

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 64, Giugno 2013

www.ipasvibs.it

## 1 EDITORIALE

Viaggio nel nursing transculturale: quando capire è già curare  
**di Stefano Bazzana**

## 3 OSSERVATORIO

L'infermiere che non vuole "dipendere"... (2ª parte)  
**di Dario Vladimiro Gamba**

## 6 FOCUS

Essere infermieri nell'epoca della globalizzazione:  
l'assistenza interculturale  
**di Anna Bondaschi**

Conoscere cultura e valori può fare la differenza?  
**di Lucia Clementina Calzoni**

Il bambino d'argilla  
**di Mauro Saleri**

Un infermiere internazionale al Salam Centre  
**di Adriano Torri**

Dalle parole della cura alle parole che curano  
**di Nina Saarinen e Giovanna Benetti**

## 22 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Assemblea Annuale degli Iscritti, Brescia 23 marzo 2013  
**relazione del Presidente Stefano Bazzana**

## 40 FUORI FOCUS

Revisione della letteratura sugli effetti  
della collaborazione tra personale medico e infermieristico  
sulla qualità dell'assistenza erogata  
**di Sara Bonfadini e Gabriella Franzoni**

## 46 NonSoloLibri

Il figlio dell'altra  
**a cura di Angela Di Giaimo**

# Sommario

Le immagini pubblicate in questo numero sono tratte dall'archivio fotografico del Collegio.

## EDITORIALE

Viaggio nel nursing transculturale: quando capire è già curare di Stefano Bazzana.....Pag. 1

## OSSERVATORIO



L'infermiere che non vuole "dipendere"... (2ª parte) di Dario Vladimiro Gamba.....Pag. 3

## FOCUS

Essere infermieri nell'epoca della globalizzazione: l'assistenza interculturale di Anna Bondaschi.....Pag. 6



Conoscere cultura e valori può fare la differenza?

di Lucia Clementina Calzoni.....Pag. 9

Il bambino d'argilla di Mauro Saleri.....Pag. 12



Un infermiere internazionale al Salam Centre di Adriano Torri.....Pag. 14

Dalle parole della cura alle parole che curano di Nina Saarinen e Giovanna Benetti.....Pag. 16

## COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO



Assemblea Annuale degli Iscritti, Brescia 23 marzo 2013 relazione del Presidente Stefano Bazzana....Pag. 22

## FUORI FOCUS



Revisione della letteratura sugli effetti della collaborazione tra personale medico e infermieristico sulla qualità dell'assistenza erogata di Sara Bonfadini e Gabriella Franzoni.....Pag. 40

## NonSoloLibri



Il figlio dell'altra a cura di Angela Di Giaimo.....Pag. 46





## Viaggio nel nursing transculturale: quando capire è già curare

a cura di Stefano Bazzana\*



**N**el mese di gennaio la maestra ha cominciato l'attività dell'Intercultura. Abbiamo letto alcune storie di culture diverse e le abbiamo confrontate fra loro; queste storie erano quasi sempre le stesse solo che provenivano da altre parti del mondo. Per esempio le due storie erano le stesse (cioè di Cenerentola o di qualche altra fiaba) con solo una differenza: una proveniva dai Balcani e una dal Giappone, dove Cenerentola è un ragazzo, Ceneraccio. Questo lo abbiamo fatto con molte altre narrazioni e abbiamo scoperto che vengono scritte usando quasi sempre la stessa trama. Durante queste lezioni ho imparato che in ogni parte del mondo l'uomo si è chiesto sempre le stesse cose, secondo me questo perché sono tutti uomini come noi e, se siamo tutti uomini è certo che tutti ci chiediamo le stesse cose, anche perché non ci sono popoli o tribù che sono meno intelligenti di altri. Questa attività mi è piaciuta molto, perché mi piace conoscere altri popoli e il loro modo di pensare, di narrare e di descrivere; ed è incredibile che venga fuori quasi sempre la stessa cosa. Io credo che questo sia molto im-

*portante perché sottolinea una cosa che molti, nella storia e nel tempo di oggi, non hanno voluto capire: nero, bianco, giallo o rosso, uomo è sempre uomo". (Michele Bianchini 5aD)*

L'ultimo "Rapporto sull'immigrazione straniera nella provincia di Brescia", realizzato nel quadro delle attività dell'Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità, conferma un rallentamento del flusso migratorio, dovuto alla crisi economica e alla difficoltà di trovare lavoro. Brescia resta comunque la seconda provincia in Lombardia per numero di immigrati. Sono complessivamente 202.600: il 41,6% ha un'occupazione fissa, l'11,8% è senza lavoro. Incrociando i dati sul lavoro con quelli sulla casa (il 64% degli immigrati vive in affitto, il 15% in casa di proprietà, il 12% insieme ad altri stranieri e solo il 5% ha una sistemazione precaria) emerge il segnale forse più significativo del Rapporto: la volontà di stabilizzazione e di integrazione.

Pertanto la nostra società, sempre più multietnica, richiede ai professionisti sanitari e a maggior ragione agli infermieri l'acquisizione di nuovi strumenti a livello professionale, ma soprattutto culturale e sociale.

Una buona comunicazione è il presupposto di una corretta valutazione di problemi e bisogni: ad esempio il 100% dell'anamnesi dipende dall'interazione linguistica e il 75% di una diagnosi corretta (medica o infermieristica) si basa sull'anamnesi. Nell'ottica di presa in carico globale coerente con i dettami del Codice deontologico, il percorso da seguire è mettere al centro il rispetto per l'altro. Un rispetto che significa riconoscimento della reciprocità, della dignità della persona, della necessità di costruire un progetto condiviso, che consideri le specificità culturali. Specificità che non sono appannaggio solo delle persone straniere, ma appartengono a tutti gli esseri umani.

Un grande impulso in tal senso ci viene da Madeleine Leininger, infermiera e antropologa americana, che ha dato origine alla teoria del *Transcultural Nursing*: *“Questa è l'era della consapevolezza culturale con il bisogno critico di capire e lavorare con persone con diversi stili di vita e di diverse parti del mondo. Oggi tutto il personale sanitario ha il bisogno di venire a conoscenza delle diversità culturali e delle variabili tra le diverse culture con lo scopo di essere terapeutico e di aiuto ai clienti che parlano una lingua diversa e che hanno differenti bisogni di salute”*. Il Nursing transculturale ha come cardine il concetto di *human care*, il prendersi cura, l'insieme degli atti di sostegno e di aiuto rivolti ad un individuo o ad un gruppo con dei bisogni, al fine di migliorare una condizione o uno stile di vita: esso è ovviamente riconosciuto come un fenomeno universale, ma le espressioni, i processi ed i modelli variano in base alle culture.

