) e la scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it), debitamente compilata, devono essere inviate **entrambe** al Collegio tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione**.



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri,
Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici**

***“La ricerca qualitativa nella pratica infermieristica come risorsa
per la comprensione dei fenomeni di interesse:
risultati dello studio qualitativo sull'apprendimento
dei valori deontologici da parte degli studenti in infermieristica”***

29 Novembre 2014
ore 09.00 – 13.30

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

La ricerca qualitativa rappresenta un tipo di ricerca scientifica che si differenzia dalla ricerca quantitativa nei metodi e negli obiettivi. Al contrario di quest'ultima, orientata prevalentemente a quantificare gli eventi, ci aiuta a comprendere i fenomeni ed il loro significato. Per questo motivo rappresenta un supporto fondamentale per l'assistenza infermieristica, dove i vissuti delle persone coinvolte hanno un ruolo determinante.

Il Collegio di Bologna a partire dal 2012 ha avviato uno studio qualitativo rivolto a comprendere come gli studenti di infermieristica acquisiscano i valori deontologici della professione, al fine di capire quali esperienze risultano più significative e comprendere come crescere ulteriormente la consapevolezza del ruolo infermieristico dei nuovi Colleghi. La presentazione di questo studio ci consentirà non solo di compiere una riflessione rispetto a come curare la trasmissione dei valori professionali, ma ci fornirà anche un esempio tangibile del grande supporto che la ricerca qualitativa può offrire alla comunità infermieristica.

Obiettivi del corso:

- Conoscere le caratteristiche della ricerca qualitativa: il suo paradigma, i suoi obiettivi ed i suoi metodi;
- Identificare le peculiarità della ricerca qualitativa ben fatta.
- Riflettere sulle implicazioni dei risultati della ricerca qualitativa nella pratica quotidiana.

PROGRAMMA PRELIMINARE

DATE E ORARI 29 Novembre 2014	CONTENUTI
Ore 09.00 - 10.00	La ricerca qualitativa: cos'è, come si fa e perché è utile agli infermieri.
Ore 10.00 - 11.00	L'apprendimento dei valori deontologici da parte degli studenti. Introduzione e razionale dello studio
Ore 11.00 - 12.00	Come è stato realizzato lo studio: il protocollo
Ore 12.00 - 12.30	I risultati
Ore 12.30 - 13.00	Discussione e implicazioni per la pratica
Ore 13.00 - 13.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna.

Docenti: in via di definizione.

Partecipazione gratuita

Preiscrizioni e iscrizioni: dal 03 Novembre 2014 (per le modalità vedere la scheda d'iscrizione a pag. 23)

4

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

“I microrganismi multifarmaco resistenti: il fenomeno degli enterobatteri produttori di carbapenemasi e il loro impatto sull’assistenza”

29 Novembre 2014

ore 14.00 – 18.30

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

La prevenzione del rischio infettivo correlato alle organizzazioni sanitarie è un problema che interessa tutti i professionisti ed operatori che operano all'interno delle strutture sanitarie, socio sanitarie e territoriali.

Un fenomeno emergente che dal 2011 ha fortemente caratterizzato le attività rivolte alla prevenzione del rischio infettivo è quello collegato agli enterobatteri produttori di carbapenemasi, tra cui in primis la *Klebsiella pneumoniae* produttrice di carbapenemasi. Questo è solo uno dei microrganismi multifarmaco resistenti che rappresentano una vera e propria minaccia per la sanità pubblica.

Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nell'ambito del controllo delle infezioni correlate all'assistenza, poiché in esso esprimono una parte importante della professione, rappresentata dall'advocacy verso il paziente proteggendolo da importanti rischi potenziali e realizzano, laddove necessario, una attività di educazione continua, non solo verso di se, ma anche verso i familiari e gli altri professionisti che gravitano intorno al loro assistito.

Per questo motivo nell'ambito della scelta delle tematiche da trattare si è ritenuto che un aggiornamento sulle temi collegati al rischio infettivo fosse quanto mai attuale e pertinente al fabbisogno formativo della nostra comunità professionale.

Obiettivi del corso:

- Conoscere la diffusione dei microrganismi multifarmaco resistenti, con particolare riferimento agli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) ed i motivi per i quali rappresentano una grave minaccia per la salute pubblica;
- Identificare gli accorgimenti assistenziali da attuare per prevenire la diffusione dei CPE all'interno dei contesti ospedalieri, sociosanitari e territoriali.
- Riflettere sulle implicazioni in termini di responsabilità professionale in relazione alle trasmissioni orizzontali ed alle infezioni correlate all'assistenza.

PROGRAMMA PRELIMINARE

DATE E ORARI	CONTENUTI
29 Novembre 2014	
Ore 14.00 -14.30	Epidemiologia dei microrganismi multifarmaco resistenti, con particolare riferimento agli enterobatteri produttori di carbapenemasi.
Ore 14.30 -15.00	Aspetti clinici degli enterobatteri produttori di carbapenemasi. Incidenza della colonizzazione, dell'infezione e della mortalità nei diversi setting assistenziali e sul territorio.
Ore 15.00 -16.00	Implicazioni assistenziali nei contesti ospedalieri: Modalità diagnostiche per la rilevazione dei enterobatteri produttori di carbapenemasi e lettura del referto. Modalità assistenziali dei pazienti positivi ai enterobatteri produttori di carbapenemasi (collocazione dei pazienti e adozione delle precauzioni)
Ore 16.00 - 16.30	Educazione sanitaria al paziente ed alla famiglia.
Ore 16.30 - 17.30	Modalità assistenziali dei pazienti positivi agli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sociosanitarie ed in ambito territoriale
Ore 17.30 - 18.00	La prevenzione del contenzioso e il profilo di responsabilità dei professionisti Discussione interattiva e domande ai relatori
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici **iscritti all'Albo IPASVI di Bologna.****Docenti:** in via di definizione.**Partecipazione gratuita****Preiscrizioni e iscrizioni dal 03 Novembre 2014** (per le modalità vedere la scheda d'iscrizione a pag. 23)



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri,
Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici**

“Gli infermieri per una nuova cultura della libera professione”

30 Novembre 2014

ore 09.00 – 13.30

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

Negli ultimi anni il gruppo professionale infermieristico ha direttamente vissuto l'impatto della crisi economica sul sistema salute del nostro Paese.

I meccanismi di contenimento della spesa, messi in atto dalle Regioni, fra cui il blocco del turn over e la riduzione generalizzata delle assunzioni in ambito sanitario, hanno infatti riproposto un fenomeno che da almeno 20 anni non coinvolgeva i giovani neolaureati nella disciplina infermieristica: il prolungamento dei tempi di assunzione.

In tale contesto l'esercizio libero professionale può essere inteso come un'opportunità di inserimento nel mondo del lavoro a condizione che si conoscano il quadro giuridico e deontologico all'interno del quale essa si colloca, le modalità e gli strumenti operativi condivisi dalla comunità professionale.

Per questo motivo nell'ambito delle scelte delle tematiche da trattare si è ritenuto utile dedicare uno spazio di informazione operativa sulla libera professione destinata agli infermieri che già la esercitano, ma anche a coloro che intendono inserirsi nel mondo sanitario come libero-professionisti.

Ai partecipanti verrà fornito il VADEMECUM della Libera Professione elaborato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI e dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica

Obiettivi del corso:

- Sostenere e promuovere un approccio e un'assistenza libero professionale che si richiama ad un quadro giuridico e deontologico chiaro e condiviso e che utilizza modalità operative e strumenti professionali validati dalla comunità professionale sia da parte di coloro che già la esercitano che dei giovani laureati che intendono intraprenderla;
- Identificare competenze specifiche da approfondire.

PROGRAMMA PRELIMINARE

DATE E ORARI 30 Novembre 2014	CONTENUTI
Ore 09.00 – 09.30	Il ruolo sociale degli infermieri nella promozione e gestione della salute e le prospettive della libera professione
Ore 9.30 – 10.00	Il profilo professionale declinato nell'ambito della libera professione
Ore 10.00 – 11.00	La libera professione in forma singola e in forma associata: vincoli, opportunità e impatto sulla tutela della salute dell'assistito
Ore 11.00 – 12.00	La responsabilità professionale e l'adesione alle norme giuridiche e deontologiche
Ore 12.00 – 13.00	Aspetti assicurativi e previdenziali
Ore 13.00 – 13.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici **iscritti all'Albo IPASVI di Bologna.**

Docenti:

- Dott. Andrea Guandalini - Presidente Collegio Provinciale IPASVI Mantova, Vice Presidente Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Lombardia, Infermiere Libero Professionista, Socio fondatore Studio Associato infermieristico Mantovano.
- Dott.ssa Beatrice Mazzoleni - Presidente Collegio Provinciale IPASVI Bergamo, Presidente Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Lombardia, membro Comitato Centrale Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Tutor Corso di Laurea in Infermieristica sezione Corso A.O. Papa Giovanni XXIII Bergamo (Università degli Studi di Milano Bicocca).

Partecipazione gratuita

Preiscrizioni e iscrizioni dal 03 Novembre 2014 (per le modalità vedere la scheda d'iscrizione a pag. 23)

6

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri,
Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici**

***“Aspetti giuridici dell’assistenza infermieristica domiciliare:
tra assistere, curare ed educare”***

30 Novembre 2014

ore 14.00 – 18.30

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

Il dibattito prodotto all’interno della nostra comunità professionale attorno alla Delibera 220/2014 “Indicazioni sui percorsi relativi alle pratiche assistenziali eseguite a domicilio da personale laico su pazienti con malattie croniche rare o con necessità assistenziali complesse”, che ha portato alle sostanziali modifiche alla stessa con la Delibera 1227/2014, ha messo in evidenza, da un lato, la tipologia e la complessità di bisogni assistenziali espressi dai pazienti assistiti a domicilio, la loro volontà/necessità, e quella dei loro familiari, di partecipare alla formulazione/ attuazione di piani assistenziali e, dall’altro, l’urgenza di un cambiamento culturale nella presa in carico e nell’operatività di chi li assiste.

Questa iniziativa si propone come spazio di confronto e discussione quindi attorno alla cultura della presa in carico multiprofessionale e all’educazione terapeutica intesa come trasferimento di competenze e abilità al paziente stesso e ai suoi familiari.

Obiettivi del corso:

- Rendere espliciti modi e responsabilità nella presa in carico dei pazienti assistiti a domicilio;
- Analizzare le ricadute operative della Delibera 1227/ 2014 della Regione Emilia - Romagna.

PROGRAMMA

DATE E ORARI 30 Novembre 2014	CONTENUTI
Ore 14.00 – 16.00	Il concetto di presa in carico ed il suo ambito di operatività; L’équipe multidisciplinare nell’assistenza domiciliare ordinaria e nell’assistenza domiciliare integrata: dalla responsabilità del singolo alla responsabilità d’équipe.
Ore 16.00 – 17.30	Il trasferimento di competenze: ruolo e responsabilità degli operatori sanitari
Ore 17.30 – 18.00	Discussione interattiva e dibattito
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici **iscritti all’Albo IPASVI di Bologna.**

Docente:

Dott. Luca Benci - Giurista - Consulente e docente presso Aziende USL e ospedaliere, società di formazione, Università degli studi, Associazioni, Collegi e Ordini professionali in materia di diritto sanitario, responsabilità professionale e biodiritto. Professore a contratto presso l’Università degli studi di Firenze per i corsi laurea specialistica delle classi di laurea delle professioni sanitarie.

Partecipazione gratuita**Preiscrizioni e iscrizioni dal 03 Novembre 2014** (per le modalità vedere la scheda d’iscrizione a pag. 23)



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri,
Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici**

“Assistere le persone con patologie croniche”

01 Dicembre 2014

ore 09.00 – 13.30

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

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% di tutti i decessi (circa 35 milioni).

Tale situazione epidemiologica ha pesanti ricadute in termini di quantità di vita e di qualità della stessa e, in termini economici, rappresenta un grosso fardello per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e le società.

Numerosi studi inoltre hanno documentato come le cure di lungo termine per le più comuni patologie croniche (cardiovascolari, diabete) non sempre siano erogate secondo le raccomandazioni basate sull'evidenza.

Dalla metà degli anni '90 diversi gruppi di ricercatori (Katon et al., 1995; Wagner et al, 1996, Von Korff et al, 1997), hanno ridefinito l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma “dell'attesa” dell'evento acuto, ad un approccio “proattivo”, improntato al paradigma preventivo, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

Gli strumenti di “governo clinico” individuati per tali obiettivi (Disease management, Chronic Care Model, PDTA, Gestione Integrata della malattia, ecc..) hanno come elementi centrali la valorizzazione dell'esperienza del paziente, dell'esperienza della famiglia, delle possibilità e capacità curanti della comunità di appartenenza, l'integrazione fra tutti i soggetti territorialmente competenti.

Ciò prefigura per i servizi, per i professionisti che vi operano e per gli infermieri in particolare, un cambiamento nelle modalità di approccio e presa in carico delle persone che assistono, un cambiamento finalizzato a identificare con maggiore specificità obiettivi di salute, responsabilità e sinergie.

Obiettivi del corso:

Nel 2014 il Collegio IPASVI di Bologna, con la collaborazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale, ha identificato, attraverso il coinvolgimento di dirigenti e infermieri che operano nei diversi contesti di cura della provincia, le priorità su cui intervenire nel prossimo futuro per garantire la qualità dell'assistenza erogata ai malati cronici.

La presente iniziativa ha l'obiettivo quindi di condividere con gli iscritti e con i rappresentanti istituzionali il percorso fatto in termini sia di analisi dell'esistente che di progettazione futura degli interventi più appropriati da mettere in campo.

Al confronto sono stati infatti invitati rappresentanti dell'Assessorato delle Politiche per la salute regionale, dell'Agenzia Sanitaria, delle Direzioni aziendali. Il programma verrà pertanto completato e pubblicato appena ottenuta conferma della loro presenza.

PROGRAMMA PRELIMINARE

DATE E ORARI 01 Dicembre 2014	CONTENUTI
Ore 09.00 – 10.00	La prospettiva, la struttura, l'organizzazione e i criteri di funzionamento del SSR per la presa in carico delle persone con patologie croniche:
Ore 10.00 – 11.00	Gli strumenti del governo clinico: Disease management, Chronic Care Model, PDTA, Gestione Integrata della malattia cronica
Ore 11.00 – 11.30	Come deve cambiare l'ospedale: da centro di produzione a nodo di una rete di servizi integrati
Ore 11.30 – 12.00	Come deve cambiare il territorio: dalla medicina di attesa alla medicina d'iniziativa
Ore 12.00 – 12.30	Gli strumenti per il cambiamento culturale dei professionisti
Ore 12.30 – 13.00	Il contributo atteso degli infermieri e dei Collegi
Ore 13.00 – 13.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici **iscritti all'Albo IPASVI di Bologna.**

Docenti: in via di definizione

Partecipazione gratuita

Preiscrizioni e iscrizioni dal 03 Novembre 2014 (per le modalità vedere la scheda d'iscrizione a pag. 23)

8

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri,
Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici**

***“Sopravvivere all'organizzazione.
Atteggiamenti e strategie per affrontare il cambiamento”***

01 Dicembre 2014

Ore 14.00 – 18.30

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

Le organizzazioni sanitarie sono oggi e sempre di più sottoposte a continui cambiamenti: riorganizzazioni, revisioni di ruoli e processi che coinvolgono tutti i professionisti sanitari. In particolare poi i contesti nei quali si trova a lavorare oggi l'Infermiere hanno caratteristiche di complessità tali da sottoporre sempre di più il professionista a forti pressioni:

- le richieste di cura ed attenzione esercitate dai pazienti;
- le stimolazioni derivanti dalle interazioni relazionali ed operative con gli altri professionisti, medici, oss, ota;
- le sollecitazioni provenienti dall'organizzazione (responsabilità, procedure, ecc.);
- gli stimoli risultanti dal clima dell'ambiente di lavoro;

Saper gestire questi aspetti richiede l'acquisizione e l'esercizio di nuove facoltà che, per essere sviluppate, hanno bisogno di stimoli specifici e tempi dedicati, sia per la sperimentazione, sia per il consolidamento. Con questa iniziativa vogliamo avviare una riflessione sull'atteggiamento che ogni professionista adotta di fronte al cambiamento, consapevoli che l'atteggiamento con il quale la persona si pone di fronte alle novità condiziona sensibilmente il successo del cambiamento prospettato.

Obiettivi del corso:

- Conoscere i processi interni di adattamento alle situazioni esterne;
- Acquisire una maggiore consapevolezza delle proprie strategie di sopravvivenza al cambiamento organizzativo;
- Riconoscere gli aspetti funzionali e disfunzionali di queste strategie;
- Individuare nuove modalità da attivare per affrontare il cambiamento.