Con il focus di questo numero, *Tempo di Nursing* intende offrire ai lettori un contributo al tema del cambiamento nei sistemi di cura per un'assistenza interculturale in una società multiculturale. In Italia, e anche a Brescia, gli sviluppi intervenuti nel contesto sociale si riflettono inevitabilmente sul sistema socio-sanitario,

che è chiamato ad affrontare bisogni sempre più complessi e a proporre soluzioni organizzative e assistenziali innovative.

L'incontro fra culture richiede l'adozione di un approccio pluralista che ha una duplice dimensione: da una parte, la continua crescita della popolazione straniera fa sì che gli infermieri entrino in relazione con un numero crescente di pazienti appartenenti a differenti culture; dall'altra, la sempre maggiore presenza di personale sanitario straniero è ormai un fenomeno di assoluta rilevanza, in modo particolare per quanto concerne la professione infermieristica: a livello nazionale mediamente 10 infermieri su 100 sono stranieri, a Brescia lo sono il 7%.

#### **Articolo 4 Codice Deontologico (2009)**

“L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.”

*Un'antica leggenda narra che un vecchio contadino si accorse di aver mischiato nello stesso vaso, per errore, diversi tipi di semi. Questo non gli impedì di seminarli comunque, di attendere e di avere cura di loro. I semi significano fiducia e attesa perché, una volta piantati, richiedono il giusto tempo per crescere; il buon contadino non sa quali e quanti semi porteranno frutto, eppure li cura senza distinzioni. Sono anche, infatti, segno della cura perché il terreno nel quale i semi sono stati piantati va accudito, e non è facile: troppa acqua così come troppo poca possono rovinare tutto, per cui solo la saggezza e l'esperienza possono guidare il contadino.*

\* *Presidente del Collegio Ipasvi di Brescia.*

# L'infermiere che non vuole “dipendere”... (2ª parte)

di Dario Vladimiro Gamba\*

**È** *(...segue dal numero 62/2012)*  
cosa fatta!

Con l’emanazione del D.M. n. 34 dell’ 8 febbraio 2013, pubblicato in G. U. n. 81 del 6 aprile successivo, l’infermiere con la vocazione del “capitano d’industria” può tirare fuori dal cassetto sigaro e cilindro e finalmente dare sfogo alle proprie velleità imprenditoriali. Ma con qualche non insignificante limitazione, che gli deriva dalla genetica appartenenza ad una razza molto particolare ...che, guarda caso, viene chiamata “protetta”: quella del professionista intellettuale, iscritto per legge ad un Albo.

Come è noto, la storia dell’iter che ha portato al perfezionamento delle Società tra Professionisti (S.T.P.), è una storia piena di singhiozzi, secondo il noto fenomeno dello stop and go, che spesso caratterizza la formazione della volontà legislativa nel nostro Paese. Ma per non tediare il paziente lettore, basta limitarsi ad un breve riassunto delle ultime battute.

Si ricorda, infatti, come la legge 183/2011, abrogando il divieto contemplato dall’ormai datata L. 1815/1939, avesse introdotto sulla carta la possibilità, di costituire società che avessero per oggetto esclusivo l’esercizio di attività professionali, secondo i modelli societari già esistenti e regolati dai Titoli V e VI del Libro V del codice civile, ovvero quelli delle società di

persone .

In sintesi, quindi, le nuove Società tra professionisti (STP) possono per la citata normativa “vestirsi” secondo i seguenti modelli formali presenti nel nostro ordinamento:

- società di persone (Ss, Snc, Sas);
- società di capitali (Spa, Srl, Sapa);
- società cooperative.

Si osservi però che, qualunque sia il vestito adottato, la ragione sociale dovrà essere integrata con la dicitura “Società tra Professionisti”.

Secondo la nuova disciplina come emerge dalla citata novella e dalle successive modificazioni, poi, nella compagine sociale delle S.T.P., accanto alla presenza dei soci professionisti iscritti ad Ordini, Albi e Collegi, è ammessa anche quella di soci non professionisti, solo per «prestazioni tecniche», di supporto rispetto ai servizi professionali, o per «finalità di investimento». In ogni caso rimane fermo il divieto per i non professionisti di svolgere l’attività professionale. Nella previsione legislativa, relativamente ai soci che possono assumere la qualifica di socio professionista, si precisa altresì che in questa veste possono figurare anche i cittadini di Stati membri dell’Unione europea, purché in possesso di un titolo di studio abilitante alla professione.

Da ultimo, la disciplina delle società tra professionisti ha ricevuto una ulteriore modifica per effetto del maxiemendamento approvato dal Senato in sede di conversione del decreto liberalizzazioni (DL 1/2012), intervenuta essenzialmente su tre punti:

1. sui requisiti per la costituzione di una società cooperativa tra professionisti;
2. sui limiti alla partecipazione dei soci aventi finalità di investimento nel capitale sociale;
3. sulla estensione della tutela del segreto professionale anche all'interno di tali società.

In particolare, il testo della legge di conversione del D.L. 1/2012 ha ulteriormente previsto:

- a) che, se la società tra professionisti assume la forma di società cooperativa, la società deve essere costituita da un numero di soci non inferiore a tre;
- b) che in ogni caso i soci professionisti, per numero e partecipazione al capitale sociale, devono avere la maggioranza dei due terzi nelle deliberazioni o decisioni dei soci. Tale previsione appare finalizzata a garantire la prevalenza dei soci professionisti rispetto agli investitori finanziari puri e a tutelare l'indipendenza dell'attività professionale;
- c) che il venir meno della condizione precedente costituisce causa di scioglimento della società e che, in tal caso, il consiglio dell'Ordine o Collegio professionale presso il quale è iscritta la società deve procedere

alla cancellazione della stessa dall'albo. È fatta salva tuttavia l'eventualità che la società provveda a ristabilire la prevalenza dei soci professionisti nel termine perentorio di sei mesi;

- d) che la società deve contemplare nell'atto costitutivo la stipula di una polizza di assicurazione per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile per i danni causati ai clienti dai singoli soci professionisti nell'esercizio dell'attività professionale;
- e) che il socio professionista può opporre agli altri soci il segreto professionale per le attività a lui affidate;
- f) che sono fatti salvi i diversi modelli societari (ad esempio, le società di ingegneria o le società di avvocati) già previsti dall'ordinamento e le associazioni professionali, quali, per intenderci, i "vecchi" studi associati, previsti dalla ora abrogata legge n. 1815/39, che continueranno probabilmente a godere di un certo favore da parte della popolazione infermieristica.

Questo dunque l'assetto definitivo della parte normativa della nuova forma societaria.

Tuttavia, la messa a regime del sistema non poteva avvenire, come detto in premessa, se non con la emanazione del succitato recentissimo decreto di attuazione, adottato con D.M. n. 81/2013, che ha fornito una nutrita serie di disposizioni in dettaglio, le più importanti delle quali vengono di seguito esplicitate.



Le più salienti integrazioni operate dal regolamento in parola sono riferite al conferimento dell'incarico ed alla sua esecuzione. Significativo sul punto è che la STP, al fine di garantire che tutte le prestazioni infermieristiche siano eseguite da soci in possesso dei requisiti, sin dal momento del primo contatto con il cliente, deve fornirgli precise informazioni su:

- diritto del cliente di chiedere che l'esecuzione dell'incarico conferito alla società sia eseguito da uno o più professionisti da lui scelti e comunque in difetto di scelta, v'è la garanzia che le prestazioni saranno eseguite solo da professionisti aventi i requisiti;
- eventuale configurabilità di conflitti di interesse tra cliente e società, data anche la presenza di soci con finalità di investimento (ad esempio una impresa di pompe funebri, quale finanziatrice di un gruppo professionale esperto in cure palliative...). A tal fine dovrà essere consegnato al cliente un elenco scritto dei soci professionisti e di quelli finanziatori;
- elenco scritto degli eventuali ausiliari e sostituti (per eventuali esigenze sopravvenute ed imprevedibili) nella esecuzione dell'incarico. È fatta salva la facoltà del cliente della STP di comunicare per iscritto il proprio dissenso, entro tre giorni dalla comunicazione del nominativo dell'ausiliario/sostituto.

Circa i soci finanziatori, secondo il regolamento essi devono:

- essere in possesso degli stessi requisiti di onorabilità e decoro previsti per l'iscrizione all'Albo professionale del settore di attività della STP.;
- non avere riportato condanne penali definitive per una pena uguale o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e salvo che non sia intervenuta riabilitazione;

- non essere stati cancellati da un albo professionale per motivi disciplinari.

Tali caratteristiche dei soci finanziatori valgono anche se essi sono società e non persone fisiche, con riferimento ai rappresentanti ed amministratori delle stesse.

Una ulteriore specificità della nuova creatura societaria sta nella doppia iscrizione alla quale la stessa è soggetta: sia in una sezione speciale del registro delle imprese ex art. 581/95, sia in una sezione speciale dell'Albo professionale tenuto dal Collegio/Ordine. Nel caso di STP multi-disciplinare (ad esempio, con infermieri e farmacisti od ostetriche, etc.), poi, essa va iscritta presso il Collegio/Ordine della attività individuata in Statuto quale "prevalente".

Siamo quindi in presenza di un pervasivo controllo deontologico anche sulla compagine societaria, ossia sulla persona giuridica S.T.P. - cosa assolutamente impossibile prima della riforma ! - che si può concretizzare nel rifiuto di iscrizione all'Albo o nella cancellazione dallo stesso della Società, come se si trattasse di un singolo professionista.

Si è così perfezionato quello che è stato considerato, un po' scherzosamente, un vero e proprio "miracolo della creazione", dove l'uomo ha saputo creare, a sua immagine e somiglianza deontologica, figure giuridiche da usare quasi come degli "avatar": soggetti astratti e non afflitti dalla fisicità corporea (alias, "persone giuridiche") che possono compiere attività umane (le prestazioni professionali intellettuali) e che, come gli uomini in carne ed ossa, possono peccare deontologicamente e soffrirne le conseguenze (sospensione e radiazione dall'Albo) tra i tormenti e il dolore (cessazione della attività e fallimento ignominioso).

\* *Avvocato. Consulente del Collegio Ispasvi di Brescia e Torino.*



## Essere infermieri nell'epoca della globalizzazione: l'assistenza interculturale

Anna Bondaschi\*

**L**a globalizzazione rappresenta un processo di apprendimento globale delle relazioni fra persone, tale da estendersi all'intera superficie del pianeta.

L'enunciato più conosciuto rispetto al fenomeno è quello di A. Giddens che descrive la globalizzazione come "l'intensificazione di rapporti sociali mondiali che collegano fra loro località distanti facendo sì che gli eventi locali vengano modellati dagli eventi che si verificano a migliaia di chilometri di distanza"<sup>1</sup>.

La globalizzazione coinvolge vari campi: culturale, economico, sociale, politico ed è caratterizzata da un enorme scambio di idee, merci, persone, coinvolgendo tutto il globo terrestre. Siamo immersi in un mondo definito nel 1967 da McLuhan "*villaggio globale*"<sup>2</sup>, dove lo spazio ed il tempo, categorie fondamentali per la vita dell'uomo, si sono ridotti, dove tutto sembra più vicino. Tutto il mondo è diventato un ampio villaggio, dove ogni accadimento economico, politico, sociale, culturale ha una ripercussione su tutti.

L'aumento dei flussi migratori avvenuti nel XXI

secolo ha portato alla formazione di società multi-etniche e multiculturali che portano con sé arricchimento ed interculturalità nella popolazione ospitante. Fra gli aspetti positivi della globalizzazione vi è la diffusione della democrazia, un aumento della ricchezza economica, sociale e culturale; un aumento delle possibilità di svolgere ricerche in campo sanitario tali da permettere un miglioramento della qualità di vita di persone che vivono situazioni di malessere psicologico e/o fisico o di gravi patologie. Da un altro punto di vista, tuttavia, si rilevano aspetti negativi come un uso monopolistico e inappropriato del capitale circolante tale da ricadere nell'andamento della vita quotidiana di chi non può detenere quel potere. Vi è sempre più una precarizzazione nel mondo del lavoro (negli ultimi anni anche nel campo sanitario), scemano i legami stabili, aumentano le difficoltà del gestire il contingente, il futuro ed il passato; la persona si chiede chi è: «chi sono io?». Ma la comunicazione, la relazione con l'altro in tutto ciò esiste? Nella stagione del pluralismo e della comunicazione multi mediale si palesa un paradosso: nonostante tanta comunicazione vi è un aumento della solitudine e delle patologie da stress (burn out, sindrome da

corridoio, sindrome da stress negativo ecc...).

Di fronte a questa complessità globale chi svolge una professione come quella infermieristica dovrebbe porsi in un atteggiamento riflessivo cercando di cogliere sia gli aspetti positivi che quelli negativi di tale fenomeno, e successivamente ricercare ed acquisire maggiori competenze relazionali nell'ambito della relazione interculturale. Emerge sempre più la necessità di un atto di impegno verso l'identificazione di una possibile ed efficace risposta infermieristica a tutto ciò. L'articolo 4 del codice deontologico infermieristico descrive in modo attento e laico l'aspetto interculturale dell'infermiere: "l'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi, culturali della persona...". L'obiettivo della competenza interculturale infermieristica dovrebbe tradursi in un'adeguata erogazione assistenziale diretta ai bisogni culturalmente determinati dall'assistito. Finora è stato utilizzato volutamente il termine intercultura anziché multiculturalità perché vi è una netta distinzione antropologica fra i rispettivi significati.