PROGRAMMA

DATE E ORARI 01 Dicembre 2014	CONTENUTI
Ore 14.00 – 14.30	• Apertura workshop: obiettivi, modalità, accordi; • Il cambiamento è inevitabile; • Le due vie del cambiamento: spontaneo / consapevole; • Le spinte che agiscono oggi sul professionista: esterne ed interne;
Ore 14.00 – 14.45	Esercitazione individuale / coppie: quali sono le mie spinte interne / esterne, quali di queste sono per me accettabili, quali invece no
Ore 14.45 – 15.15	• I quattro atteggiamenti personali rispetto al cambiamento (negarlo, subirlo, cavalcarlo, promuoverlo); • Le fasi fisiologiche di reazione al cambiamento; • Il Locus of Control interno / esterno
Ore 15.15 – 15.30	Esercitazione in plenaria: visione e commento di un filmato
Ore 15.30 – 16.00	• Il valore dell'atteggiamento individuale nella attivazione delle risorse personali; • Il circolo vizioso ed il circolo virtuoso
Ore 16.00 – 16.15	Esercitazione individuale: somministrazione di un test a carattere neuro scientifico
Ore 16.15 – 16.45	• Debriefing in plenaria dei risultati del test; • Le quattro attitudini di fondo verso il cambiamento; • Le leve motivazionali individuali
Ore 16.45 – 17.10	Esercitazione individuale: l'atteggiamento personale verso il cambiamento, punti di forza e limiti
Ore 17.10 – 17.30	Esercitazione individuale / coppie: il piano di azione individuale
Ore 17.30 – 18.00	Conclusioni in plenaria: condivisione degli apprendimenti
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici **iscritti all'Albo IPASVI di Bologna.**

Docenti:

- Gian Luca Cacciari: consulente per lo sviluppo organizzativo, formatore, coach e counsellor ad approccio psico-corporeo (sistema Rio Abierto).
- Gabriella Vigo: formatore, coach e counsellor ad approccio sistemico socio-costruzionista

Partecipazione gratuita - Preiscrizioni e iscrizioni dal 03 Novembre 2014 (per le modalità scheda d'iscrizione pag. 23)

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AI SEMINARI E CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA ECM
TENUTI DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL II SEMESTRE 2014****Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 Bologna***(COMPILARE IN STAMPATELLO)*

Il/la sottoscritt... ..

nat.... a il

codice fiscale.....

residente in via a

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

o altro Collegio IPASVI della Provincia di dal al N°

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

.....

tel. Lavoro..... tel.casa cell.

e-mail

Chiede di essere ammesso/a al seminario/al/ai corso/i di formazione continua (**VEDERE LISTA
SUL RETRO DEL FOGLIO**):

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

Per i corsi pe i quali è prevista una quota di partecipazione, **l'iscrizione** sarà ritenuta definitiva solo dopo il pagamento della suddetta quota e l'invio della scheda di iscrizione. A tal fine, il **pagamento** del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione:

- 1) direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio;

oppure

- 2) tramite bollettino di c/c postale, utilizzando il seguente numero di c/c postale:
16484404
e intestandolo al Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna;
- 3) tramite bonifico bancario, utilizzando le seguenti coordinate bancarie:
UNICREDIT BANCA - Filiale Bologna Dante - Via Dante 1, Bologna
Paese: IT - CIN EUR: 94 - CIN: F - ABI: 02008 - CAB: 02455 - C/C: 000001597160 - Codice
BIC SWIFT: UNCRITB1PM5.
e intestandolo a "Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna"

In entrambi i casi, nella causale del bollettino o del bonifico bancario, **vanno indicati chiaramente il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento (nel caso di versamento mediante bonifico, va inviata **l'effettiva ricevuta di avvenuto pagamento**, e non quella di prenotazione del suddetto) e la **scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it), debitamente compilata e firmata, devono essere inviate **entrambe** al Collegio, tramite fax, al numero 051 344267, **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

Per i seminari gratuiti l'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo **l'invio** al Collegio della presente scheda, che deve pervenire **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

SEGUE SUL RETRO →

CORSI E SEMINARI COLLEGIO IPASVI BOLOGNA II SEMESTRE 2014

BARRARE I CORSI D'INTERESSE	N.	TITOLO CORSO	COSTO	PRESCRIZIONI E ISCRIZIONI DAL	REQUISITI DI ACCESSO
☐	1	"I PROBLEMI PSICOLOGICI E DI COPING DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA: INFERMIERE E PSICOLOGO, UNA SINERGIA INDISPENSABILE"	€ 20,00	01/09/2014	INFERMIERI DEI SERVIZI DI NEFROLOGIA, PRE-DIALISI, EMODIALISI, DIALISI PERITONEALE E TRAPIANTO RENALE: (indicare il proprio servizio di appartenenza) (indicare l'ente di impiego)
☐	2	"CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLS-D)" III edizione 2014	€ 80,00	01/09/2014	INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI E INFERMIERI PEDIATRICI CORSO FAD + RESIDENZIALE: PER ACCEDERE ALLA PARTE RESIDENZIALE DEL CORSO E' INDISPENSABILE AVER SUPERATO CON SUCCESSO LA PARTE FAD E PRESENTARSI IN AULA OBBLIGATORIAMENTE MUNITI DI ATTESTATO DI SUPERAMENTO DELLA SUDETTA PARTE, PENA L'ESCLUSIONE DAL CORSO PRATICO
☐	3	LA RICERCA QUALITATIVA NELLA PRATICA INFERMIERISTICA COME RISORSA PER LA COMPrensIONE DEI FENOMENI DI INTERESSE: RISULTATI DELLO STUDIO QUALITATIVO SULL'APPRENDIMENTO DEI VALORI DEONTOLOGICI DA PARTE DEGLI STUDENTI IN INFERMIERISTICA	GRATUITO	03/11/2014	
☐	4	I MICROORGANISMI MULTIFARMACO RESISTENTI: IL FENOMENO DEGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI E IL LORO IMPATTO SULL'ASSISTENZA	GRATUITO	03/11/2014	LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA E RISEVATA AGLI ISCRITTI DEL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA PER GARANTIRE L'ACCESSO A TUTTI GLI ISCRITTI DEL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA E' PREVISTA, NELLA FASE INIZIALE, L'ISCRIZIONE AD UN SOLO EVENTO , UTILIZZANDO LA PRESENTE SCHEDA
☐	5	GLI INFERMIERI PER UNA NUOVA CULTURA DELLA LIBERA PROFESSIONE	GRATUITO	03/11/2014	
☐	6	ASPETTI GIURIDICI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: TRA ASSISTERE, CURARE ED EDUCARE	GRATUITO	03/11/2014	
☐	7	ASSISTERE LE PERSONE CON PATOLOGIE CRONICHE	GRATUITO	03/11/2014	
☐	8	SOPRAVVIVERE ALL'ORGANIZZAZIONE. ATTEGGIAMENTI E STRATEGIE PER AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO	GRATUITO	03/11/2014	

Firma _____ Data _____



CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• *Formazione versus
esperienza,
nessuno è il più
bravo.*

*Indagine conoscitiva
condotta presso il
servizio di Emergenza
territoriale 118 di
Bologna.*

*Mugelli F., Ridolfi R.,
Musolesi S., Monesi A.,
Salvafondi F.,
Infermieri Dipartimento
Emergenza Ausl Bologna*

*Cordenons F.
Dirigente Infermieristico
Dipartimento Emergenza Ausl
Bologna*

Obiettivo
L'obiettivo dello studio attiene alla verifica delle performance lavorative del personale infermieristico assegnato al servizio del Sistema di Emergenza Urgenza Territoriale (118). In particolare e' stato effettuato un confronto tra i metodi. di attività professionale posta in essere dagli Infermieri generalisti, dagli Infermieri con poca o scarsa esperienza professionale, dagli Infermieri Esperti e dagli Infermieri in possesso di specializzazione (Master in Area Critica).

Materiali e metodi

È stato effettuato uno studio osservazionale retrospettivo mediante l'analisi delle schede del soccorso territoriale compilate dagli infermieri delle ambulanze del 118 di Bologna (area urbana) nel 2012. Il campione è stato suddiviso in cinque fasce (vedi tabella 1):

- Master ed esperienza lavorativa tra i cinque e i dieci anni
- Master e meno di cinque anni di esperienza

- Master e più di dieci anni di esperienza
- No master ed esperienza tra i cinque e i dieci anni
- No master e più di dieci anni di esperienza

Si è voluto analizzare la metodologia lavorativa, e i parametri di valutazione sono riconducibili alla registrazione dei parametri vitali degli assistiti (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, dolore), alla somministrazione di farmaci e all'intervento del mezzo attrezzato per le procedure di soccorso avanzato ALS (Advanced Life Support).

Tabella 1

Fascia	N° schede	% sul totale	Lettera identificazione
master e esperienza tra 5 e 10 anni	57	2,14	A
master e meno di 5 anni di esperienza	113	4,23	B
master e più di 10 anni di esperienza	124	4,65	C
no master e esperienza tra 5 e 10 anni	491	18,38	D
no master e più di 10 anni di esperienza	1298	48,56	E

Risultati

Sono state analizzate singolarmente 2672 schede infermieristiche delle quali solo 2083 (77,96%) sono entrate a far parte del campione in quanto non sempre è stato possibile risalire all'infermiere compilatore.

Il campione non è omogeneo, una grossa fetta viene rappresentata da Infermieri senza master e con più di dieci anni di esperienza (48,56%), seguita da persone senza master e con un'esperienza che va dai cinque ai dieci anni (18,38%), operatori con master ed esperienza di più di dieci anni (4,65%), Infermieri con master e meno di cinque anni di esperienza (4,23%), ed infine gli Infermieri con master ed un'esperienza che varia dai cinque ai dieci anni (2,14%).

Tabella 2

Rilevazione dei Parametri vitali

classe	Indicatore PV %	FC %	PA %	FR %	Glicemia	Dolore
A	95%	89.47%	71.93%	89.47%	10,53%	42,10%
B	95%	87.61%	90.27%	71,68%	8,85%	74,33%
C	95%	90.32%	95.97%	65,33%	20,61%	42,72%
D	95%	60.90%	57.84%	62,52%	12,21%	24,23%
E	95%	69.41%	80.67%	40.60%	10,55%	5,23%

Pressione Arteriosa e frequenza cardiaca

L'analisi dei dati mostra come gli Infermieri con master abbiano ottenuto prestazioni migliori, anche se quelli che associano più di dieci anni di esperienza hanno riportato performance più accurate. Se si parla della prima rilevazione della FC, gli Infermieri con master, indipendentemente dagli anni di esperienza, hanno rilevato il dato circa nel 90% dei casi mentre le persone senza master lo hanno rilevato per una percentuale che va dal 60% per quelli con esperienza tra i cinque e i dieci anni al 70% per quelli con esperienza oltre i dieci anni.

La seconda rilevazione varia dal 14% al 22% per gli infermieri con master e dal 7% all' 11% per quelli senza master ma con esperienza rispettivamente tra i cinque e i dieci anni e di più di dieci anni. L'ultima rilevazione viene rilevata per circa il 7% dei casi dagli Infermieri con master e meno di cinque anni di esperienza mentre per tutte le altre fasce il valore si aggira intorno al 3%.

Anche in questo caso sono possibili tre differenti rilevazioni. I dati analizzati mostrano anche in questo caso un a performance migliore riguardo gli Infermieri con master e più di dieci anni di esperienza, i quali lo rilevano nel 95,97% dei casi. La prima rilevazione viene effettuata per 90,27% dagli Infermieri con master e meno di cinque anni di esperienza, nell'80,67% da

Infermieri senza master e più di dieci anni di esperienza, nel 71,93% dagli Infermieri con master e più di cinque anni di esperienza, e nel 57,84% da Infermieri con master ed esperienza che va dai cinque ai dieci anni.

La seconda rilevazione viene effettuata nel 23,39% dei casi dagli Infermieri con master e più di dieci anni di esperienza, mentre negli altri casi il valore rimane intorno al 5-7%. La terza rilevazione mostra percentuali molto basse, che variano dallo 0,53% al 6,22%, in cui gli Infermieri con master e meno di cinque anni di esperienza risultano aver ottenuto la performance migliore.

Frequenza respiratoria

Le percentuali di rilevazioni risultano più elevate per quanto riguarda gli Infermieri con master (89,47% per gli Infermieri con più di cinque anni di esperienza, 71,68% per quelli con meno di cinque anni di esperienza e 65,33% per quelli con esperienza di più di dieci anni) mentre gli Infermieri senza master rilevano il dato nel 62,52% dei casi per quanto riguarda coloro che hanno esperienza tra i cinque e i dieci anni e nel 40,60% per coloro che hanno più di dieci anni di esperienza. La seconda rilevazione invece mostra dati sovrapponibili per quanto riguarda le fasce con master (circa il 12,5%) mentre per gli Infermieri con esperienza dai cinque ai dieci anni il valore è del 9,97% e del 3,31% per quelli con esperienza sopra i dieci anni. Come per la pressione arteriosa, anche in questo caso le percentuali relative alla terza rilevazione rimangono basse, per valori che oscillano dallo 0,46% (riferiti ad Infermieri senza master ma con esperienza di più di dieci anni) al 3,53% (riguardanti gli Infermieri con master e meno di cinque anni di esperienza).

Glicemia

La rilevazione della glicemia viene ritenuta un parametro caso-dipendente, viene considerata solo la prima rilevazione, e in questo caso la fascia di infermieri che ha mostrato performance più elevate è rappresentata dagli infermieri con master e dieci anni di servizio.

Dolore

Viene tenuto conto di questo parametro poiché rappresenta la prima fonte di disagio per il paziente oltre che essere un parametro vitale. La prima rilevazione mostra una performance maggiore per gli infermieri con master ed esperienza minore di cinque

anni (74,33%). Le altre fasce di Infermieri con master raggiungono valori del 42% mentre gli infermieri senza master rilevano il dato nel 24,23% nel caso di quelli con master dai cinque ai dieci anni, e del 5,23% per quelli con esperienza oltre i dieci anni. La seconda rilevazione mostra come in larga parte le percentuali siano aumentate per gli infermieri con master che abbiano meno di cinque anni di esperienza (17,7%) e più di dieci anni di esperienza (18,54%), mentre per le restanti fasce prese in considerazione i valori sono nettamente più bassi (circa 1-2% per le fasce senza master e 3,51% per quelli con master e più di cinque anni di esperienza). La terza possibilità di rilevazione del dolore risulta in generale poco considerata da tutto il campione, non si arriva pressoché mai all'1% eccetto nei casi di Infermieri con master che abbiano più di dieci anni di esperienza o meno di cinque anni, i quali raggiungono performance rispettivamente del 4,03% e del 3,54%.

Attivazione mezzo ALS

Per quanto riguarda questo dato è necessario precisare in quali casi generalmente viene considerato l'intervento di un mezzo avanzato. Esso si avvicina al target nei casi di servizi primari definiti con il codice rosso base, e può essere confermato o annullato in base alle valutazioni svolte dall'Infermiere dell'ambulanza che per primo vede il paziente e ne determina la reale criticità. In caso di servizio rosso Echo il mezzo avanzato risulta già confermato in partenza, per cui l'infermiere dell'ambulanza non è tenuto a prendere nessuna decisione in merito alla conferma o all'annullamento dell'intervento di tale mezzo.

Una volta intervenuto, il medico del mezzo di soccorso avanzato, sarà lui a decidere se accompagnare o meno il paziente fino alla struttura ospedaliera o se affidarlo al mezzo ILS (ambulanza con Infermiere) in modo da liberarsi e rendersi operativo per altri eventuali servizi. Nello studio vengono prese in considerazione tre possibilità:

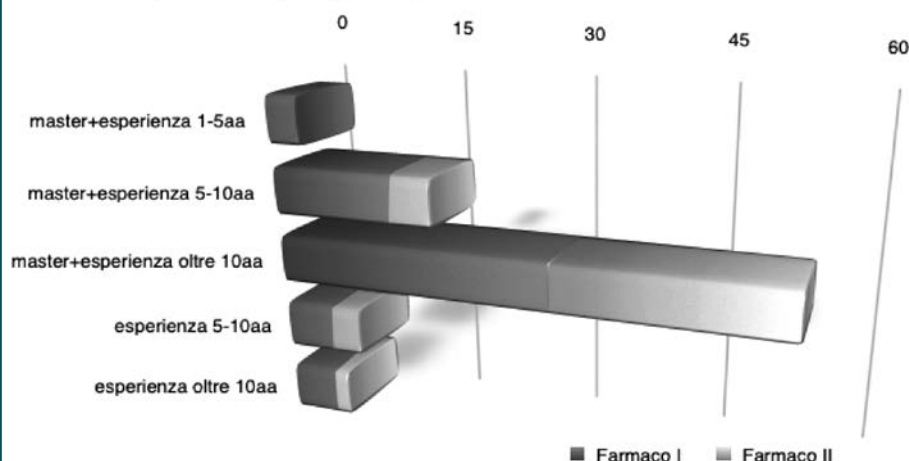
- Mezzo ALS accompagna
- Mezzo ALS non accompagna
- Mezzo ALS annullato

Parlando della componente infermieristica che possiede un master, nei casi in cui il personale abbia più di cinque anni di esperienza, si nota un'attivazione del mezzo ALS nel 17,55% dei casi, mentre quelli che hanno meno di cinque anni di esperienza lo hanno attivato nel 35,4% dei casi. In entrambi i casi i dati riportano che nel 70% degli interventi il mezzo avanzato ha poi accompagnato il paziente verso la struttura, per cui la decisione di attivarlo è stata corretta nella gran parte degli interventi. Gli Infermieri con master e più di dieci anni di esperienza hanno attivato il mezzo avanzato nel 29% dei casi mostrando un'appropriatezza di tale decisione del 41%. Per quanto riguarda gli Infermieri senza master, quelli che hanno più di cinque anni di esperienza hanno attivato il mezzo ALS nel 23,62% riportando un'adeguatezza del 20,68%, mentre quelli con più di dieci anni di esperienza l'attivazione è del 20,5% e l'appropriatezza del 55%.