Per multiculturalità si intende una pluralità di culture presenti in un ambiente senza cercare e creare comunicazione, relazione, dialogo e confronto fra le persone appartenenti ad ogni etnia e cultura. Pur riconoscendo un rispetto per l'alterità, l'approccio multiculturalità promuove una cultura cosiddetta del condominio rischiando di aumentare stereotipi, pregiudizi, distanziando ulteriormente, invece di avvicinare le persone di nazionalità o etnia diversa.

Per intercultura, invece, si intende una vera e propria rivoluzione copernicana dove concetti come identità cultura vengono intesi in maniera dinamica, in continua evoluzione, dove l'emigrante viene visto come risorsa, opportunità di confronto e di crescita<sup>3</sup>. Come sottolinea C. Camilleri, sono le società da definire come multiculturali, ma le strategie educative ed assistenziali dovrebbero essere sempre più di tipo interculturale<sup>4</sup>.

Sono consapevole e convinta che l'assistenza interculturale possa rappresentare un nuovo paradigma assistenziale che risponda maggiormente al fenomeno della globalizzazione e alla società pluralista che la caratterizza. Concetti come cultura, identità, non devono essere più in-

tesi in maniera statica, ma dinamica, in continua evoluzione. Conoscere, acquisire ed interiorizzare un approccio interculturale significherebbe comprendere le identità e le culture delle persone che si assistono partendo dalla loro estrinsecazione dei bisogni, dalla loro espressione della malattia, dalla loro modalità di manifestazione o negazione dei propri vissuti ed emozioni.

È la cultura di ognuno che stabilisce gli standard, le condizioni e le modalità di espressione delle emozioni. In generale, l'influenza della cultura sulla comunicazione non verbale, comunicazione con la quale spesso l'infermiere si trova ad avere a che fare, può essere considerata secondo due aspettative.

Nella prima prospettiva la cultura tende a determinare il comportamento non verbale che esprime simbolicamente specifici pensieri, sentimenti o stati di chi comunica. In questo caso ciò che può costituire un gesto di saluto in una cultura potrebbe rivelarsi un gesto osceno in un'altra; o ciò che è considerato un segno affermativo in una cultura può essere privo di significato, o addirittura, significare negazione in un'altra.

Nella seconda prospettiva, la cultura determina quando è appropriato mostrare o comunicare diversi pensieri, sentimenti o stati d'animo; questo è particolarmente evidente nell'esternazione delle emozioni.

In una realtà storica, sociale, politica, culturale ed economica come quella in cui l'infermiere si ritrova attualmente ad erogare la propria prestazione, risulta urgente dare spazio a quella che Gadamer definisce "intelligenza rispettosa"<sup>5</sup>, un forma mentis che solo l'approccio interculturale può sviluppare, nella consapevolezza che tale approccio non comporta la perdita della propria identità e delle proprie convinzioni, sviluppa invece la capacità di avvicinare e conoscere l'altro,



tollerare e rispettare le differenze, agevolando anche la messa in discussione di alcuni schemi valoriali dati per certi della propria cultura e competenza.

### “ESSERE D’AIUTO”<sup>6</sup>

*un breve racconto che apre al confronto  
e alla speranza*

La maga insegnava in una classe difficile, formata da allievi con atteggiamenti e necessità diversi. Il programma, quindi, doveva includere diversi argomenti per assecondare le contrastanti esigenze degli allievi. Alcuni ritenevano di essere più avanti quanto a conoscenze ed esperienza rispetto agli altri e ritenevano che questi ultimi li rallentassero nel proprio sviluppo. D’altro canto, secondo gli altri, il problema erano i primi, che si comportavano in modo arrogante, esigente ed egoista. L’unico punto di accordo era che l’aula era troppo piccola. La maga aspettò, sperando che la dinamica del gruppo raggiungesse autonomamente una soluzione, ma questo non avvenne quando giunse il fine settimana, la maga andò a casa e studiò le sue opzioni strategiche. C’erano diverse possibilità, certamente alcune sarebbero state più funzionali. Durante una pausa da queste

riflessioni, controllò la posta nella cassetta. In una grande busta marrone c’era una brochure che pubblicizzava un programma di formazione. Leggendo la parte intitolata per i formatori rimase colpita, come le succedeva spesso quando si rendeva conto che il mondo è lì per offrirci un aiuto, se solo ci facciamo caso. Leggendo attentamente quella parte della brochure, infatti, la maga capì cosa fare. Il lunedì successivo, in un’aula grande, scrisse sulla lavagna con grossi caratteri:

In che modo posso essere d’aiuto...

A me stesso?

Agli altri?

In che modo ognuno di noi può essere mago, agente di cambiamento, per noi stessi e per gli altri?

In fondo aggiunse una nota tratta da Aldous Huxley

“L’esperienza non è quel che ci accade. È quel che facciamo con ciò che ci accade”.

Nell’aula ci fu un lungo momento di silenzio e riflessione, e appena il messaggio fu compreso, il processo di cambiamento ebbe inizio.

\* *Infermiera. Dr.ssa in Filosofia, Musicoterapista,  
Mediatrice interculturale*

### BIBLIOGRAFIA

Balboni P., Parole comuni culture diverse. Guida alla comunicazione interculturale. Venezia, Marsilio, 1999  
Bauman Z., Modernità liquida. Roma - Bari, Ed. Laterza, 2000  
Bauman Z., La solitudine del cittadino globale. Milano, Feltrinelli, 2000  
Camilleri C., Le condizioni di base dell’interculturale, in E. Damiano (a cura di), Verso una società interculturale, Bergamo, Quaderni CELIM, 1992  
Giddens A., Le conseguenze della modernità. Bologna, Il Mulino, 1994  
McLuhan M. - Powers B., Il villaggio globale. XXI

secolo: trasformazioni nella vita e nei media, Milano, SugarCo, 1996  
Owen N., Le parole portano lontano, Milano, Ponte delle grazie, 2004  
Portera A., La formazione nella prospettiva pedagogica interculturale, in A. Agosti (a cura di) *La Formazione. Interpretazioni pedagogiche e indicazioni operative*. Milano, Franco Angeli, 2007.  
Portera A., Identità culturale, in enciclopedia pedagogica, in M. Laeng (a cura di) *La formazione. Interpretazioni pedagogiche e indicazioni operative*. Milano, Franco Angeli, 2007  
Gadamer H.G., Dove si nasconde la salute, Milano, Cortina-Raffello, 1994

<sup>1</sup> Giddens A., Le conseguenze della modernità. Bologna, Il Mulino, 1994

<sup>2</sup> McLuhan M. - Powers B., Il villaggio globale. XXI secolo: trasformazioni nella vita e nei media, Milano, SugarCo, 1996

<sup>3</sup> Portera A., La formazione nella prospettiva pedagogica interculturale, in A. Agosti (a cura di) *La Formazione. Interpretazioni pedagogiche e indicazioni operative*. Milano, Franco Angeli, 2007

<sup>4</sup> Camilleri C., Le condizioni di base dell’interculturale, in E. Damiano (a cura di), Verso una società interculturale, Bergamo, Quaderni CELIM, 1992

<sup>5</sup> Gadamer H.G., Dove si nasconde la salute, Milano, Cortina-Raffello, 1994

<sup>6</sup> Owen N., Le parole portano lontano, Ponte delle grazie, Milano, 2004

# Conoscere cultura e valori può fare la differenza?

Lucia Clementina Calzoni\*

**D**a poco più di due anni svolgo attività volontaria nel Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM), fondazione di diritto melitense del Sovrano Militare Ordine di Malta. Il corpo opera per portare assistenza e pronto soccorso alle persone in stato di necessità in collaborazione col Dipartimento della Protezione Civile e servizio di 118 in caso di pubbliche calamità o emergenza sanitaria sul territorio italiano e all'estero. Promuove inoltre attività informative e formative rivolte alla cittadinanza sui temi di protezione civile e primo soccorso.

Tramite *Malteser International* (organizzazione internazionale dell'Ordine di Malta), il Corpo è intervenuto in occasione di grandi catastrofi al di fuori dei confini nazionali (terremoto di Haiti all'alluvione di *New Orleans* Sud-est asiatico).

L'essere volontario nasce dal profondo del cuore soprattutto quando sei un professionista sanitario che aiuta gli altri senza avere compensi o ringraziamenti; non è alla portata di tutti e specialmente nel mondo di oggi, dove non si fa niente per niente.

In questi pochi anni di collaborazione con il Cisom diverse sono state le esperienze che mi hanno arricchito:

- Isola di Lampedusa (Sicilia), dove l'immane tragedia dei migranti che ha sfidato le acque del Mediterraneo per raggiungere la "Terra Promessa", si è dimostrata una prova importante per la macchina dei soccorsi che ha visto impegnati in un'unica missione la struttura civile (CISOM) e militare (EISMOM) dell'Ordine di Malta.

Il personale sanitario appartenente ai due



bracci si è impegnato a soccorrere i migranti a bordo delle motovedette della Guardia di Finanza e sulle unità SAR (*Search & Rescue*) della Guardia Costiera. In questo ambito, il soccorso si è presentato piuttosto complicato; si è trattato infatti di gestire una maxiemergenza, di minimo 200 persone di nazionalità africana, in soli 80 mq.<sup>1</sup>

- Alluvione che ha colpito la regione Liguria nel novembre del 2011 presso il campo di accoglienza sito a Casale di Pignone.
- Campo accoglienza per gli sfollati del terremoto che ha colpito la Regione Emilia Romagna sito a Bomporto (Modena). Il campo, allestito presso il complesso degli impianti sportivi del Comune, ha ospitato circa 150 sfollati provenienti non solo da Bomporto, ma anche dai paesi limitrofi più duramente colpiti dal sisma del 20 e del 29 maggio 2012.

Tutte queste esperienze hanno saputo regalarmi momenti ricchi di emozioni, tuttavia è di quest'ultima che vi parlerò.

Precettata, raggiunge le zone colpite dal sisma.

Subito si presenta uno scenario impressionante. I centri storici dei paesi quasi totalmente disabitati e le case transennate, numerose gru con enormi braccia meccaniche costeggiano le zone industriali che hanno subito danni gravissimi (la maggior parte dei morti di questo terremoto sono infatti operai travolti dal crollo delle loro fabbriche).

In campagna quasi tutte le cascine e le case hanno delle parti crollate ed inagibili. Nei prati e nei campi attorno si intravedono le tende ed i camper dei proprietari degli stabili che non hanno voluto abbandonare il frutto del lavoro di una vita.

Gli extracomunitari risiedono soprattutto nei centri storici maggiormente colpiti dal sisma e hanno meno relazioni parentali cui potersi appoggiare per trovare una sistemazione.

Si ha la necessità di allestire campi di accoglienza in modo da ospitare tutte le persone che hanno le abitazioni inagibili.

Un'intera comunità con persone di età, nazionalità, lingua e consuetudini diverse si trova a dover interagire e vivere sotto lo stesso tetto. È forse il primo terremoto multietnico della nostra storia.

Al campo di Bomporto vengo accolta dal Capo Campo e dai volontari appartenenti al Cisom provenienti da città diverse.

Il sole è caldissimo. Quale disagio possono provare bambini ed anziani con questo caldo? Subito mi rendo conto che il freddo, la neve ed il fango devono essere nemici ben più terribili.

Sotto i piedi la terra non smette di tremare, qualcuno sente le scosse, nessuna reazione di panico tra gli ospiti ma la paura si legge negli sguardi.

Al briefing vengono stabiliti sia il piano delle attività da svolgere sia i compiti da assegnare ai singoli volontari:

- 136 ospiti di cui il 60 % stranieri.
- 28 volontari.
- Attività giornaliere: pulizia campo e bagni, gonfiaggio tende, distribuzione colazione e pasti nella tenda-mensa, tenuta cucina da campo, cambusa e magazzino, distribuzione beni di prima necessità, lavanderia, lavaggio stoviglie, raccolta differenziata dei rifiuti e smaltimento.
- Inizio *Ramadan*: necessità quindi di approvvigionamento di alimenti idonei e am-

messi dalla religione musulmana. È detto anche “il digiuno”, con una durata di 29 - 30 giorni. Per la rigorosa osservanza del digiuno diurno che ostacola il lavoro e per il carattere “festivo” delle sue notti, costituisce un periodo eccezionale dell’anno per i fedeli islamici in tutti i paesi a maggioranza musulmana. Nel corso del Ramadan infatti i musulmani praticanti debbono astenersi, dall’alba al tramonto, dal bere, mangiare, fumare e dal praticare attività sessuali. Chi è impossibilitato a digiunare (perché malato o in viaggio) può anche essere sollevato dal precetto.<sup>2</sup>

All’interno del campo è presente una Moschea in direzione della Mecca vicino alle cinte. La percezione di quanto grande possa essere il disagio di questa popolazione nel ritrovarsi in una terra straniera, durante una emergenza e in un momento religioso importante, è molto forte.

Il Capo Campo decide di affidarmi la gestione di tutto quello che riguarda la mensa.