Farmaci

Nella compilazione riguardante la somministrazione di farmaci è possibile inserire cinque somministrazioni. Dallo studio sono state escluse tutte le somministrazioni di soluzione fisiolo-

% compilazione campo farmaci (1 e 2) in scheda missione
(differenziata per esperienza)



gica endovenosa, successivamente si è tenuto conto del numero di somministrazioni per ogni fascia del campione preso in considerazione. Gli Infermieri con master e meno di cinque anni di esperienza ricorrono fino alla quarta somministrazione rispetto ad un numero di casi corrispondente a 113. Gli operatori con master e più di cinque anni di esperienza hanno somministrato farmaci in 57 casi e sono arrivati solo alla prima somministrazione. Per quanto riguarda gli Infermieri con master e più di dieci anni di esperienza i casi contati sono 124 in cui in buona percentuale si arriva fino alla quinta somministrazione (che corrisponde al 3,22% dei casi considerati). Gli Infermieri senza master hanno apportato il maggior numero dei casi considerati in cui vengono somministrati farmaci (491 per quelli con esperienza che va dai cinque ai dieci anni e 1298 per quelli con più di dieci anni di esperienza) anche se solo in minima parte si raggiunge la quinta somministrazione (rispettivamente 0,21% e 0,08%).

Limiti e criticità

I tempi di percorrenza per il trasporto del paziente in ospedale sono di breve durata.

La tipologia dei pazienti soccorsi è molto disomogenea e quindi è difficile confrontare i trattamenti effettuati.

Conclusioni

All'interno delle Unità Assistenziali risiedono Infermieri che hanno conseguito il titolo tramite percorsi formativi differenti, si è passati dalla scuola regionale al percorso universitario, ed a questo primo step di differenziazione nei percorsi di formazione dobbiamo aggiungere un'altra quota di colleghi che ha frequentato dei Master di I° livello o ha conseguito la Laurea Magistrale. Questa difformità nei percorsi formativi può determinare obiettivi e aspettative che sono differenti tra le singole categorie dei professionisti. Il tutto si può riflettere nei risultati che abbiamo analizzato ed alcune tra le cause che possono determinare resistenza al cambiamento sono:

- L'unione di due o più Unità Assistenziali, dove il personale ha competenze diverse
- Resistenze culturali al cambiamento da parte del personale
- La differenziazione concettuale, dovuta a percorsi formativi differenti e aspettative differenti

Inoltre si può affermare che ciò che

determina buone performance per un infermiere dell'emergenza è senza dubbio il binomio "esperienza e formazione", in quanto fornisce al professionista tutto quanto di cui ha bisogno. La sola formazione di base non è sufficiente a fornire al professionista sanitario tutte le competenze di cui necessita, sarebbe auspicabile mantenere uno standard formativo specifico durante tutto l'arco della carriera lavorativa di ogni Infermiere. Lo studio mostra infatti altresì che percorsi formativi specifici non solo sono indicati ma garantiscono in larga parte performance di grado superiore. La maturazione di esperienza sul campo determina il consolidamento di tali competenze oltre che l'acquisizione di una buona pratica poiché completa il percorso formativo teorico.

Ciò che è stato descritto rappresenta una circoscritta indagine conoscitiva retrospettiva che già da sola è in grado di fornire dati altamente indicativi circa l'efficacia della formazione post base. Sicuramente ulteriori studi prolungati e considerevoli di un campione più elevato ed eterogeneo darebbero forza a questa ipotesi. Magari cambiando metodo, o proseguendo su questa strada, o cambiando schede, o aggiungendo parametri, ma indubbiamente, in nome di tutto ciò che deve ancora cambiare, a questo processo di continua analisi e verifica non può essere attribuita la parola fine.



Clinical risk management

• Agire e documentare

G. Negrini

Direttore medico UOC Qualità

Documentazione

Sanitaria - AUSL Bologna

Fonte editoriale: apparso su "Rischio Sanità" n. 48/2013

Da un editoriale apparso su *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, dal suggestivo titolo "Doing and Documenting" (1) si è tratto spunto per una riflessione sul rapporto corrente tra l'agire dei professionisti sanitari e le relative tracce.

In quell'articolo, con riferimento a un ambito internazionalmente additato a paradigma dei controlli per la sicurezza: l'aviazione, si prendono a esempio le verifiche che pre-decollo effettuate dall'equipaggio di un aereo.

Pur trattandosi di procedura routinaria e di enorme rilievo, la stessa non è oggetto di una sistematica documentazione da parte delle persone che l'attuano.

In sanità, si osserva, la situazione è forse diversa: ospedali, soggetti paganti, utenti, enti regolatori, agenzie di accreditamento, tutti vogliono vedere documenti.

L'editorialista afferma senza esitazione: viviamo all'insegna del motto "se non è stato documentato, non è stato fatto".

Sotto l'egida del Royal College of Nursing, un paio di *student advisers* (2), qualche anno addietro, raccomandavano: *remember - if it isn't in the notes, it didn't happen*.

Negli Stati Uniti, *if it isn't documented, it didn't happen* è frase ricorrente nella formazione dei professionisti sanitari.

Dalle nostre parti, peraltro, non si è da meno: nel manuale della documentazione sanitaria di Regione Lombardia (3), in premessa si afferma che viviamo in un mondo dove le comunicazioni e gli strumenti di registrazione hanno talmente rivoluzionato il modo di essere e di agire delle persone che ogni cosa, per esistere, deve lasciare traccia di sé, in modo da poterla ritrovare e riutilizzare.

Nell'editoriale sopra citato si perviene poi alla congettura che il fardello documentale possa seriamente attentare

alla buona riuscita di processi di cambiamento e di miglioramento.

More than a cumbersome chore è l'emblematico titolo di un articolo apparso sulla rivista *Patient Safety and Quality of Healthcare* (4), in cui si sostiene che la documentazione è frequentemente considerata dagli infermieri un male necessario, ancorché nella pratica quotidiana sia percepita come un gravame che sottrae tempo prezioso all'assistenza diretta.

L'espansione inusitata che, negli anni più recenti, ha riguardato la documentazione sanitaria ha indotto a chiedersi che cosa si annidi sotto la patina di una sua più o meno convinta valorizzazione, in chiave di contributo al miglioramento della qualità delle cure. (5)

Serpeggia il dubbio che, dietro l'esplosione della meticolosità di tracciatura delle attività sanitarie, vi siano preoccupazioni di tutela dell'operato professionale da sempre più temuti addebiti.

Il filo conduttore che sembra guidare molti artefici di documenti - frequentemente indotti da consiglieri di varia estrazione o da personali interpretazioni di elementi normativi o di discipline della specifica materia - si direbbe sia la volontà di dar conto della diligenza, della scrupolosità, delle cautele a cui è stata improntata la loro condotta, oltre che della consapevole accettazione delle prestazioni da parte dei pazienti.

Trend da avallare senza alcuna riserva o meritevole di un giudizio ripensamento?

La domanda ne presuppone altre: che cosa tracciare e fino a qual punto di dettaglio ovvero: documentazione equivalente a registrazione puntiforme della realtà o sua significativa sintesi?

Che cosa tracciare?

Alla ricerca di una risposta alla domanda, può giovare risalire al concetto stesso di documento, abitualmente inteso come un'entità recante segni significativi di una realtà giuridicamente rilevante o suscettibile di diventarlo, per suo tramite esternata e di cui deve conservare memoria.

Quali sono, peraltro, le realtà giuridicamente rilevanti o suscettibili di diventarlo?

Un'elencazione di contenuti, con prevalente riguardo all'ambito ospedaliero, si rinviene in diversi documenti dentro e fuori confine (si vedano, a titolo esemplificativo: il manuale della

cartella clinica di Regione Lombardia (6), l'indirizzo dell'*Academy of Medical Royal Colleges* del Regno Unito "*A Clinician's Guide to Record Standards - Part 2: Standards for the structure and content of medical records and communications when patients are admitted to hospital*"¹⁾).

Nel documento del *Nursing and Midwifery Council* inglese "*Record keeping. Guidelines for nurses and midwives*"²⁾ si afferma che i documenti non dovrebbero riportare frasi che non abbiano un effettivo senso oppure osservazioni irrilevanti e si demanda al giudizio del professionista l'individuazione di quel che è rilevante e meritevole di registrazione.

Si aggiunge, peraltro, che dovrebbero essere documentati i particolari di ogni valutazione effettuata, le notizie riguardanti l'organizzazione dell'assistenza in corso e successiva nonché i dettagli delle informazioni fornite in merito ai trattamenti.

I sopracitati *student advisers* consigliano: "scrivere solo dichiarazioni significative".

Commenti del tipo «il paziente ha dormito bene», oppure «come da piano di assistenza» non sono ritenute informazioni significative.

Le liste di contenuti, se di indubbia utilità per orientare i professionisti, non risolvono, tuttavia, per intero i dubbi inerenti sia gli oggetti sia l'estensione della traccia degli oggetti stessi.

Resta inoltre da definire **da quale angolazione porsi per esprimere un giudizio di significatività.**

L'ampiezza delle tracce deve poi fare i conti con la disciplina posta a tutela dei dati personali sensibili, poiché l'articolo 11 del d.lgs. 196/2003 dispone che tali dati siano pertinenti, completi ma non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente trattati.

Si giunge così a impattare l'ineludibile questione degli **scopi del documentare in sanità.**

Al proposito, tra le numerose indicazioni rinvenibili in letteratura, si opta per quella fornita dalla Huffman (7), secondo la quale la documentazione è una compilazione di fatti pertinenti della vita di un paziente e dei suoi precedenti sanitari, scritta da profes-

sionisti sanitari che abbiano parte nella cura del paziente.

Si impongono quindi: una redazione tempestiva, un contenuto sufficiente a identificare l'assistito, supportare la diagnosi, giustificare un trattamento e attestare accuratamente i risultati ottenuti.

La finalità prima è individuata nel facilitare l'assistenza e la sua continuità. Ulteriori fini - secondari - sono quelli di fungere da fonte di dati a supporto di audit, ricerca, insegnamento, gestione dei servizi sanitari.

Manca la menzione di fini di tutela giuridica che, per contro, imperversa nella restante messe di definizioni.

L'attenzione a quest'ultimo scopo ha portato l'autore di un articolo pubblicato sulla rivista *Nurse Practitioners and Physician Assistants* (8) a caldeggiare la documentazione di:

- appuntamenti cancellati;
- contatti telefonici con l'assistito per controllarne le condizioni di salute, a testimonianza della coscienziosità a cui è stato improntato l'agire professionale;
- non adesioni a trattamenti proposti e discussioni tese a migliorare l'adesione alle cure;
- chiamate per ricordare all'assistito l'esecuzione di accertamenti ritenuti necessari e a conservare nel dossier sanitario la corrispondenza indirizzata al paziente.

Analoghi consigli si rinvencono nel *Policy Statement 4-12* del *College of Physicians and Surgeons of Ontario*,³⁾ specie in relazione ad appuntamenti mancati, comunicazioni telefoniche ed e-mail.

È indubbio che le finalità - e tra esse, l'enfasi accordata all'una o all'altra - condizionino il modo con cui si documenta.

L'anelito di esaustività che si è andato diffondendo ha portato a una plethora informativa che, paradossalmente, può tradursi in un boomerang per gli stessi professionisti.

La consultazione di un documento o, ancor più, di un fascicolo molto denso di dati potrebbe rendere difficoltoso il rilievo di alcune informazioni pur rilevanti, disperse nella massa.

Alla significatività sopra richiamata dovrebbe quindi associarsi l'essenzialità, ovvero l'antitesi della ridondanza. Tirando le somme, nell'impossibilità

1. <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/clinicians-guide-part-2-standards.pdf>

2. <http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/NMC-Record-Keeping-Guidance.pdf> (ultima revisione del 2009)

3. http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/policies/policyitems/medical_records.pdf

di individuare una risposta unica e valida per le diverse situazioni, si perviene ad affermare che rimane in capo ai professionisti sanitari di risolvere l'enigma di partenza, ispirandosi a criteri di significatività, correlati alle finalità del documentare, sotto il faro sempre acceso dell'essenzialità.

Una tal conclusione, peraltro, non fuga i dubbi.

L'affidamento al professionista del compito di scegliere quali tracce lasciare introduce altri aspetti problematici legati alle differenti professionalità frequentemente rappresentate in un team di cura, con le rispettive necessità informative.

Nella precedente versione delle citate linee guida di gestione documentale per infermieri e ostetriche inglesi, risalente al 2002,⁴ si affermava che la qualità dei documenti era il riflesso dello standard della pratica professionale.

Riconosciuta l'esistenza di più modi di documentare, si sosteneva che il migliore non poteva che essere il risultato, localmente raggiunto, di consultazioni e discussioni tra i componenti del gruppo multiprofessionale.

Da qui l'ulteriore deduzione: una buona gestione documentale costituirebbe il prodotto di un buon lavoro di équipe e, al contempo, un importante strumento di promozione di una miglior qualità dell'assistenza.

Larga parte delle odierne attività clinicoassistenziali si basa sull'intervento coordinato di più soggetti, portatori di specifici saperi ed esperienze, sicché il rapporto interprofessionale deve necessariamente far leva sull'affidamento nell'altrui operato.

Questa caratterizzazione, tuttavia, alimenta non poche apprensioni, generatrici di atteggiamenti difensivi che si rispecchiano nei documenti sotto forma di tracce dei messaggi trasmessi o ricevuti.

Accade, così, che si arrivi a stilare report di rilievi compiuti, minuziose raccomandazioni, analitiche indicazioni operative indirizzate ai collaboratori, talora senza informarli direttamente, persuasi di avere assolto in tal modo i propri doveri, demandando agli altri la premura di consultare quanto lasciato scritto.

Nel rapido evolvere degli assetti organizzativi e dei comportamenti degli operatori, un pericolo da non sottovalutare riguarda proprio l'assegnazione ai documenti di un ruolo vicario del dialogo interprofessionale.

Il colloquio va mantenuto - o recuperato - con determinazione.

Riprendendo poi l'esempio riferito nell'editoriale da cui si sono prese le mosse, le check list rappresentano oggi uno strumento frequentemente utilizzato in sanità, specie nei settori dove più elevate sono la complessità e la pericolosità delle prestazioni (9).

Il loro scopo primo è di verificare se alcuni adempimenti, essenziali o critici di una procedura, siano stati eseguiti in conformità alle modalità predefinite.

La documentazione di un check, peraltro, pone ancora una volta qualche interrogativo.

Attestarne solo l'avvenuta esecuzione oppure dare conto anche di quanto puntualmente riscontrato?

Supponiamo che uno o più passaggi di una check list manifestino difformità rispetto al protocollo operativo corretto.

Al responsabile ultimo del check, oppure al responsabile dello step successivo a quello rivelatosi anomalo, competerebbe valutare se la non conformità fosse irrilevante ai fini dell'avanzamento della procedura o se, per contro, costituisse pregiudizio insuperabile per il suo prosieguo e richiedesse una riprogrammazione della stessa procedura o la risoluzione di uno specifico problema.

Tracciare tutto questo?

La risposta è affermativa, sotto il profilo della rilevazione di eventi significativi e della trasparenza; questione diversa è quella riguardante l'opportunità di aggregare tale check list al fascicolo sanitario del paziente.

Aggregare la sola check list recante elementi di contenuto regolare fornirebbe una rappresentazione parziale dell'effettivo succedersi degli eventi e, in un'ottica integralistica, un vulnus alla completa e trasparente registrazione dell'operato sanitario.

Prevale, tuttavia, la raccomandazione di tenere disgiunta la documentazione sanitaria di un assistito dalla tracciatura di eventi indesiderati.

Tra le molteplici attività ospedaliere, peraltro, non poche sono le procedure che, seppur rilevanti sul piano clinico e composte da una pluralità di passaggi esecutivi, non sono provviste di check list e vengono abitualmente documentate in forma di sintesi complessiva.

Di nuovo riaffiorano gli interrogativi inerenti significatività ed essenzialità, a cui è difficile sottrarsi.

Per permettere un'accettabile declinazione del binomio "agire e documentare", evitando la deriva del dilemma "agire o documentare", non resta che invocare una condotta meditata, far leva sulla prudenza, l'equilibrio e il buon senso di ogni professionista.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Schenkel SM. Doing and Documenting. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012; 38 (11): 513-514
- 2) Bird A., Robertson G. Documentation and record keeping. Royal College of Nursing. 2009
http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/292227/Recordkeeping.pdf
- 3) Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria. Regione Lombardia. 2013
http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213579103244&packedargs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue%26menu-to-render%3D1213277054618&pagename=DG_SANWrapper
- 4) McAllister M, Rhodes S. Clinical documentation: More than a Cumbersome Chore. *PS&QH*; 2010, 1
<http://www.psqh.com/januaryfebruary-2010/303-clinical-documentation-more-than-a-cumbersome-chore>
- 5) Negrini G, la Pietra L. Documentazione sanitaria: come evitare la deriva protezionistica? *Professione & Clinical Governance*; 2009, 7: 22-23
- 6) Giuliani P, Negrini G, Alborghetti A. et al. Manuale della cartella clinica. Regione Lombardia, 2^a ed. 2007
http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page&childpagename=DG_Sanita/Page/NormativaDetail&pagename=DG_SANWrapper&cid=1213275902673&keyid=971
- 7) Huffman EK. Medical Record Management. Physicians' Record Company; 1990
- 8) Wright WL. What NPs & PAs need to know. 2012, 3(6): 23
<http://nurse-practitioners-and-physicianassistants.advanceweb.com/Archives/Article-Archives/Malpractice-Prevention.aspx>
- 9) Negrini G. Check list e documentazione sanitaria. *Management della sanità*; 2009; 42: 60-61

4. http://www.nmplearningnw.org/course53a553ts2/documents/NMPC_0041_NMCGRRK.pdf

Risk management**• La comunicazione tra professionisti. Un fattore chiave per la sicurezza clinica.****G. Negrini****Direttore medico UOC Qualità Documentazione Sanitaria - AUSL Bologna***Fonte editoriale: apparso su "Rischio Sanità" n. 49/2013*

La comunicazione tra operatori, di uguale o diverso profilo professionale, è globalmente considerata un fattore chiave per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza dei trattamenti sanitari (1, 2, 3).

Copiosa è la messe di contributi dottrinari sul tema, analizzato da varie prospettive e con riferimento alla comunicazione all'interno di uno stesso ambito di cura e tra diversi setting assistenziali (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Per un'idea di massima dell'entità del problema comunicativo, potranno servire i dati prodotti da Joint Commission, relativi all'anno 2011: su 1.243 eventi sentinella segnalati negli USA, la comunicazione è risultata essere il terzo più comune fattore contribuyente, identificato nel 60% dei casi.

Nell'introduzione del documento australiano *Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care* (2), si sostiene che una comunicazione inefficace - intempestiva, non accurata o incompleta - è la principale categoria di fattori contribuenti agli errori in campo sanitario, con danni per la salute dei pazienti ed effetti negativi sul piano emotivo - per il paziente e i suoi familiari - e dei costi sociali.

Nel 4° rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella, pubblicato nel 2013 dal nostro Ministero della Salute e riferito al periodo: settembre 2005 - dicembre 2011 (12), nei commenti conclusivi si evidenzia *"l'estrema criticità di una comunicazione interpersonale che risulta spesso inefficace sia tra gli operatori che tra operatori e pazienti. A fronte dell'importanza dei processi di comunicazione per la sicurezza e la qualità delle cure, è opportuno mettere in atto iniziative di miglioramento"*.

Il termine "comunicazione", nella quotidianità, è usato in differenti accezioni, sia per intendere l'invio di un messaggio a qualcuno - a voce o con altro mezzo - sia per riferirsi a uno scambio informativo bidirezionale, secondo l'accezione più propria.

Nel seguito, le osservazioni saranno riferite a quest'ultimo significato, implicante quindi un'interazione tra soggetti diversi:

- un emittente, da cui origina un messaggio, trasmesso con un "codice" - parola, scritto, immagine ... - attraverso un canale di comunicazione - onde sonore o elettromagnetiche, scrittura ... - a
- un ricevente, in grado di percepire, decodificare e interpretare il messaggio stesso e divenire a sua volta emittente di ritorno.

Il problema comunicativo investe sia l'interazione tra professionisti di diversa formazione sia la relazione tra pari.

Con riferimento alla prima, una illuminante sintesi, a titolo 'Nurse to Physician Communications: Connecting for Safety' (13), recentemente apparsa su Patient Safety and Quality Healthcare, ha offerto lo spunto per riflettere e la guida per un'analisi delle pratiche correnti.

In questo articolo, dopo il racconto di una vicenda nella quale l'inefficienza comunicativa si è magistralmente espressa, gli autori - medico e infermiera - sintetizzano come segue le più frequenti cause alla base delle difficoltà di comunicazione:

- complessità e dinamicità del sistema sanitario;
- bisogni degli assistiti, che spesso si manifestano inaspettatamente e richiedono quindi scambi informativi non programmati tra sanitari già oberati di impegni;
- numerosità dei sanitari, di differenti discipline, che intervengono nelle cure di un paziente, anche nell'arco di una giornata, talvolta in luoghi diversi, con conseguenti limiti nella possibilità di interazioni *face-to-face*;
- tensione storica e rapporto gerarchico tra le diverse categorie professionali.

A carico dei medici si additano i comportamenti aggressivi o sprezzanti, le manifestazioni di potere, le questioni di genere, quali potenziali cause di pericoli per la sicurezza cli-

nica, in quanto elementi che tratten-
gono gli altri professionisti da una
franca comunicazione sui problemi
dei pazienti o sulle preoccupazioni
che possano essere insorte a loro ri-
guardo.

- Diversi stili di comunicazione ap-
presi e diversa terminologia impie-
gata.

I percorsi formativi - specie del me-
dico e dell'infermiere - sottostanno a
divergenti punti di vista, a differenti
modelli di valutazione e a non uni-
voce interpretativa, e inducono ad
apprendere stili di comunicazione
sostanzialmente diversi.

Questo retroterra non facilita né il
confronto né una collaborazione
aperta.

- Processi comunicativi poco efficaci.

Gerarchia

Risale al 1967 lo scritto di Stein desti-
nato a rimanere emblematico del rap-
porto medici-infermieri: *The Doctor-
Nurse Game*. (14)

In esso si tracciava il bozzetto di un'in-
terazione che, per avere successo, do-
veva essere improntata a finzione.

L'infermiera doveva avere iniziativa,
essere ardita e responsabile nel forni-
re suggerimenti al medico ma, al tem-
po stesso, doveva sembrare dimessa e
passiva.

Il suo suggerimento non doveva ap-
parire tale, così che il medico potesse
assumere la decisione senza apparire
di esserne stato influenzato.

Il medico poi, pur essendo consape-
vole dell'importanza delle proposte,
dei consigli dell'infermiera, non po-
teva tuttavia riconoscer loro rilievo e
doveva mascherare una loro eventuale
richiesta in guisa da apparire qualcosa
d'altro.

Un aperto disaccordo tra i due "gioca-
tori" doveva essere evitato a ogni costo.
Il commento conclusivo era: il mag-
gior svantaggio di un tale *game* è il
suo effetto inibitorio di un dialogo
aperto, il che è soffocante e anti in-
tellettuale.

La questione gerarchica ha esten-
sione transnazionale ed è molto av-
vertita anche nel nostro Paese, dove
la lunga stagione della dipendenza
dell'infermiere - e di altri professio-
nisti sanitari - dal medico è perdura-
ta fino al varo della legge 42/99 che,
nel dettare disposizioni in materia
di professioni sanitarie, ha sostituito
allo *status* di "professionista sanita-
rio ausiliario" quello di "professioni-

sta sanitario" *tout court*.¹

Infermiere, ostetrica, fisioterapista e altri non sono più stati inquadrati come figure ancillari del medico ma a questi equiordinate, con una loro, più o meno ben definita, sfera di autonomia.

Non meraviglia, peraltro, che la radicale trasformazione introdotta sul piano normativo non sia stata accompagnata da un immediato viraggio degli schemi relazionali consolidatisi nei decenni precedenti.

All'anelito di esercizio autonomo dell'infermiere si sono contrapposte non poche resistenze al cambiamento da parte medica, esitanti talvolta in contrapposizioni assai poco commendevoli, sullo sfondo della manzoniana affermazione: *"la ragione e il torto non si dividono mai con un taglio così netto che ogni parte abbia soltanto dell'uno o dell'altra"*.

Non hanno facilitato il nuovo percorso le persistenti incertezze riguardanti la responsabilità della complessiva gestione di un paziente.

La componente gerarchica, peraltro, non manca di influenzare in negativo neppure i rapporti tra pari, come efficacemente riportato da Walton nell'articolo *"Hierarchies: the Berlin Wall of patient safety"*.⁽⁵⁾

L'autore constata quanto sostanziale sia stata la modifica intervenuta nel Regno Unito, dall'800 al presente, nei rapporti tra medici "insegnanti" e loro allievi, apprendisti: in passato si trattava di una relazione molto stretta e numericamente limitata: 1 maestro e un paio di seguaci.

Oggi, la situazione più ricorrente vede l'interazione di un medico in formazione con molti altri sanitari e *senior*, con il risultato di: comunicazione ina-

deguata, supervisione frammentata, istruzioni insufficienti e più frequenti esiti subottimali nei pazienti.

Permane, inoltre, nei più giovani un diffuso, pervasivo senso di soggezione nei riguardi dei *senior* che li induce a trattenersi da rilievi su loro decisioni o azioni potenzialmente lesive per la persona assistita, nel timore di negative conseguenze sulla loro carriera.

Fattori organizzativi

L'impatto del sistema, inteso come complesso di fattori organizzativi, è stato ritenuto da Øvretveit (15) la principale fonte di pericoli per le attività sanitarie, con una prevalenza dell'85% di problemi derivanti da incompetenza del sistema organizzativo, a fronte del 15% conseguente a incompetenza professionale.

L'influsso dell'organizzazione sulla comunicazione può manifestarsi in una pluralità di modi.

La variabile **"tempo"** appare tra quelle più influenti, dal momento che la qualità dell'agire non può essere tempo-indipendente.

Quando gli impegni che i professionisti sono chiamati a onorare sono soverchianti, eccedenti rispetto alle loro effettive possibilità di trattazione compita, le scorciatoie diventano ineludibili.

Un giusto tempo - adeguato sia per estensione sia per tempestività - è necessario per il *clinical handover* (16, 17):

- consegne, al cambio di un turno di servizio;
- trasmissione di informazioni significative ai colleghi di altro ambito, richiesti di dar corso a qualche trattamento su un assistito;
- trasferimento del paziente ad altro contesto di cura.

La letteratura è prodiga di raccomandazioni riguardo al tempo da riservare - già in chiave programmatica - al *clinical handover*, la cui durata può essere diversa nell'ambito della giornata - il passaggio notte-mattino, ad esempio, potrebbe essere più protratto di quello mattina-pomeriggio - oppure per eventi specifici, come il trasferimento del paziente ad altra équipe.

Le modalità di svolgimento dell'*handover* variano in relazione alle esigenze del *setting* assistenziale, potendo avvenire:

- verbalmente, con interazione diretta o attraverso audioregistrazione;

- in modalità scritta, mediante appunti informali o moduli appositi, confluenti o meno nella complessiva documentazione sanitaria.

Il *face-to-face handover* è generalmente preferito perché non solo è occasione di trasmissione informativa, ma anche di confronto di opinioni, con possibilità di porre domande, esternare impressioni che non trovano riscontro in alcuno scritto e che possono consentire di cogliere particolari utili al seguito operativo.

Momento, altresì, di apprendimento e di formazione per le giovani leve.

Di contro alla tesi dominante della maggior sicurezza delle prescrizioni di terapia scritte, non è mancato chi ha anche rivalutato i *verbal orders*, proprio per il fatto che in un'interazione diretta con un destinatario dell'ordine ben ferrato nella materia, un prescrittore non troppo esperto potrebbe trarne un vantaggio immediato (18).

Al tempo si connette il tema dell'**allocazione di risorse** adeguate a soddisfare determinate richieste, a sua volta condizionato dalla definizione di uno standard di prestazioni da garantire.

Non è infrequente, peraltro, la mancanza di **scelte sulle priorità** da assicurare con conseguenti squilibri tra attese di servizi e concrete possibilità di erogarli.

Se multidisciplinare è l'*équipe* curante, multidisciplinare dovrebbe essere l'*handover*, da conciliare con le prevalenti modalità non sincronizzate di lavoro delle diverse famiglie professionali.

Soccorrono al proposito, con riferimento al mondo ospedaliero, le statuizioni del Royal College of Nursing (RCN) e del Royal College of Physicians (RCP) inglesi, contenute nel documento congiunto: *"Ward rounds in medicine. Principles for best practice"*² da cui si estraggono alcuni passaggi chiave:

- i giri di visita, troppo spesso sottovalutati, devono essere ripristinati e riacquisire un ruolo centrale nel prestare assistenza e nel comunicare con i pazienti;
- medici e infermieri devono comprendere l'ampio impatto di questo approccio assistenziale e i manager della sanità devono assumersi la responsabilità di assicurare tempo e ri-

1. Legge 42/1999, al cui art.1 si afferma che La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria". Nell'art. 2 si precisa poi che Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie... 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.

2. https://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/479329/004342.pdf

sorse che consentano a tutti i componenti di un *team* multiprofessionale di rendere prioritario il giro di visita;

- gli infermieri hanno un ruolo cruciale nei giri di visita, non solo per la condivisione di informazioni tra il paziente e il *team* di cura, ma anche per il supporto ai pazienti stessi nell'esternare i loro punti di vista e le loro preferenze. L'assenza di un infermiere al letto del malato ha evidenti conseguenze sulle comunicazioni, l'efficacia dei giri di visita e la sicurezza del paziente. Benché la scarsità di tempo si sia accresciuta per tutti i professionisti, la responsabilità di riservare tempo per i giri di visita dovrebbe essere assunta da tutti: medici, infermieri, farmacisti, terapisti.

- I giri di visita richiedono una forte *leadership*, con tutti i membri del *team* consapevoli dei loro ruoli individuali e delle loro responsabilità (in uno schema vengono ben sintetizzati i compiti rimessi agli uni e agli altri). Lo sviluppo di buone relazioni tra i professionisti non solo rafforza la comunicazione tra loro, ma aiuta anche a coltivare la cultura di *team*. Frequentemente, le risultanze dei giri di visita implicano azioni che devono essere trasmesse ad altri professionisti che non hanno partecipato alla visita: difetti di comunicazione al riguardo costituiscono una importante causa di discontinuità di cure, come pure percepita dal paziente.

In aggiunta ai giri di visita, il documento si sofferma poi sull'importanza dei *board rounds*, tavole rotonde di discussione dei casi, oggi per lo più davanti allo schermo di un computer, nel corso delle quali trattare questioni non solo sanitarie ma anche organizzative (es.: dimissione del paziente) e definire congiuntamente le priorità di intervento, ottimizzando i tempi di lavoro, sempre in chiave di continuità di assistenza.

Osservava Marcon (19) che *“per la maggior parte, i difetti di comunicazione dipendono non dalle persone, ma da un lavoro in team di bassa qualità, bassa qualità che si manifesta al suo meglio quando le informazioni relative a un paziente vengono “passate” da un professionista a un altro. Purtroppo gli errori nel “passaggio di consegne” tra due o più professionisti non sono facilmente*

identificabili in quanto non lasciano traccia documentale e sono spesso messi in ombra da altri difetti, come la cattiva supervisione, giudizi clinici errati, diagnosi mancate, errori tecnici, chirurgia sul lato sbagliato e così via”.

Lo stesso autore puntualizzava che il lavoro in *team* è da intendersi come *“una serie di comportamenti specifici di interrelazione che si combinano tra di loro per facilitare la realizzazione di una prestazione di qualità ottenuta con metodi di adattamento delle competenze di gruppo alle peculiarità della situazione da trattare”*, non bastando quindi alcune persone a lavorare insieme.

“Uno dei maggiori elementi di sicurezza del lavoro in team è costituito dalla comunicazione. Quando i clinici non comunicano tra loro, la probabilità che qualche cosa non vada per il suo verso aumenta considerevolmente” (20).

Tre le abilità necessarie per il lavoro in *team*:

- *briefing*: capacità di scambio di informazioni;
- *assertività*: capacità di scambiare opinioni e informazioni mantenendo fermo il proprio avviso (il problema dell'assertività riguarda, in particolare, i professionisti diversi dal medico, non all'apice dell'organizzazione e richiama il problema gerarchico);
- *debriefing*: capacità di rivedere e riconsiderare quanto accaduto in un dato periodo di tempo, valutandone le risultanze.