Dapprima avverto la difficoltà di affrontare la gestione di un ambito che non mi compete direttamente, poi realizzo la fondamentale importanza che una corretta gestione del vitto comporta in un momento cruciale per la religione islamica. Mi rendo conto così della poca conoscenza che ruota attorno a culture e religioni diverse dalle proprie. Dopo una stretta ed indispensabile collaborazione con l’Imam (guida morale e spirituale esperto nei movimenti rituali musulmani) a Bomporto tutto è pronto per il Ramadan.

Gli anni di convivenza e di rispetto reciproco con la comunità islamica fanno escludere che possano sorgere problemi.

Il 95% degli ospiti stranieri del Campo è di religione musulmana e l’organizzazione della



cucina e dei luoghi di culto richiede qualche particolare accorgimento: la tenda mensa quindi ospita le cene del mese di *Ramadan* con la cucina che chiude più tardi del solito. Vengono distribuiti i pasti per rompere il digiuno la sera e quelli da consumare poi freddi la mattina presto.

La difficoltà maggiore la riscontro proprio nel rispetto del Ramadan nonostante la collaborazione con il Capo Campo e l'Imam presente nel campo che è stata fondamentale soprattutto nelle fasi di organizzazione della mensa: orari di distribuzione dei pasti, tipi di alimenti consentiti (ad es. carne Hallal), formalità nel dispensare il vitto, ecc.

Il pasto è un momento di riunione in cui vengono sviscerate questioni anche di grande importanza, (dove si confrontano i rappresentanti dei vari paesi quando si devono accordare? Dove vengono prese le decisioni importanti all'interno di un nucleo familiare o di una comunità? Dove vengono fatti gli incontri tra membri di Società a confronto? ...A tavola!)

Credevamo (io e il gruppo di volontari da me coordinati) di essere sufficientemente formati e pronti per affrontare l'evento, ma ci siamo resi conto in breve tempo che non era così.

Durante i primi giorni si sono verificati conflitti sia sull'orario di distribuzione del pasto sia sulla quantità: la necessità di fare due turni per la consumazione dei pasti ha costretto la cucina ad avere ritardi nella distribuzione (minuti che per persone a digiuno da diverse ore, sono molto importanti), anche la mia decisione di variare le portate del cibo, pensando di offrire una valida alternativa a quelle stabilite, si è rivelata essere un errore. Queste due situazioni hanno contribuito in maniera significativa a far comprendere quale era il mio livello di conoscenza di una cultura fino ad allora poco conosciuta.

Il nostro obiettivo primario era quello di aiutare persone in un momento particolarmente difficile della loro vita. La mancanza di conoscenza e difficoltà nella comunicazione hanno determinato un indebolimento della qualità di un servizio per il quale ci stavamo impegnando molto.



È stato quindi indispensabile attuare modalità organizzative semplici per assicurare l'immediata informazione ed ottenere maggior consapevolezza e comprensione (strumenti di facile utilizzo per la corretta comunicazione con i cittadini per evitare incomprensioni e malintesi).

La percezione di difficoltà, di bisogno è differente tra diverse culture.

Meccanismi comuni per la società occidentale possono essere sconosciuti ad altre popolazioni. È fondamentale comprendere il disagio che hanno altre culture che vivono nella società occidentale per rispettare l'idea che ogni gruppo culturale ha della propria percezione di bisogno e assicurare a tutti il libero accesso ai servizi offerti e capire con chiarezza le regole da seguire.

Le barriere linguistiche e culturali nella comunicazione non sono solo causa di limitazioni nell'accesso e nell'uso appropriato dei servizi ma anche di difficoltà nelle relazioni interpersonali e collettive.

È stato grazie a questi disagi iniziali che abbiamo avuto l'opportunità di dare, successivamente, un servizio soddisfacente agli ospiti del campo e di fare una riflessione profonda sulle complessità della comunicazione.

Porterò questa esperienza sempre nel cuore perché dall'incontro di diverse culture si è riusciti a superare e sciogliere le difficoltà iniziali e a scoprire semplicemente di essere umani.

\* *Infermiera presso gli Istituti Penitenziari, Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia.*

<sup>1</sup> [www.ordinedimaltaitalia.org](http://www.ordinedimaltaitalia.org)

<sup>2</sup> Wikipedia, l'enciclopedia libera.

# Il bambino d'argilla

di Mauro Saleri\*

**S**ono trascorsi molti giorni dall'ultima volta in cui ho tenuto stretto tra le mie braccia un bambino di argilla: è negli occhi di questi bambini del Sudan che vedo riflesso il mio duro lavoro di infermiere, in una terra dove la povertà ti mette a dura prova, ma nello stesso tempo, ti dà la forza di proseguire e capire che, indipendentemente da dove si è, tutti abbiamo diritto ad una vita dignitosa.

Essere Emergency Medical Coordinator in un contesto difficile come quello del campo di Mayo mi ha fatto comprendere quanto l'assistenza pediatrica in un paese in via di sviluppo sia complessa fin dai bisogni fondamentali del piccolo paziente, quanto un bicchiere di acqua possa considerarsi una medicina o quanto quell'istinto naturale di allattare sia spesso interrotto da una relazione mamma-bambino inesistente. Bambini che all'età di sei anni si possono considerare già dei piccoli adulti.

Ne consegue che l'assistenza diventa realmente



a 360 gradi, comprendente tutte le sfere, dalla sociale a quella educativa. Non mi sono sentito solo infermiere, ma molto di più; non mi sono sentito utile ma indispensabile per i bambini, per le famiglie e per il personale della piccola clinica. Piccola ma forte quanto serve per farsi sentire in un posto dimenticato da molti, ma non da noi.

Sono molte le figure che operano nel contesto di Mayo, non solo medici ed infermieri ma anche gli Health Promoter (HP), personale non sanitario che svolge un ruolo fondamentale di collettore con le problematiche del campo. Nell'ultimo periodo della mia permanenza al campo, ma già con Chatrine (l'infermiera che mi ha preceduto) abbiamo potenziato notevolmente il lavoro degli HP proprio perché ci siamo resi conto di quanto, conoscendo loro le famiglie e i vari problemi dei bambini, siano il trait d'union per impostare la nostra attività, al di là di quella più propriamente clinica del pronto soccorso.