Se all'interno di un *team* reale la comunicazione incontra ostacoli, ancor più accidentato è il cammino quando si tratta di rapporti tra aree diverse dell'organizzazione e tra professionisti che operino disgiuntamente.

Il nostro sistema sanitario ha conosciuto, nell'ultima decade, trasformazioni di rilievo, in conseguenza di un lievitare dei costi di servizio a fronte di una congiuntura economica di segno contrario, sullo sfondo di una popolazione assistita di età media elevata e prevalentemente affetta da patologie croniche e multiple.

Ne sono derivati:

- una concentrazione di servizi su territori di vastità crescente;
- una ridistribuzione dei servizi per ottimizzare l'efficienza, salvaguar-

dando la qualità delle prestazioni;

- l'intensificarsi di raccordi tra articolazioni di uno stesso ente e tra enti diversi, pubblici e privati, in chiave di sinergia operativa;
- una nuova impostazione dei processi assistenziali, secondo modelli incentrati sulla intensità e la complessità delle cure, con sostituzione dei vecchi reparti impostati sulla specialità medica con aree di ricovero ospitanti malati afferenti a varie équipes mediche;
- una segmentazione delle cure lungo percorsi coinvolgenti una molteplicità di ambiti, di professionisti sanitari e di altri operatori di supporto.

Questo complesso di elementi ha acuito i bisogni comunicativi, esaltando la necessità di trasformare l'approccio alle cure da una continuità incentrata sul singolo operatore a una incentrata sul sistema.

Altri elementi influenti sulla comunicazione chiamano in causa l'organizzazione del lavoro, rispetto alla individuazione chiara di chi è tenuto a fare cosa e quando e all'agevole conoscibilità di tali informazioni.

Tra i problemi evidenziati da molti infermieri, nelle indagini condotte all'estero, emergono le difficoltà di conoscere chi sia il medico da contattare nel momento del bisogno (per cambi di turno non registrati, temporanee sostituzioni informali...), dove reperirlo, come rintracciarlo e così via.

Contenuti e modalità del comunicare

Che cosa comunicare e come?

Se una comunicazione efficace richiede: tempestività, accuratezza, non ambiguità, i vincoli di cui si è detto, in relazione al tempo, accentuano l'esigenza di essenzialità, di scambi di dati significativi, per quanto si sia consapevoli della soggettività di apprezzamento dei concetti di essenzialità e di significatività.

I contenuti devono essere esposti con la massima chiarezza, per evitare interpretazioni divergenti e fuorviare le decisioni successive.

Osserva la Manojlovich (7), nel proporre sensemaking come modello teorico e cambio di paradigma per migliorare la sicurezza clinica nella comunicazione tra infermieri e medici: *“interactions between 2 or more people result in sensemaking when individual perceptions*

and experiences are transformed into words that all parties can comprehend, and which then serve as a springboard for action”.

L'autore osserva poi che l'uso di check list nello scambio informativo può essere di ausilio per non trascurare alcuni passaggi, ma può al contempo costringere la comunicazione entro schemi troppo stretti e controproducenti.

Kaiser Permanente, la corposa organizzazione sanitaria statunitense, ha adottato linee guida per la comunicazione degli infermieri con i medici in situazioni critiche, ricorrendo a una lista di voci di supporto per un inquadramento accurato del caso: SBAR, acronimo di Situation, Background, Assessment, Recommendation.³

Il metodo SBAR è stato raccomandato anche nel sopra citato documento congiunto del RCN e del RCP inglesi mentre in Australia si è consigliato un metodo del tutto analogo, denominato iSoBAR.⁽²¹⁾

Riprendendo quanto sopra osservato, circa la preferenza da accordare alla comunicazione diretta, la disponibilità di mezzi tecnologici avanzati, quanto meno nei Paesi economicamente più provvisti, permette oggi di intrattenere rapporti diretti anche da remoto, così che il face-to-face fisico può essere supplito da un face-to-face virtuale, con il coinvolgimento di due o più professionisti in teleconferenza.

La comunicazione telefonica – a due o a più voci – rimane poi la via più battuta per lo scambio tra professionisti che operino a distanza, da preferirsi ad altri mezzi asincroni (SMS, MMS...). Ruolo della documentazione sanitaria. Fin qui non si è fatto cenno alla documentazione sanitaria, ma è tempo di chiedersi quale ruolo questa possa assumere.

Finalità primaria del documentare in sanità, secondo l'insegnamento della Huffman,⁴ è di facilitare le cure e la continuità delle stesse, fungendo il documento da pro-memoria per i sanitari che trattano un paziente e da essenziale strumento di comunicazione tra i professionisti.

Il termine “comunicazione” è qui assunto nel significato di trasmissione notiziale.

Non v'è dubbio che le tracce lasciate dai professionisti - indipendentemente dal supporto: materiale o digitale, e dal formato: testo, immagini, audio - rappresentino una formidabile fonte dalla quale attingere informazioni che dovrebbero essere registrate secondo requisiti tali da garantirne certezza, puntualità e accuratezza.

In più occasioni si è avuto modo di constatare l'eccezionale espansione documentale che negli anni più recenti ha interessato l'ambito ospedaliero e ha iniziato a dilagare anche al di fuori, ponendola in correlazione con le preoccupazioni di tutela dell'operato professionale da potenziali addebiti successivi.

Un ulteriore elemento potrebbe motivare l'esplosione documentaria e impattare in pieno l'argomento in trattazione: l'intento di conferire alla documentazione un ruolo vicario del dialogo tra professionisti.

Risuonano nelle corsie e negli ambulatori espressioni del tipo: “l'ho lasciato scritto, basta consultare la cartella...”.

Una tale interpretazione costituirebbe una pericolosa distorsione e un esito indesiderato degli sforzi tesi a migliorare l'attività documentale dei sanitari: la documentazione non deve essere sostitutiva del dialogo tra professionisti, bensì integrativa.

Come migliorare la comunicazione

La proposta di soluzione per un problema comune e complesso come quello della comunicazione tra professionisti, indicata nel citato articolo di Shannon e Myers (13), è una strategia su tre fonti:

- cambio culturale, quale principale leva di miglioramento, che deve trovare un convinto sostegno da parte dei leader di ogni organizzazione;
- utilizzo di tool di comunicazione strutturata (es.: SBAR);
- supporto tecnologico.

Si aggiunge che nessuno dei tre tipi di intervento, per quanto ben realizzato, è da ritenersi di per sé sufficiente.

Quanto basta per interrogarci su quante barriere siano ancora da rimuovere e quanti sforzi ancora da compiere nelle nostre realtà.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Communication during patient handovers. WHO, The Joint Commission; Joint Commission International. Nine Patient Safety Solutions; 2007, 1, solution 3.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/en/index.html>
- 2) Promoting effective communication among healthcare professionals to improve patient safety and quality of care. Victorian Government Department of Health, Melbourne. 2010
http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/downloads/communication_paper_120710.pdf
- 3) Patton K. Handoff Communication. Safe Transition in Patient Care.
http://www.usahealthsystem.com/workfiles/com_docs/gme/2011%20Workfiles/Handoff%20Communication-Safe%20Transitions%20in%20Patient%20Care.pdf
- 4) Arford PH. Nurse-Physician Communication: an Organizational Accountability. Nursing Economics; March-April 2005, 23/2: 72-77.
- 5) Walton MM. Hierarchies: the Berlin Wall of Patient Safety. Qual Saf Health Care; 2006, 15: 229-230.
- 6) Sirota T. Nurse/Physician Relationships. Improving or not? Nursing, 2007, 37/1: 52-56.
- 7) Manojlovich M. Nurse/Physician Communication through a Sensemaking Lens. Medical Care; 2010, 48/11: 941-946.
- 8) Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. Qual Saf Health Care; 2010,19: 493-497.
- 9) Göbel B et al. Stakeholder perspectives on handovers between hospital staff and general practitioners: an evaluation through the microsystems lens. BMJ Qual Saf on line November 1, 2012 doi: 10.1136/bmjqs-2012-001192.
- 10) Horwitz L I et al. An institution-wide handoff task force to standardize and improve physician handoffs. BMJ Qual Saf on line May 23, 2012 doi: 10.1136/bmjqs-2011-000658.
- 11) Shannon DW, Myers LA. Nurse to Physician Communications: connecting for Safety. PSQH; 2012, Sep-Oct.
- 12) Ministero della Salute. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella. 4° Rapporto (Settembre 2005 - Dicembre 2011).
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1940_allegato.pdf
- 13) Shannon DW, Myers LA. Nurse-to-Physician Communications: Connec-

3. Informazioni al proposito sono rinvenibili sul sito dell'Institute for Healthcare Improvement <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>

4. Edna K. Huffman, Medical Record Management. Physicians' Record Co., 1994

ting for safety. Patient Safety & Quality in Healthcare; 2012, Sept-Oct (digital edition).

- 14) Stein L.I. The Doctor-Nurse Game. Arch Gen Psychiat; 1967, 16699- 703.
- 15) Øvretveit J. Il miglioramento della qualità "costeffective. QA, Dicembre 2000; 11(4):245-250.
- 16) Negrini G. Clinical Handover e dintorni: sinergie per la continuità e la sicurezza delle cure. Rischio Sanità; 2009, 34: 10-15.
- 17) Moore SM. The European HANOVER project: the role of nursing. BMJ Qual Saf; 2012, 0:1-3 doi: 10.1136/bmjqs-2012-001253.
- 18) Baum KD. Getting your point across: verbal orders and patient safety. Qual Saf Health Care; 2009, 18: 164.
- 19) Marcon G. Lavorare in team: I rischi da cattivo coordinamento. Rischio Sanità; 2005, 17: 7-13.
- 20) Marcon G. Lavorare in team: dalla teoria alla pratica. Rischio Sanità; 2005, 18: 32-37.
- 21) Poreous JM et al. iSoBAR – a concept and handover checklist: the National Clinical Handover initiative. The Medical Journal of Australia; 2009, 190 (11): S152-S156.

ABSTRACT

• *Stile di apprendimento e stile di docenza: un'esperienza sul CDL Infermieri sede di Imola*

Cristina Neretti

Coordinatore Infermiere

Laureata Scienze della

Formazione

Esperto in processi formativi

Pedagoga Clinico

Riassunto

Obiettivo. Sono stati analizzati l'apprendimento e la valutazione degli studenti iscritti al primo anno Corso di Laurea in Infermieristica, dopo aver applicato i principi della didattica riflessiva, in un periodo di tempo equivalente ad un anno solare. **Metodo.** Al campione, 62 studenti, sono stati somministrati quattro tipologie di questionari e due tipologie di schede di autovalutazione. **Risultati.** La maggior parte del campione (46%) si colloca in stile di apprendimento "riflessivo". Si evince inoltre che i questionari pre-test delle conoscenze (il 73% del campione preferisce che il docente non lo ritiri), seguiti dai post-test, sono validi strumenti (il 94% del campione lo ritiene utile) per misurare quantitativamente i contenuti da programma appresi (incremento di conoscenze del 25.6% di media). Il 76% del campione ha trovato utile la scheda di autovalutazione somministrata ad ogni fine lezione in aula.

I metodi didattici che hanno favorito l'apprendimento degli studenti sono stati come di seguito distribuiti: 31% per casi – 27% induttivi – 26% deduttivi – 16% storici/temporali. Il totale degli studenti esaminati in sessione di appello è stato di 47 studenti. Alla luce del lavoro di Kolb "Ciclo sequenziale dell'apprendimento" riformulato da P. Honey e A. Munford, la maggior parte degli studenti esaminati nella sessione estiva ha appreso i contenuti del programma didattico con prevalenza collocabile nella fase di "crescita" dei contenuti trasmessi; nella sessione autunnale la prevalenza è collocabile nella fase di "esercitazione"; nella sessione invernale la prevalenza è collocabile nella fase di "percezione" dei contenuti trasmessi. **Conclusio-**

ni. Le ricerche che affrontano il tema della correlazione tra metodologie di apprendimento e di docenza sono, ad oggi, quantitativamente ridotte. Occorre aumentare il numero di ricerche anche in riferimento alla valutazione/ autovalutazione dello studente.

PREMESSA

Ho deciso di affrontare questo tema perché interessata da sempre alla didattica.

E' stato scritto ancora poco in riferimento alla formazione riflessiva ed ancora meno attenzione è stata posta agli strumenti di valutazione. Le evidenze scientifiche, su cui si basa il lavoro, sono centrate su:

- la maieutica socratica;
- la teoria andragogica;
- metodo Reflecting;
- il PBL.

P. Honey e A. Munford, nel 1986, hanno affrontato questi temi, dalle basi del lavoro sul "ciclo di Kolb". Successivamente, nel 1993, Schön, si è occupato della riflessione nella professione.

M. Knowles, nel 1996, ha effettuato ricerche sull'apprendimento degli adulti, e successivamente ha approfondito l'argomento con la collaborazione di Elwood F. Holton III e Richard A. Swanson.

G. Pesci e S. Pesci, nel 2003 e 2005, hanno affrontato il metodo "Reflecting" per stimolare la riflessione nell'interlocutore.

L. Gamberoni, G. Marmo, M. Bozzolan, C. Loss, O. Valentini, nel 2010, hanno approfondito il tema dell'apprendimento riflessivo.

Facendo riferimento a questi ricercatori e autori ho affrontato l'insegnamento della Infermieristica Generale II con un metodo che con consapevolezza potesse contenere più stili di docenza.

Ho costruito, inoltre, strumenti di autovalutazione dello studente.

INTRODUZIONE

La formazione universitaria ha lo scopo di accrescere le conoscenze teoriche e le capacità di ricerca degli studenti. Il professionista del futuro dovrà possedere competenze trasversali e specifiche altamente qualificate. Dunque, il formatore dovrà lavorare su diversi livelli: conoscenze – abilità – valori e convinzioni – comportamenti – identità. Didatticamente, si evince che gli interventi formativi devono essere progettati in modo diverso a seconda dell'area su cui si vuole centrare l'attenzione.

L'obiettivo del mio studio osservazione-



IPASVI

le si è concentrato sull'osservare il processo di apprendimento degli studenti. Le finalità complessive del progetto si sono sviluppate nello:

1. Stimolare il pensiero critico dello studente;
2. Sperimentare sul campo diverse metodologie didattiche;
3. Correlare stili di docenza, stili di apprendimento e valutazioni curriculari finali degli studenti.

OBIETTIVI

In questo studio ho osservato e valutato l'apprendimento degli studenti (qualitativo e quantitativo) allo scopo di stimolarne il pensiero critico e favorirne l'apprendimento. Durante il mio insegnamento, di Infermieristica Generale II, parte A, per il Corso di Laurea Infermieri sede di Imola AA 2010-2011, ho adottato, al fine di agevolare il passaggio dei contenuti da programma, diverse metodologie didattiche. Mediante l'accertamento iniziale dello stile di apprendimento degli studenti e la valutazione in itinere e finale dei contenuti, ho studiato, inoltre, la relazione tra gli stili di docenza e quelli di apprendimento.

Il periodo di studio è stato pianificato della durata di un anno (da marzo 2011 a febbraio 2012) suddiviso in due momenti principali:

- in aula (dal 23/03/2011 al 26/05/2011) per totali 27 ore
- in sessione di appello estiva, autunnale ed invernale.

MATERIALI E METODI

Il campione dello studio è costituito da 62 studenti del primo anno accademico 2010-2011. L'età media del campione è di 21,94 anni, con un indice di varianza di 19 anni. Il 50% del campione è rappresentato da femmine italiane; il 39% da maschi italiani; l'11% da femmine di altre nazionalità.

Durante le lezioni in aula, sono stati utilizzati differenti metodologie didattiche:

- a) Metodo didattico deduttivo: utilizzo slide con colori e immagini
- b) Metodo didattico induttivo: racconti/allegorie/poesie – tratti di film/visione filmati
- c) Metodo didattico storico temporale: lettura articoli attualità
- d) Metodo didattico per casi: pianificazione scritta/orale di casi clinici in simulata.

Sono stati somministrati agli studenti i seguenti strumenti:

- **Questionario STILI DI APPRENDIMENTO dello studente** - a cura del-

la Cattedra di Psicologia del lavoro Università di Bologna Dott.ssa Cinzia De Angelis (materiale elaborato sulla base del lavoro di Kolb "Ciclo sequenziale dell'apprendimento" riformulato da P. Honey e A. Munford, 1986): è costituito da 80 affermazioni. Lo studente deve leggere attentamente ogni affermazione e pensare a quanto sia vera per se stesso.