Entrando nelle case per valutare lo stato igienico e nutrizionale dei bambini, gli HP con le loro conoscenze di base hanno incrementato molto il lavoro e migliorato le condizioni di vita di queste piccole anime. La loro relazione all'interno della clinica con gli infermieri e i medici ha fatto in modo che si potesse intervenire tempestivamente su tutti i bambini che necessitano di un controllo urgente, specialmente sui bambini con malnutrizione severa o moderata. Anche due attività specifiche come l'Outrice (attività svolta nel campo profughi all'interno di scuole, asili o capanne dove i bambini vengono pesati, misurata l'altezza, calcolato lo stato di malnutrizione. Durante l'Outrice si svolgono visite mediche, somministrati vaccini, un'ostetrica valuta lo stato di salute di gravide e bambini. Qualora i bambini visitati mostrino sintomi importanti di malattia o grave stato di malnutrizione vengono immediatamente tra-

sferiti in pronto soccorso), e la Cooking Class (lezione di cucina per le mamme, educazione alimentare e conoscenza degli alimenti) hanno dimostrato la loro efficacia e in questo sono proprio gli HP la figura di riferimento, invertendo i ruoli: gli infermieri e i medici sono di supporto.

Una difficoltà incontrata con loro è stata quella di riuscire a controllare i bambini trasferiti nei due ospedali a cui facevamo riferimento; spesso i bambini venivano dimessi poco dopo il nostro trasferimento o cambiati di reparto quindi ritrovarli e costruire il loro percorso diventava difficile, in questo ci siamo posti l'obiettivo di migliorare l'attività coinvolgendo anche il personale infermieristico. Per il resto all'interno della clinica le attività si sono sempre svolte con regolarità, personale infermieristico pronto in ogni momento, ed io che avevo puntato molto l'attenzione su come garantire la rotazione del personale tra i vari ambulatori e il reparto al fine di garantire che gli infermieri potessero conoscere il bambino fin dall'accettazione alla dimissione o al trasferimento in ospedale. Non sempre è stata garantita la presenza dell'intera équipe per malattie o altro, ma nonostante tutto siamo sempre riusciti a garantire assistenza e soccorso in ogni momento. Nell'ultimo mese abbiamo modificato il laboratorio analisi in maniera che mamme o bambini non potessero entrare ed abbiamo potenziato la farmacia con la presenza di un ulteriore operatore, cosicché si potesse svolgere con precisione il carico e lo scarico dei farmaci, la consegna e la spiegazio-



ne della terapia ai genitori.

Mi sono reso conto, una volta rientrato in Italia del molto lavoro svolto in questi sei mesi e di quanto ancora ci sia da fare. Si può sempre migliorare, costruire, progettare in un contesto così complesso come un campo profughi. Mi rendo conto dell'importanza delle relazioni che Emergency tiene con le autorità locali, grazie alle quali siamo riusciti a farci sentire graditi e ad assumere un ruolo collaborativo al fine di poter svolgere il nostro lavoro in armonia e sicurezza.

\* *Infermiere presso l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, Presidio Ospedale dei Bambini, Spedali Civili di Brescia.*

# Un infermiere internazionale al Salam Centre

di Adriano Torri\*

**L**a mia collaborazione con Emergency ha avuto inizio dalla curiosità di approcciarsi ad uno stand informativo durante un corso di aggiornamento. Soddisfatte le domande che mi ero posto attraverso la pagina “lavora con noi” del sito ufficiale, risposto ad un questionario scritto e sostenuto un colloquio in lingua italiana ed inglese con i responsabili dell’ufficio risorse umane di Milano, sono stato ritenuto idoneo a lavorare con Emergency e destinato al Salam Centre di Khartoum.

Il mio lavoro in Sudan è cominciato a settembre 2009 e si è concluso a giugno 2010. Emergency chiede agli infermieri internazionali un periodo minimo di permanenza all’estero di 6 mesi. I miei sono diventati nove perché i primi sei erano passati decisamente in fretta.

La destinazione era piuttosto scontata. Avevo alle spalle 10 anni di esperienza lavorativa in Cardiologia e Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Emergency destina il proprio personale internazionale nei posti più affini rispetto a quelli di provenienza. Io non sarei mai stato destinato pertanto alla traumatologia dell’Afganistan o alla chirurgia pediatrica della Sierra Leone; il centro cardiocirurgico di Emergency rappresentava invece la destinazione dove meglio avrei messo a frutto le mie capacità professionali.

Le motivazioni che spingono a intraprendere questo tipo di esperienza possono essere molteplici. Nel mio caso hanno prevalso la necessità e la voglia di mettersi in gioco abbandonando le sicurezze consolidate negli anni, il desiderio di collaborare con un’equipe internazionale in una terra così lontana da casa e con un grande bisogno di professionisti sanitari. Una volta messi



*Insegna posta all’ingresso del Salam Centre*

in valigia la sensazione di sentirsi inadeguato, la paura di aver fatto il passo più lungo della gamba ma anche entusiasmo e spirito di adattamento sono partiti alla volta di Soba Hilla, quartiere a sud di Khartoum che ospita il centro cardiocirurgico Salam Centre.

Il Salam è un ospedale progettato e costruito con il fine di accogliere e curare pazienti con patologie di interesse cardiocirurgico. Il reparto conta 48 posti letto di degenza, di cui 12 monitorati di sub-intensiva destinati ad accogliere i pazienti in seconda e terza giornata post-intervento; 3 sale operatorie separate da una zona filtro dalla rianimazione di 15 posti letto, di cui 2 in isolamento. Il tutto è costruito sullo stesso piano. In veste di ospedale non possono ovviamente mancare una farmacia interna, un laboratorio, un’emoteca, un “out-patient department” per le visite ambulatoriali e gli accessi in urgenza, gli uffici dell’amministrazione. Tutta la struttura è isolata dall’esterno attraverso delle bussole filtro con sistemi di ventilazione positiva che impediscono a polvere e mosche di entrare in ospedale. Tutta l’aria all’interno del Salam è filtrata e raffreddata (la temperatura media di Khartoum è attorno ai 40 gradi) da chiller esterni alimentati da pannelli solari posti tra l’ospedale e il complesso che ospita lo staff internazionale. L’ospedale è assolutamente efficiente e dotato di tutta l’attrezzatura sanitaria che si può trovare in un qualunque centro cardiocirurgico europeo.

Al Salam afferiscono solo pazienti cardiocirurghi, con patologie sia acquisite che congenite. Ho avuto la straordinaria fortuna di lavorare con un cardiocirurgo pediatrico finlandese, la cui presenza continuativa per 5 mesi ha ovviamente condizionato la tipologia di pazienti del centro orientandola verso pazienti in età pediatrica con patologie congenite: difetti interatriali o interventricolare, tetralogie di Fallot, canali atrioventricolari, dotti arteriosi pervi tra quelle più frequenti. Il compito degli infermieri internazionali è quello di trasmettere le proprie conoscenze e tecniche ai colleghi locali. Il fine di Emergency è infatti quello di costruire ospedali all'estero destinati ad essere gestiti interamente dallo staff locale. Oltre all'assistenza diretta pertanto eravamo incaricati della supervisione del personale infermieristico sudanese, della loro formazione su aspetti specifici dell'assistenza e della eventuale trasmissione di un metodo di lavoro che in Italia è ormai assodato: la revisione di protocolli assistenziali, la stesura di check-list, l'organizzazione degli armadi dei farmaci o dei carrelli per le medicazioni.