- **Questionario VALUTAZIONE CONOSCENZE iniziali** (composto di tre parti):

a) Questionario VALUTAZIONE CONOSCENZE

PRIMO BLOCCO

E' costituito da 10 domande con tre possibilità di risposta, di cui solo una è quella corretta. Le domande sono riferite al primo blocco di programma didattico: Modello funzionale gestione e mantenimento della salute; Modello funzionale sonno e riposo; Modello funzionale sessualità e riproduzione.

b) Questionario VALUTAZIONE CONOSCENZE

SECONDO BLOCCO

E' costituito da 23 domande con tre possibilità di risposta, di cui solo una è quella corretta. Le domande sono riferite al secondo blocco di programma didattico: Modello funzionale ruolo e relazioni; Modello funzionale valori e credenze; Modello funzionale percezione di Sé.

c) Questionario VALUTAZIONE CONOSCENZE

TERZO BLOCCO

E' costituito da 15 domande con tre possibilità di risposta, di cui solo una è quella corretta. Le domande sono riferite al terzo blocco di programma didattico: Modello funzionale di coping e tolleranza allo stress; Modello funzionale cognitivo percettivo.

- **Scheda di Autovalutazione ad ogni fine lezione in aula**

Permette allo studente di riflettere in itinere sugli obiettivi cognitivi, relazionali e gestuali del suo percorso di apprendimento.

- **Questionario AUTOVALUTAZIONE PERCORSO APPRENDIMENTO**

Permette allo studente di riflettere sugli obiettivi cognitivi, relazionali e gestuali al termine del suo percorso di apprendimento.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Il 46% del campione è rappresentato con "stile di apprendimento riflessivo"; il 27% "pragmatico"; il 12% "teorico"; l'8% "attivo":

STILE ATTIVO

Preferisce l'azione, apprende meglio dalle esperienze quando ci sono nuove situazioni e problemi; si avvantaggia di simulazioni, esercitazioni che mettono alla prova e che sono ritenute difficili (*fase 1: esperienza e azione*).

STILE RIFLESSIVO

Preferisce prendere il tempo necessario per pensare e agire. Viene messo in difficoltà da metodi sbrigativi e poco rigorosi. Impara meglio dalle esperienze se incoraggiato a controllare, a riflettere sulle attività, ha tempo di rivedere cosa ha fatto e può prendere una decisione (*fase 2: la riflessione*).

STILE TEORICO

E' interessato a scoprire concetti, predilige le argomentazioni logiche e metodologiche strutturate. Impara meglio dall'esperienza quando gli si propongono attività nelle quali si ricercano relazioni, hanno possibilità di fare domande, sono intellettualmente provocati (*fase 3: la valutazione*).

STILE PRAGMATICO

Ha bisogno di un legame fra l'aspetto concettuale e l'attività pratica che svolge. Impara attraverso esempi oppure problemi concreti da risolvere. Impara meglio dalle esperienze c'è un legame chiaro tra l'esperienza e la soluzione di un problema, possono provare tecniche con una guida (*fase 4: la pianificazione*).

Alla luce dell'identificazione delle diverse modalità di stili di apprendimento all'interno dello stesso gruppo di studenti (con prevalenza dello stile riflessivo per 28 studenti, e pragmatico per 15 studenti), ho provveduto a modulare lo stile di docenza (diversi stili all'interno della stessa giornata di insegnamento).

All'inizio di ogni "blocco di insegnamento modelli funzionali" è stato somministrato un pre-test delle conoscenze, seguito da un post-test (prova uguale al pre-test) al termine degli insegnamenti in aula.

	valore numerico (risposte corrette)	valore percentuale (risposte corrette)	data	totale questionari esaminati
pre test blocco 1	4,82 su 10	48,2	24/03/2011	52
post test blocco 1	7,65 su 10	76,5	31/03/2011	58
pre test blocco 2	8 su 23	34,78	14/04/2011	31
post test blocco 2	14,52 su 23	63,13	12/05/2011	44
pre test blocco 3	7,1 su 16	44,37	26/05/2011	39
post test blocco 3	10,33 su 16	64,57	26/05/2011	39

Tabella 1. Esiti pre e post test delle conoscenze acquisite

Si evince che lo strumento pre test delle conoscenze, seguito dal post test, è valido per misurare quantitativamente i contenuti da programma appresi. Per il primo blocco di conoscenze, si è rilevato un incremento del 28.3%. Per il secondo blocco di conoscenze, si è rilevato un incremento del 28.35%. Per il terzo blocco di conoscenze, si è rilevato un incremento del 20.2%. Alla luce del lavoro di Kolb "Ciclo sequenziale dell'apprendimento" riformulato da P.Honey e A. Munford (1986), ho valutato la mia parte di docenza (Infermieristica Generale parte A). I risultati nella prima sessione di appello (Luglio 2011) sono stati i seguenti:

- n. 3 studenti, su 32 esaminati, hanno superato l'esame con voto 30L/30, collocabili nella "fase di creazione"
- n. 8 studenti, su 32 esaminati, hanno superato l'esame con voto 30/30, collocabili nella "fase di crescita"
- n. 6 studenti, su 32 esaminati, hanno superato l'esame con voto 26-27/30, collocabili nella "fase di esercitazione"
- n. 6 studenti, su 32 esaminati, hanno superato l'esame con voto 24-25/30, collocabile nella "fase di individualizzazione".

Gli studenti, nella sessione d'appello di settembre/ottobre 2011, hanno appreso i contenuti del programma didattico con la seguente valutazione:

- n. 2 studenti, su 14 esaminati, hanno superato l'esame con voto 30L/30, collocabili nella "fase di creazione"
- n. 2 studenti, su 14 esaminati, hanno superato l'esame con voto 30/30, collocabili nella "fase di crescita"
- n. 4 studenti, su 14 esaminati, hanno superato l'esame con voto 26-27/30, collocabili nella "fase di esercitazione"
- n. 2 studenti hanno superato l'esame con voto 24-25, collocabili nella "fase di individualizzazione"

Lo studente, appartenente al campio-

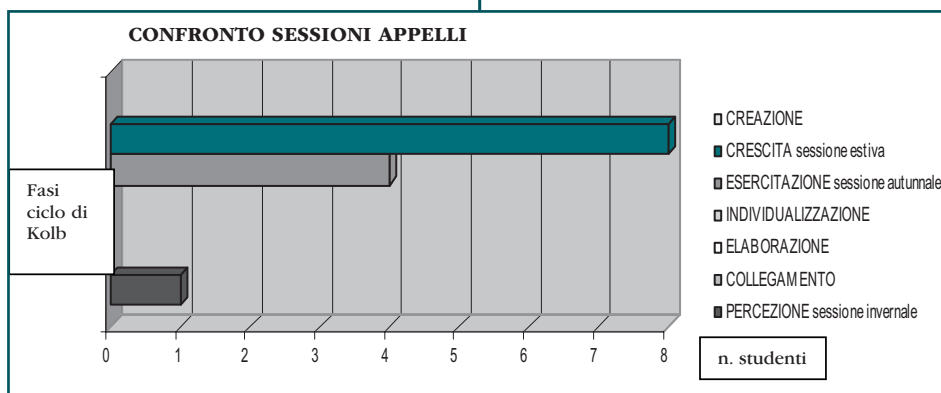
ne, esaminato (nella sessione di febbraio 2012) ha appreso i contenuti del programma didattico collocabile nella fase di "percezione" (voto 18-19/30) dei contenuti trasmessi.

Dal confronto delle tre sessioni d'appello, si evince che il fattore "tempo trascorso" influisce in modo inversamente proporzionale all'acquisizione dei contenuti trasmessi in aula.

- storico-temporale (articoli di attualità) = 16% degli studenti

Alla luce di quanto esposto posso evidenziare che:

- il pre-post test delle conoscenze è un utile strumento da adottare nella metodologia didattica, e non c'è differenza tra il ritiro a priori o posteriori del pre test, anche se i ragazzi



Il totale degli studenti esaminati negli appelli di "Infermieristica Generale II parte A" è stato di 47 studenti, sul totale del campione (62 studenti).

Sono stati distribuiti agli studenti n. 52 questionari di autovalutazione del percorso di apprendimento, e raccolti n. 46.

Lo strumento "pre-post test a blocchi" è stato considerato un utile strumento per il 96% degli studenti.

Il 73% degli studenti preferisce il ritiro del pre-test, da parte del docente, al termine delle lezioni in aula.

Il 76% degli studenti ritiene utile l'utilizzo della "Scheda di Autovalutazione" ad ogni fine incontro in aula.

I metodi didattici che hanno favorito l'apprendimento agli studenti si sono rivelati:

- deduttivo (slide) = 26% degli studenti
- induttivo (film - poesie - racconti/ allegorie) = 27% degli studenti
- per casi (situazioni cliniche - laboratori individuali) = 31% degli studenti

preferiscono il ritiro a posteriori;

- la "Scheda di Autovalutazione" si è dimostrata un utile strumento nella metodologia didattica, anche se necessita di elementi di approfondimento;
- si può presumere, ed è importante sviluppare un progetto di ricerca futuro per studiarne la corretta correlazione:

Stili di apprendimento	Stili di docenza
Riflessivo	Per casi
Pragmatico	Induttivo
Teorico	Deduttivo
Attivo	Storico-Temporale

Da non sottovalutare, al fine qualitativo nell'apprendimento, è il **clima d'aula** durante l'insegnamento, gli studenti esaminati nella ricerca lo hanno riscontrato: di partecipazione n. 3 - di rilassamento n. 16 - sereno n. 19 - piacevole - di interesse n. 11 - informale

n. 4 - favorevole all'apprendimento - stimolante - di coinvolgimento n. 6 - di curiosità - attivo n.6 - appassionante - accogliente n. 2 - divertente n. 2 - di riflessione n. 2 - di simpatia - in attenzione e ascolto n. 3 - professionale.

Alla domanda, **"Come mi sono sentito/a durante le ore di insegnamento?"**, gli studenti hanno così risposto: stimolato n. 3 - interessato n. 18 - trasportato dalle lezioni - in ritiro spirituale - coinvolto (anche emotivamente) n. 15 - attratto dalla materia - attento n. 2 - incuriosito n. 2 - appagato intellettualmente - rilassato con mente lucida - curioso - partecipe n. 5 - considerato dall'insegnante - a mio agio n. 2 - tranquillo n. 5 - bene n. 7 - migliorato - consapevole di ciò che stavo apprendendo.

Meritevoli di attenzione, sono stati i **commenti degli studenti**: Le letture, poesie e filmati hanno contribuito ad elevare l'attenzione n. 6 - Ottime tecniche usate - Metodo originale "e penso che abbia trovato la chiave adatta per approcciarsi a noi adolescenti alle prese con l'università. I modi sono sempre carini ed è sempre disponibile... Mi sono sentita coinvolta e piacevolmente attratta dalla materia. L'ho trovata interessante e le tecniche usate per attirare l'attenzione hanno sicuramente raggiunto l'obiettivo... Il clima è sereno e rilassato, quasi piacevole considerando che nella maggior parte dei casi non si va mai volentieri a lezione, soprattutto quando arriva l'estate" - "Le letture assolutamente fantastiche!" - "Le letture hanno coinvolto la mia attenzione grazie all'enfasi e alla modalità di lettura" - "Il docente ha applicato un metodo di insegnamento innovativo, brillante, dinamico e coinvolgente... Soddisfatta del corso" - "Molto gentile e carina nei modi di fare" - "Molti erano interessati anche perché c'era un coinvolgimento da parte della prof.. Inoltre filmati e racconti alleggerivano la lezione rendendo più attiva l'attenzione" - "Le lezioni sono diverse dal solito, e più utili. I concetti sono rimasti più impressi" - "E' risultato interessante ampliare il classico lavoro didattico con la visione di filmati e la lettura di passi di libri." - "Grazie prof. per il suo sorriso che ci dona molta speranza e passione!".

BIBLIOGRAFIA

- Einav Aizikovitsh-Udi, Miriam Amit, Developing the skills of critical and creative thinking by probability Teaching, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15 (2011) 1087-1091.
- Curtis Jay Bonk, Alternative instructional strategies for creative and critical thinking in the accounting curriculum, *Journal of Accountin` Education* (1999) Vol 05 No 1 pp 150 182 0887.
- Maria Teresa Castaldi, Le buone pratiche in sanità Ausl Imola: far crescere i professionisti di domani tra pratica e passione, *Learning News* Febbraio 2012, anno VI - N. 2.
- Atilla Çimer, Melih Timuçin, Content of an in-service training to develop and assess activities minding critical thinking, *WCLTA* 2010.
- E. Cogno, *Come risolvere i problemi. Tecniche per trasformare gli ostacoli in opportunità con il pensiero antitetico*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- C. Cortese, A. Fedrigotti, *Etica infermieristica, sviluppo morale e professionalità*, SORBONA III ediz., 1988.
- Geert Ten Dam, Monique Volman, Critical thinking as a citizenship competence: teaching strategies, Elsevier Ltd, 2004.
- Marzieh Dehghani, Hossein Jafari Sani, Hamideh Pakmehr, Asma Malekzadeh, Relationship between Students' Critical Thinking and Self-efficacy Beliefs in Ferdowsi University of Mashhad, Iran, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15 (2011) 2952-2955.
- I. Dell'Aquila, H. Jaoui, *L'avvocato dell'angelo - Razionalità e creatività: strumenti e tecniche per favorire l'efficacia tramite il piacere*, Franco Angeli, Milano, 2010.
- L. Gamberoni, G. Marmo, M. Bozzolan, C. Loss, O. Valentini, *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato*, Edises Napoli, 2010.
- J.J. Guilbert, *Guida Pedagogica per il personale sanitario*, Armando Editore, 2002.
- P. Honey, A. Munford, *Ciclo sequenziale dell'apprendimento di Kolb*, 1986.
- Al-Kadri, Al-Moamary, Al-Takroni, Roberts C, Van Der Vleuten, Self-assessment and students' study strategies in a community of clinical practice: A qualitative study, *SourceCollege of Medicine, King Saud bin Abdulaziz University di Scienze della Salute, Riyadh, Arabia Saudita*, 2012.
- Maghsood Amin Khandaghi, Hamideh Pakmehr, Elham Amiri, "The status of college students' critical thinking disposition in Humanities", *Procedia Social and Behavioral Sciences* 15 (2011) 1866-1869.
- M. Knowles, Elwood F. Holton III, Richard A Swanson, *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- M. Knowles, *La formazione degli adulti come autobiografia.*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.
- D. Massai, *Metodi e strumenti per la formazione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, Milano 2010.
- E. Migliosi, *Formare in laboratorio*, Franco Angeli, Milano, 2007.
- G. Pesci, S. Pesci, A. Viviani, *REFLECTING - un metodo per lo sviluppo del Sé*, Magi Educazione, Roma, 2003.
- S. Pesci, *Manuale di Reflecting*, Magi Educazione, Roma, 2005.
- Inna Popil, Promotion of critical thinking by using case studies as teaching method, *Nurse Education Today*, 2010.
- G. Reale, *Socrate. Alla scoperta della sapienza umana*, Rizzoli, Milano, 2000.
- F. Sansone, *Il pensiero flessibile - Gli strumenti operativi per sviluppare la flessibilità mentale e raggiungere l'eccellenza in ambito professionale*, Franco Angeli, Milano 2003.
- L. Sasso, A.Lotti, *Problem-Based Learning per le professioni sanitarie*, McGraw Hill, Milano, 2007.
- D. A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica*, Dedalo, Bari, 1993.
- Wan Shahrazad Wan Sulaiman*, Wan Rafaei Abdul Rahman, Mariam Adawiah Dzulkiflib, "Examining the Construct Validity of the Adapted California Critical Thinking Dispositions (CCTDI) among University Students in Malaysia", *International Conference on Learner Diversity*, 2010.
- Elaine Simpson, Mary Courtney, Implementation and evaluation of critical thinking strategies to enhance critical thinking skills in Middle Eastern nurses, *International Journal of Nursing Practice*, Volume 14, Issue 6, pages 449-454, December 2008.
- F. Turchini, "La riflessività nella formazione", in *L'Infermiere*, n. 4, settembre 2010.
- J.M. Wilkinson, *Processo infermieristico e pensiero critico*, CEA, 2009.

• **L'assistenza infermieristica olistica**

Francesco Burrai

Professore a Contratto di Infermieristica Olistica, Università di Bologna.

Coordinatore Didattico, Corso di Laurea in Infermieristica, Sezione Formativa BO1-AOSP S. Orsola - Malpighi Bologna.

Introduzione

Il termine olistismo deriva dalla parola greca *holos*, che costituisce la base semantica del termine moderno olistismo. Tale concetto tuttavia esprime un'origine antichissima. Nella lingua sanscrita della cultura indiana vedica, la parola 'sarvah' ha il significato di tutto, descrivente l'essere umano come parte integrale e non separabile dall'universo.

In occidente e in epoca moderna, Smuts ha definito l'olismo come "la tendenza, in natura, a formare interi che sono più grandi della somma delle parti attraverso l'evoluzione creativa" (1). Una conseguenza logica di tale concezione è rappresentata dal fatto che le proprietà di un sistema non possano essere derivate solo attraverso la conoscenza prodotta dalla misurazione delle singole componenti.

Il tutto possiede un significato maggiore e diverso dalla semplice somma delle parti: l'essere umano è formato da componenti che sono in uno stato di integrazione e intercorrelazione non frammentabile, non separabile. Dunque, le metodologie riduttive di natura meccanicistica e di origine cartesiana non sono pienamente funzionali alla comprensione globale dell'uomo.

Per una prima comprensione del concetto di interconnessione tra le strutture naturali, fondamentale nell'ambito dell'olismo, è necessario partire dalla teoria dei sistemi naturali di von Bertalanffy (2).

Questa teoria, che porta con sé implicazioni rilevanti per l'assistenza infermieristica, afferma che ogni struttura naturale, ad ogni livello di organizzazione (dai quark ai sistemi nella gerarchia biofisica, dalla famiglia all'universo), si trova in uno stato di interconnessione (network) attraverso flussi di informazioni circolari, caratterizzati da stati dinami-

ci e continui di feedback e loop (3), in cui ogni cambiamento in uno di questi livelli influenzerà simultaneamente tutte le altre parti che compongono il sistema.

Da questa prima sintetica esposizione, si può intuire come la teoria dei sistemi naturali introduca un modello di assistenza assai diverso dal tradizionale approccio allopatrico, nel quale l'azione è concentrata in primis sul trattamento dei sintomi, sull'estrema specializzazione, sull'enfaticizzazione dell'efficienza, con una professionalità legata a un approccio emotivo neutrale. In tale contesto, il dolore e la malattia sono manifestazioni negative provocate da disturbi chimico-fisici e i relativi interventi sanitari sono sempre primariamente effettuati con farmaci e chirurgia. Il corpo è una macchina complessa necessaria di riparazioni e la malattia e la disabilità sono considerate come entità oggettive, separabili, misurabili e modificabili.

La persona assistita viene perciò definita come 'paziente', dunque la sua condizione è relativa a uno stato di dipendenza rispetto all'autorità del sanitario. Corpo e mente sono considerate entità separate e che scarsamente si influenzano; la mente è considerata sempre un fattore secondario nella manifestazione delle malattie organiche e l'effetto placebo è indotto da meccanismi di suggestione. Primaria rilevanza hanno le informazioni di tipo quantitativo e oggettivo, rispetto ai dati qualitativi legati alla sfera soggettiva.

Diversamente, nel modello olistico la ricerca delle cause della malattia è fortemente orientata verso i modelli esistenziali e la persona è definita come sistema vivente integrato con l'ambiente, non scomponibile in parti. L'erogazione dell'assistenza non può essere emotivamente neutrale, essendo una componente fondamentale del processo di salute. Il dolore e la malattia hanno nella componente psicosomatica, biologica, psicologica, sociale e spirituale i loro fattori eziologici (4). Superata la fase acuta o di emergenza, gli interventi invasivi e farmacologici tendono verso una loro riduzione e possono essere affiancati dall'azione sinergica di tecniche complementari non invasive. Il corpo è definito come sistema dinamico, un complesso campo di energia interconnesso al campo mentale, spirituale, sociale, ambientale, culturale e storico, mentre la malattia e la disabilità sono processi esistenziali e non entità. Per tale ragione,

l'azione curativa è indirizzata verso la scoperta delle risorse e del potenziale terapeutico e rigenerante del sistema mente-corpo. La persona assistita non è un paziente, dunque non deve mantenersi in uno stato di dipendenza dall'autorità sanitaria, ma è un individuo che determina una propria autonomia, in un rapporto di partnership e di alleanza con gli operatori sanitari. La mente e il corpo sono entità interconnesse ad influenza circolare sull'asse psiconeuroendocrinoimmunologico (PNEI), dove il fattore psichico è considerato cofattore nella generazione della malattia. Nell'approccio olistico primaria rilevanza hanno le informazioni di tipo qualitativo ottenute dalla relazione e comunicazione con la persona, dalla capacità di attenzione, ascolto e intuizione dell'infermiere in sinergia con l'acquisizione dei dati quantitativi.

Negli USA, dal 2006 l'American Nurses Association (ANA) ha ufficialmente definito l'assistenza infermieristica olistica una specialità dell'infermieristica, poiché essa rientra all'interno dei criteri e degli standard professionali che definiscono un'area specialistica (5).

Questa determinazione, ottenuta dalla più importante e rappresentativa associazione infermieristica statunitense, certifica formalmente la figura specialistica dell'"infermiere olistico" e il nursing olistico come un'area di specialità infermieristica caratterizzata da uno specifico background scientifico, di conoscenza, competenza, pratica professionale, formazione e ricerca (6).

Il carattere di specialità infermieristica olistica si ritrova in una prima definizione del 1998 dell'Associazione Americana degli Infermieri Olistici, l'American Holistic Nurses Association (AHNA) (7), in cui il *core* del nursing olistico è centrato su un unico obiettivo principale: il processo di assistenza infermieristica olistica orientato alla salute della persona intesa, percepita e assistita come un tutto.

Ciò che è peculiare è la prospettiva e la logica dell'intervento infermieristico olistico, basate sulla conoscenza e la profonda consapevolezza che l'essere umano è un'interconnessione di corpo, mente, spirito, energia, in cui le componenti sociale, culturale, relazionale, contestuale e ambientale giocano ruoli non secondari nel mantenimento della salute e del benessere individuale.

Per un infermiere olistico, questa vi-

sione dell'uomo e della realtà, non può avere e non può ridursi a un profilo filosofico, di affascinanti concetti, perché non funzionerebbe, non sarebbe convincente e soprattutto non può tradursi in un'assistenza infermieristica che dovrebbe fregiarsi del termine olistico.

La persona nell'assistenza olistica

L'essere umano è un network, un essere che vive e sperimenta l'esistenza attraverso un'interconnessione vitale tra modo interno ed esterno di tipo circolare, una rete di informazione in feedback tra le componenti biologica, psicologica, spirituale, sociale, culturale e ambientale. La persona è un'unità che diventa non comprensibile quando si separano, studiano e misurano le sue singole parti. Meglio, le parti sono definite dalla globalità del sistema: ogni stato è definito dal movimento informativo degli stati del sistema. Questa visione porta immanabilmente alla definizione della persona come sistema unico, diverso da ogni altro individuo, perché l'infinita complessità individuale e la sua continua trasformazione nello spazio e nel tempo non permetteranno mai di identificare individui con le medesime caratteristiche in un punto o parte del sistema. L'individuo non può allontanare le domande fondamentali sulla sua esistenza, è pervaso da una continua ricerca del senso e dello scopo delle sue esperienze, della malattia, della sofferenza e della morte. La definizione dello stato di salute, benessere e malattia non può essere data da un'etichetta posta dalla sola autorità esterna (OMS, medici, infermieri ecc.) ma dalla visione personale di tali fenomeni da parte dell'individuo, percezione che muta nel suo divenire esistenziale, allontanando così ogni possibile tentativo di definizione che punti a dare una determinazione, una descrizione completa di una percezione umana. Ogni persona possiede capacità, risorse, energie che conducono alla guarigione.

Tali capacità sono innate e potenti: l'infermiere olistico aiuta la persona a identificarle, indirizzarle e potenziarle. L'assistenza infermieristica olistica ha come oggetto di assistenza l'individuo, la famiglia, popolazioni o comunità, in ogni condizione esistenziale lungo l'asse determinato da salute, benessere, sofferenza, malattia e morte.

Guarigione e salute nell'assistenza olistica

Contrariamente a una certa tendenza contemporanea – caratterizzata da una visione dell'uomo inteso come soggetto puramente pragmatico e da una richiesta esistenziale legata ai parametri di efficacia ed efficienza, nella quale la malattia e la sofferenza diventano puri eventi ostacolanti la capacità produttività del soggetto – l'assistenza infermieristica olistica vede nella salute e nella malattia due condizioni naturali non statiche, sganciate da ogni meccanismo produttivo e che presentano un andamento dinamico nel quale assumono il loro significato nella possibilità di un'evoluzione personale. La malattia allora non è più un incidente della vita pragmatica di un uomo, uno stop alla sua produttività, ma apertura di un orizzonte di esperienza che offre un'opportunità esistenziale a carattere costringente, pressante, verso una riduzione della velocità esistenziale, un atto di pausa, di riflessione interiore sul movimento della sua vita e sull'esistenza.

Il mondo dei sintomi e dei segni non è più interpretato in maniera riduttiva come dato clinico, che richiede un trattamento specifico secondo il modello cartesiano e newtoniano, ma come nuovo linguaggio, forma di comunicazione del tutto, del sistema uomo, con significati molto più ampi, che può condurre alle vere cause del problema, che non sono mai uniche. La salute non è definita da un'assenza di malattia, dualità tipica del modello biomedico, ma da una condizione di stato, da una qualità di condizione intesa come integrazione ed equilibrio del sistema individuale interconnesso con l'ambiente.

Si evidenzia allora come l'attenzione sia orientata sulla conoscenza degli stili di vita, delle modalità di pensiero ed emotive, sulle condizioni ambientali, sulla prevenzione e promozione di tutti i fattori che mantengono in armonia l'unità dell'individuo e il giusto rapporto con il mondo relazionale e ambientale.

Il mantenimento della salute e il raggiungimento della guarigione non sono possibili senza un intervento attivo della persona, che riceve un supporto verso l'identificazione, la correzione e il potenziamento delle scelte efficaci per tali obiettivi, dunque diventa per il soggetto un processo di conoscenza ed evoluzione personale.

La pratica dell'assistenza infermieristica olistica

L'assistenza infermieristica olistica si esplica attraverso l'unione e la sinergia delle dimensioni scientifiche ed artistiche del nursing.

Sul versante scientifico, il processo di assistenza olistico si basa sulle teorie, sulle evidenze scientifiche, sulla ricerca e sul pensiero critico. Le teorie utilizzate sono di natura sia infermieristica sia multidisciplinare, e hanno in comune una filosofia, una visione della realtà caratterizzata dall'elemento di interconnessione di un sistema indivisibile e non frazionabile.

Nel campo della ricerca infermieristica teorica, le teorie maggiormente utilizzate sono quelle di Florence Nightingale, la teoria dell'assistenza umana di Jean Watson, la scienza dell'essere umano unitario di Martha Rogers, la teoria della salute come espansione della coscienza di Newman, la teoria dell'assistenza transculturale di Madeleine Leininger, la teoria del divenire umano di Rosemarie Rizzo Parse, la teoria dell'assistenza infermieristica umanistica di Paterson e Zderad e la teoria del modellamento e del modellamento di ruolo di Helen Erickson. Numerose sono anche le teorie di natura non infermieristica utilizzate, che hanno per oggetto i fenomeni della coscienza, della consapevolezza, dei campi di energia.

Tra queste, sono poste le basi per i sistemi di medicina e assistenza complementare. L'assistenza infermieristica olistica si avvale delle migliori evidenze della ricerca quantitativa, compresi i trial clinici controllati e randomizzati, in sinergia con le evidenze della ricerca di tipo qualitativo.

La ricerca di tipo olistico permette lo sviluppo continuo della conoscenza, delle teorie e della filosofia olistica, con particolare riguardo alla ricerca rigorosa nel campo delle terapie complementari. Questo fondamentale movimento di ricerca è finalizzato alla produzione della best practice, con produzione di linee guida e protocolli, dunque di processi di standardizzazione e uniformità del linguaggio che diventano integrati all'interno della personalizzazione dell'assistenza infermieristica olistica.

La disseminazione delle evidenze scientifiche è attuata soprattutto attraverso la pubblicazione di articoli sulle numerose riviste di carattere olistico, come ad esempio il Journal of Holistic Nursing, il Complementary Therapies

in Clinical Practice, l'Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine e The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Su tale solida base scientifica, l'infermiere olistico sviluppa e utilizza le risorse personali di intuizione, creatività, presenza e consapevolezza.

La coniugazione di queste due vie è inserita nel processo di assistenza olistico, strutturato in una fase di valutazione iniziale, diagnosi, identificazione degli obiettivi, pianificazione, attuazione e valutazione finale. Questo processo si avvale delle diagnosi infermieristiche della NANDA, della classificazione degli interventi infermieristici NIC e della classificazione dei risultati infermieristici NOC.

L'assistenza infermieristica olistica deve rispettare coerentemente il mondo dei valori e dell'etica olistica, che si ritrova nei *core value* di unità, globalità, personalizzazione, umanizzazione, dignità, responsabilità e legalità di ogni azione infermieristica.

Gli aspetti etici dell'infermiere olistico non sono solo sostenuti dall'American Holistic Nurses Association (8), ma anche dall'American Nurses Association (9) e dal Department of Health and Human Services (10). L'infermiere olistico mantiene una costante apertura verso modelli, filosofie, paradigmi e approcci provenienti da altre culture, che portano diverse e nuove definizioni di salute, sofferenza, malattia e guarigione, con lo scopo di inglobarle nel processo di assistenza infermieristica, sviluppandone dunque l'elemento interculturale a favore della personalizzazione dell'assistenza. L'infermiere olistico con la sua azione contribuisce alla strutturazione di un ambiente che stimola il movimento dell'assistito verso uno stato di benessere e di guarigione.

Gli interventi olistici sono sempre caratterizzati da una ricerca di una relazione 'calda' verso l'altro, di autenticità, rispetto e fiducia, perché tali modalità producono effetti terapeutici non solo a livello psichico, ma sull'insieme, sull'intero asse globale dell'individuo.

L'infermiere olistico è sempre consapevole che il raggiungimento di uno stato di unità, di globalità di equilibrio delle componenti antropologiche della persona è terapeutico ed è possibile produrre tale effetto anche attraverso un'azione di indirizzo e potenziamento delle risorse di guarigione dell'individuo, avvalendosi sia di interventi infermieristici convenzionali sia di in-

terventi di terapie complementari che presentano evidenze scientifiche.

La sua azione non può prescindere da un'alleanza terapeutica con le diverse figure sanitarie e si espande verso i diversi campi del mondo sanitario, evidenziando ad esempio il ruolo dell'azione della luce e del colore, degli aromi, delle immagini, del suono, della musica, della spazialità e dell'orientamento delle camere e dei letti di degenza. Questi elementi fanno parte del campo esperienziale di ogni persona (connessione con l'ambiente) favorendo la creazione di un ambiente terapeutico che stimola le risorse individuali verso stati di benessere e una migliore qualità di vita.

Per i valori intrinseci all'assistenza olistica, gli orientamenti a livello delle politiche sanitarie sono favorevoli a un'assistenza sanitaria di tipo gratuito, aperta a tutta la popolazione, con garanzie soprattutto per le fasce più deboli e più povere.

L'infermiere olistico ritiene fondamentale per la salute e la vita del genere umano le condizioni fondamentali di un ecosistema planetario in equilibrio, essendo consapevole, anche attraverso le inequivocabili evidenze scientifiche, che ogni mutamento delle condizioni del pianeta si ripercuotono immancabilmente sulle condizioni di vita degli individui.

La non dualità dell'infermiere olistico

Risulta a questo punto importante evidenziare che non ci può essere una differenza tra i valori personali dell'infermiere olistico e i valori della visione olistica.

L'infermiere olistico non può praticare una vera assistenza olistica se non procede prima a un suo percorso interiore, di conoscenza dei suoi meccanismi di pensiero ed emotivi, delle sue risposte conscie e inconscie mente-corpo, del ruolo e del significato della sua componente spirituale.

Esso è chiamato a dimostrare nei rapporti, nella relazione con il mondo, una coerenza con i valori olistici.

L'infermiere olistico deve sviluppare il suo grado di consapevolezza per riconoscere le sue risorse interiori, quelle energie innate di auto-guarigione e di self-care.

Questa modalità esistenziale passa necessariamente attraverso un training che ha risvolti sia soggettivi sia di acquisizione di competenze terapeutiche: senza questo movimento di conoscenza personale, non può introdurre

nella sua assistenza una comprensione globale della persona che assiste, riducendo in maniera netta la sua capacità di aiuto agli individui, famiglie, gruppi, comunità e popolazioni.

Formazione e certificazione negli USA

Negli USA, gli infermieri (Registered Nurses, RN) hanno a disposizione quattro vie formative per acquisire competenze nel campo dell'infermieristica olistica: un livello base, uno avanzato, la formazione continua e i sistemi di certificazione di specializzazione:

1. a livello base, si può acquisire una prima preparazione olistica all'interno dei corsi universitari che formano gli infermieri e che rilasciano un Bachelor in Nursing. In questo momento, ad esempio, negli USA sono numerosi i College che hanno nel loro piano didattico diversi insegnamenti di infermieristica olistica;
2. a livello avanzato, sempre in ambito universitario dopo il Bachelor in Nursing, vengono erogati corsi che permettono l'acquisizione di competenze avanzate in assistenza infermieristica olistica, con skill che coprono un ampio arco di competenze, che vanno dalla consulenza all'educazione, all'insegnamento e alla ricerca;
3. a livello dell'educazione continua in medicina – la continuing education (CE) negli USA – l'American Holistic Nurses Association (AHNA) è un provider accreditato dall'American Nurses Credentialing Center (ANCC). L'AHNA è certificata per approvare i programmi di carattere olistico, nonché produrre corsi in numerose aree olistiche, come ad esempio quelle riguardanti la presenza consapevole, l'immaginazione guidata, la visualizzazione, il tocco terapeutico;
4. numerosi centri e organizzazioni rilasciano crediti e certificazioni in diverse terapie complementari. A tale proposito, è importante evidenziare la presenza di un ente di controllo che ha il ruolo di valutare e certificare il livello di competenza di un infermiere olistico durante la sua vita professionale. Questo organismo professionale è l'American Holistic Nurses Certification Corporation (AHNCC). L'AHNCC rilascia due tipi di certificazioni: la

prima può essere acquisita solo da infermieri in possesso di un Bachelor Degree, e riguarda l'acquisizione di competenze di base; la seconda certificazione, a cui possono accedere solo gli infermieri in possesso di un Graduate Degree in Nursing, riguarda l'acquisizione di competenze avanzate in infermieristica olistica.

Conclusioni

Il modello olistico introduce un concetto fondamentale distintivo dal modello biomedico: i problemi di salute nascono quando si altera lo stato di equilibrio relazionale tra le persone e l'ambiente inteso nella sua più ampia accezione (11). Ancora oggi, l'infermieristica segue il modello di tipo riduzionistico della medicina, applicandolo sia in campo assistenziale sia nel campo della formazione e producendo una frammentazione dell'assistenza in diverse campi di specializzazioni, con infermieri esperti nelle diverse parti del corpo o sistemi organici, nei diversi tipi di problemi di salute, nelle diverse tipologie di aree assistenziali (12). Questo approccio non segue né la natura della scienza infermieristica (13), né persegue la relazione terapeutica tra infermiere e paziente. Non comprende l'arte e la scienza dell'assistenza integrale alla persona, ma si trasforma in un'infermieristica che si occupa della malattia, che cura (*to cure* e non *to care*) e assiste in maniera settoriale, parcellare, scomponendo l'essere umano in parti e identificando l'uomo con problemi di salute con le parti anatomiche colpite dalle disfunzioni. Tale modello, caratterizzato da diversi elementi non funzionali all'uomo di cui il distacco emotivo e la depersonalizzazione rappresentano i fattori più evidenti, è entrato in crisi da anni dal punto di vista storico e sociale. Oggi le persone che accedono ai servizi sanitari nazionali, chiedono di non subire più quel processo disumanizzante in cui la loro esperienza di sofferenza o di malattia venga ridotta a un'identificazione con il nome tecnico di un segno, di un sintomo, di un dato biochimico, di un organo malato. Questa visione dell'individuo, percepito dal mondo assistenziale come una complessa bio-macchina, genera la non considerazione e la svalorizzazione di ciò che invece la persona più di tutto percepisce, intuisce e 'sente'. Essa ha condotto e conduce tuttora a pregiudizi e conflitti tra la popola-

zione e il mondo dei sanitari, di cui anche l'esplosione delle polizze assicurative tra i medici e gli infermieri ne è un esempio.

La società di oggi, dunque, accetta sempre meno di subire un intervento sanitario in cui non è contemplato la considerazione della persona come essere umano globale (14).

Numerosi sono i casi di medici e infermieri che, passando da uno stato di salute a uno stato di malattia, hanno sperimentato gli effetti dell'assenza di un'assistenza olistica (15).

In Italia, non esiste ancora la figura dell'infermiere olistico e il modello riduzionistico è ancora oggi di riferimento nella maggioranza delle organizzazioni sanitarie e di formazione universitaria.

Risulta auspicabile anche in Italia un'integrazione della figura dell'infermiere olistico all'interno del percorso formativo universitario e il relativo riconoscimento da parte delle organizzazioni sanitarie, contestualizzando alla realtà italiana gli standard e gli scopi definiti dall'American Holistic Nurses Association (AHNA).

BIBLIOGRAFIA

1. Smuts J. *Holism and Evolution*. Macmillan & Co Ltd, Londres 1926.
2. Von Bertalanffy L. *General System theory*. Gorge Barziller, New York 1972.
3. E. Lazlo. *The systems view of the world*. Gorge Braziller, New York, 1968.
4. Dossey B. "American Holistic Nurses's Association Core Curriculum for holistic nursing". Aspen Publishers, Gaithersburg 1997.
5. American Nurses Association. *Nursing: scope and standards of practice*. ANA, Washington D.C. 2004.
6. American Nurses Association. *Recognition of a nursing specialty, approval of a specialty nursing scope of practice statement and acknowledgement of specialty nursing standards of practice*. ANA, Washington, D.C. 2005.
7. American Holistic Nurses Association. *Description of holistic nursing*. AHNA, Flagstaff 1998.
8. American Holistic Nurses Association. *American holistic nurses association position statement on holistic ethics*. AHNA, Flagstaff 2007.
9. American Nurses Association. *Code of ethics for nursing with interpretive statements*. ANA, Washington D.C. 2001.
10. U.S. Department of Health and Human Services. *Patient's bill of rights in Medicare and Medicaid*. USDHHS, Washington D.C. 1999.
11. Chopra A, Doiphode V. "Ayurvedic medicine core-concept, therapeutic principles and current relevance". *Med Clin North Am* 2002; 86(1):75-88.
12. American Nurses Association. *Standards of clinical nursing practice*. ANA, Washington, D.C. 1974.
13. Fawcett J. "The relationship between theory and research: a double helix". *Adv Nurs Sci* 1978; 1(1): 49-62.
14. Astin JA. "Why patients use alternative medicine: results of a national sample". *JAMA* 1998; 279: 1548-53.
15. Bonadonna G, Bartoccioni S, Sartori F. *Dall'altra parte*. Rizzoli Milano, 2006.

• Avevamo un tappeto volante e non lo sapevamo

Servizio Assistenziale e Tecnico - Dipartimenti Cure Primarie

Maria Cristina Stegagno
Coordinatore Progetto

Morena Paolini
Team di progetto

Ada Ronzani
Psicologa consulente

Maria Cristina Degli Esposti
Cristina Cipriani
Squeo Tommaso
Gabriella Comellini
Infermieri e assistenti sanitari componenti del Tappeto Volante

Introduzione

Gli infermieri sanno che è assai problematico eseguire prestazioni sanitarie anche poco dolorose a bambini in età compresa tra i 5 e gli 8/9 anni. Può diventare pericoloso anche per l'operatore eseguire un prelievo ematico a un bambino spaventato, non collaborante, che si muove "di continuo..." E ancor più complicato è chiedere a un paziente in età pediatrica - a volte, dunque, molto, molto piccolo - di aprire la bocca e restare fermo, mentre il dentista procede all'esecuzione di un'anestesia locale. Per questo motivo è stato realizzato il progetto **Avevamo un tappeto volante e non lo sapevamo** - che ha come scopo quello di varcare le porte delle scuole elementari, raggiungendo un duplice obiettivo:

1. Ridurre la paura e il dolore in pazienti pediatrici (5/8 anni) che si sottopongono a prestazioni mininvasive (prelievi ematici, vaccinazioni, intramuscolari, piccole cure odontoiatriche);
2. Trasmettere basilari norme igieniche in relazione al lavaggio di mani e denti.

Descrizione del progetto: *che cos'è il tappeto volante*

Pedagogisti, educatori e Psicologi hanno lavorato a lungo su "paura e dolore", stendendo testi di vario genere e fornendo suggerimenti specifici. Pur non trascurando alcuni fra i contributi inseriti in bibliografia, abbiamo utilizzato per il nostro progetto, una metodica innovativa che utilizza un approccio complessivo e multidisciplinare rivolto al bambino, concentrandosi su aspetti, fondamentali e fondanti che sono:

- A. IL BAMBINO HA PAURA DI CIÒ CHE NON CONOSCE
- B. AL BAMBINO NON SI DEVE MAI MENTIRE
- C. IL BAMBINO VA RASSICURATO E GUIDATO
- D. IL PENSIERO DEL BAMBINO VA DISTOLTO DALLE MANOVRE MININVASIVE

In fin dei conti, che cosa abbiamo inventato? Niente, naturalmente. Abbiamo cercato, in tutta semplicità, di spiegare *con linguaggi diversi* ai nostri futuri pazienti che quando ci si sottopone a pratiche sanitarie di routine (prelievi, punture, vaccinazioni etc.), un po' di dolore si sente *sempre e comunque*, ma il male dura comunque poco e - specie se non si pensa a quel che l'infermiere sta facendo, ma a una cosa diversa o, addirittura, buffa - il male che si avverte è (di gran lunga) inferiore a qualunque previsione.

Come abbiamo fatto a trasmettere un messaggio così impostato e - diciamolo - dimostrato? Beh, abbiamo anzitutto proposto due favole, che hanno una protagonista *"La rana nutilla"*.

Cosa si fa in aula con i bambini

Gli infermieri invitati nelle classi elementari, diventano i personaggi principali delle due favole, che vengono recitate anche con gli insegnanti e con i bambini.

Dopo la drammatizzazione del testo, si fanno domande mirate, volte a favorire l'apprendimento dei saperi che

più contano.

Più precisamente, nella prima favola si ragiona di prelievi, del lavaggio delle mani, del dolore dell'ago, nonché di prevenzione, di batteri e di altre materie analoghe. Nella seconda, invece, si affrontano questioni prevalentemente (ma non esclusivamente!) odontoiatriche: controllo dei denti, lavaggio dei denti, spazzolino e dentifricio, paura del dentista etc.

Alla fine della rappresentazione, viene proiettato un DVD che illustra l'attività del poliambulatorio per i settori descritti e viene lasciato materiale didattico all'insegnante.

Vengono anche incontrati i genitori che hanno dato disponibilità, in una riunione congiunta con gli insegnanti per approfondire le tematiche trattate.

Alcune conclusioni

Il progetto *Tappeto volante* iniziato nel 2013, è stato inserito nelle proposte di "Obiettivo Salute" dell'AUSL di Bologna. Lo scorso anno il nostro intervento è stato richiesto da 13 classi di Bologna e provincia per un totale di 260 bambini presenti agli incontri.

Risultati raggiunti nelle scuole (anno 2013)

Tot. bimbi iscritti	Tot. Classi	Tot. Scuole visitate
289	13	12
Media bimbi effettivi	N° insegnanti coinvolti	N° genitori presenti in riunione
260	25	127

In molte classi la favola di Nutilla è diventata una recita scolastica e in altre la favola di Nutilla è stata pubblicata sul giornalino della scuola.

Gradimento complessivo degli insegnanti

Gradimento insegnanti	Risposta
Insufficiente	Nessuno
Discreto	1
Molto buono	17
Eccellente	8

La più bella soddisfazione, però, la otteniamo quando un paziente di sette anni, dopo aver fatto il prelievo senza neppure una lacrima, dice: *"Non ho sentito nulla. Ma dov'era tutto il male che mi avevate detto?"*.

Per il 2014 le scuole iscritte al progetto sono 11 per 23 classi da visitare.

Gli insegnanti coinvolti sono circa 40 e i bambini saranno 520.

Un sogno nel cassetto

Se è vero che abbiamo un Tappeto Volante è altrettanto possibile avere un grande sogno nel cassetto: per noi sarebbe quello di avere in tutti gli ambulatori del territorio, che lavorano con i bambini, un "Angolino dei cuccioli", con il tabellone degli *Indovinelli di Nutilla*.

Ci piacerebbe coinvolgere altri infermieri del territorio per poter lavorare in maniera uniforme in tutta la nostra Azienda.

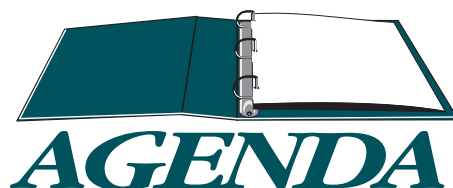
Bibliografia

- Giorgio Nardone "Paura - panico-fobia".
- Francesca Ronchetti "Per mano di fronte all'altra".
- Nathalie Peretti "Sentire con il corpo".
- Fausto Presutti "Psicologia dell'educazione e metodi di ricerca".
- Bertini M. "Psicologia e salute".
- Farnè M. - Sebellico A. "Psicologia dell'operatore sanitario".
- Ministero della salute - Linee guida sull'igiene e prevenzione dentale anno 2009.
- www.who.int/gpsc/en (sito OMS) "Lavarsi le mani a scuola riduce davvero le infezioni - articolo apparso sul corriere della Sera 16/10/2011.
- Randall D., Brook G., Stammers P., cosa serve per essere un buon Inf. Pediatrico - Paediatric Nursing 2008.





CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



CORSI E SEMINARI ECM TENUTI DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA

1 - "I problemi psicologici e di coping del paziente con insufficienza renale cronica: infermiere e psicologo, una sinergia indispensabile"
29 Settembre 2014

Sede del corso:

Aula Formazione Collegio IPASVI
Bologna - Via Giovanna Zaccherini
Alvisi 15/I.

2 - "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)"
III edizione 2014 - Corso FAD + Formazione residenziale"
24 Ottobre 2014

Sede del corso: Sede IRC
(Italian Resuscitation Council)
Via Croce Coperta 11, Bologna

3 - "La ricerca qualitativa nella pratica infermieristica come risorsa per la comprensione dei fenomeni di interesse: risultati dello studio qualitativo sull'apprendimento dei valori deontologici da parte degli studenti in infermieristica"
29 Novembre 2014 - ore 09.00 / 13.30

Sede del corso:

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

4 - "I microrganismi multifarmaco resistenti: il fenomeno degli enterobatteri produttori di carbapenemasi e il loro impatto sull'assistenza"
29 Novembre 2014 - ore 14.00 / 18.30

Sede del corso:

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

5 - "Gli infermieri per una nuova cultura della libera professione"
30 Novembre 2014 - ore 09.00 / 13.30

Sede del corso:

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

6 - "Aspetti giuridici dell'assistenza infermieristica domiciliare: tra assistere, curare ed educare"
30 Novembre 2014 - ore 14.00 / 18.30

Sede del corso:

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

7 - "Assistere le persone con patologie croniche"

01 Dicembre 2014 - ore 09.00 / 13.30

Sede del corso:

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

8 - "Sopravvivere all'organizzazione. Atteggiamenti e strategie per affrontare il cambiamento"

01 Dicembre 2014 - ore 14.00 / 18.30

Sede del corso:

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

ALTRI CORSI E CONVEGNI

Federazione Nazionale IPASVI -
FNOMCeO

CORSO FAD

"Audit clinico"

<http://www.ipasvi.it/fnomceo/>

ANTIFORMA

Culture e Organizzazioni

CORSO FAD

"Lavorare in team senza conflitti"

Disponibile fino al 30/09/2014

Antiforma srl - Tel. 0228970249

mail: antiforma@antiforma.it

<http://www.antiforma.it>

ANTIFORMA

Culture e Organizzazioni

CORSO FAD

"La comunicazione nelle situazioni difficili"

Disponibile fino al 18/11/2014

Antiforma srl - Tel. 0228970249

mail: antiforma@antiforma.it

<http://www.antiforma.it>

Format - Centro di Formazione in collaborazione con McGraw-Hill
CORSO FAD

"La responsabilità del Coordinatore delle Professioni Sanitarie"

Disponibile fino al 05/12/2014

<http://www.formatsas.com>

Format - Centro di Formazione
CORSO FAD

"Corso di Emodinamica: angiografia coronarica, principi di base, tecnica angiografica e radioprotezione"

Disponibile fino al 07/12/2014

<http://www.formatsas.com>

Regione Emilia-Romagna

Servizio Politica del Farmaco

CORSO FAD di Farmacovigilanza per operatori sanitari della Regione Emilia-Romagna "L'ABC della Farmacosorveglianza"

Disponibile fino al 14/06/2015

Per accedere è necessario registrarsi alla piattaforma

<http://fad.saepe.it/corsi.php?programma=29>

IEO Web Education

CORSI FAD:

"Primary Nursing" - L'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse

"La gestione di studi clinici" - Basi scientifiche ed etiche per una corretta sperimentazione clinica

"Il Clinical Risk Management" - La cultura della sicurezza per prevenire gli eventi avversi

<https://web.ieoeducation.com/login/signup.php?ipasvi=1&lang=it>

(Grazie ad un accordo tra la FNC e l'Istituto Europeo di Oncologia, gli iscritti Ipasvi possono usufruire a condizioni particolarmente vantaggiose per i tre corsi e-Learning sopra riportati)

EVENTI

Susan G.Komen - Italia

RACE FOR THE CURE - BOLOGNA

Il 26-27-28 settembre 2014

si terrà, ai Giardini Margherita, l'**VIII edizione della Race for the Cure di Bologna, tre giorni di salute, sport e benessere per la lotta ai tumori del seno.**

XVII Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI

"Infermieri e cittadini: un nuovo patto per l'assistenza"

Roma, dal 5 al 7 marzo 2015

Per maggiori informazioni visitare il sito www.ipasvi.it

Il programma degli eventi è disponibile sul sito: <http://www.komen.it/la-race-di-bologna-home/>