Inevitabilmente si incontrano delle difficoltà con le quali si devono fare i conti:

1. La presenza di personale internazionale. L'organizzazione dell'intero ospedale e di tutta l'attività clinica dipende ovviamente dalla disponibilità di personale internazionale. La presenza o meno di cardiocirurghi condizionava il numero di interventi. La presenza o meno di personale infermieristico condiziona il numero di ore da passare in ospedale. All'inizio chiunque passerebbe in ospedale più tempo possibile, anche 24 ore su 24. Ma alla lunga questo comporta un esaurimento di energie personali che poco si concilia con i 6 mesi da trascorrere in terra d'Africa.
2. L'elevato turn-over di pazienti e di personale infermieristico. I pazienti si fermavano in ospedale fino alla settima giornata post-intervento e venivano poi seguiti ambulatorialmente. Durante la mia permanenza al Salam si eseguivano 6 interventi di cardiocirurgia al giorno, di cui 2 su pazienti pediatriche. Questo dà un'idea dell'elevato numero di pazienti ammessi e dimessi giornalmente.

Molte delle infermiere sudanesi inoltre, una volta sposate ed avuto figli decidevano di lasciare il loro lavoro determinando così la necessità di for-



*Saluto di un bimbo pronto per tornare in Sierra Leone dopo correzione di tetralogia di Fallot*

mare nuovo personale che le potesse sostituire. La maggiore difficoltà che ho incontrato però è stato il rientro in Italia. Spero di non peccare di retorica se condivido il mio senso di nausea nello sfogliare riviste di gossip o vedere certe trasmissioni televisive dopo aver visitato il campo profughi di Mayo, dove Emergency gestisce una clinica pediatrica. Anche lavorativamente il rientro è stato più difficile del previsto. Nonostante io sia tornato nello stesso reparto presso il quale avevo lavorato negli ultimi 10 anni avevo scordato cosa significasse assistere pazienti molto anziani (la vita media in Sudan è attorno ai 55 anni), cosa significasse lavorare in una sanità condizionata dai DRG e avevo anche rimosso il fatto che i pazienti o i parenti potessero lamentarsi per l'orario in cui viene servito il pranzo in ospedale per esempio (in Africa nessuno si sogna di farlo).

A distanza di qualche anno resta il piacevole ricordo di un'esperienza personale e professionale impareggiabile. Mi rendo conto che la conoscenza della lingua inglese, assolutamente richiesta in quanto unico canale comunicativo con lo staff locale, e i 6 mesi di permanenza all'estero richiesti siano un freno a molti colleghi che stanno considerando l'idea vivere la mia stessa esperienza. Posso testimoniare con certezza che tutta la ricchezza umana che si accumula in un periodo così lungo al Salam Centre ripaga qualunque tipo di sacrificio.

\* *Infermiere referente di settore. Unità Terapia Intensiva Cardiologica. Fondazione Poliambulanza - Brescia*

# Dalle parole della cura alle parole che curano

di Nina Saarinen\*, Giovanna Benetti\*

Chi di noi, munito delle migliori intenzioni di aiuto, non si è trovato in una situazione di sorpresa o addirittura di irritazione di fronte alla persona proveniente da altra cultura?

Molte volte tale incomprensione è percepita come un'interferenza al normale scorrere del lavoro, ci mette in crisi per il tempo che sembra non abbiamo da dedicare alla persona.

Che cosa ci preoccupa come professionisti?

Forse proprio la consapevolezza del voler aiutare e non poterlo fare come vorremmo.

Oppure forse ormai, dopo tentativi fallimentari, rispondiamo in modo sbrigativo senza porci interrogativi sull'esito sul nostro intervento.

## Vogliamo condividere

Abbiamo imparato *strada facendo*<sup>1</sup> una particolare postura mentale; le persone in disagio portano un *mondo di vita* (Schutz in Folgheraiter 2009) diverso dal nostro. Si incomincia a discutere l'ovvio: quando la fasciatura deve resistere ai chilometri e alle intemperie, quando nell'angolo della strada l'iniettarsi dell'insulina è scambiato per tossicodipendenza, quando per la dieta dei diabetici abbiamo solo i panini e la pasta, quando fare la visita oculistica non richiede solo di andare dal Medico di Medicina Generale, prenotare, presentarsi puntuali, ma qualcosa di molto altro, che va oltre, allora ci fermiamo.

Le cose proprio non vanno quasi mai come prevediamo, a volte molto male, a volte benissimo. Può succedere che dalla preoccupazione per il ginocchio si passi all'indomani a trovare quella persona in rianimazione, o viceversa che chi ha vissuto due anni alla deriva, in una settimana ripristini la cura di sé.

Questo altalenarsi, come le onde del mare, ci ha

insegnato che poco controlliamo della vita, eppure tanto possiamo assieme.

Quando siamo senza risposte preconfezionate, senza soluzioni immediate, incominciamo a fare domande in modo diverso .

Le nostre domande diventano legittime (von Foerster in Peticari 2007). Sono domande che non hanno risposte pronte, legittime, perché *sono* (sanno stare – tollerano l'incertezza) sulla non risposta, ma è proprio da qui che la risposta emerge. Ci obbligano a uno sforzo riflessivo, a chiedere aiuto, non solo in primis a chi abbiamo di fronte, ma anche ai colleghi, parenti, amici ad altri significativi. Sono un antidoto contro la *banalizzazione* dell'Altro (Peticari, 2007). Questo atteggiamento innesca la voglia delle persone di starci, si intravedono opportunità mai immaginate prima che nascono come sorprese. Le persone si sentono pari, volontariamente coinvolte, scelgono autonomamente di mettersi a disposizione (Folgheraiter, 2004a, 2004b, 2006, 2009, 2011). La bellezza in questo è che ci tiene in costante movimento, diventiamo curiose. Invece delle soluzioni finite, intravediamo solo i primi passi verso qualcosa di meglio. Diventiamo fiduciose: si può sempre stare /fare meglio assieme, anche in punto di morte.

L'assieme non è il generico sentirsi insieme, è una dimensione che ci prende dalla profondità del non detto, è quella reciprocità alla quale le parole sono troppe, un sentire che per ciascuno di noi è così presente nel momento del bisogno. Una certezza nell'incertezza che insieme si è sempre di più. Per noi è stato anche un apprendimento di ascolto dei diversi punti di vista: abbiamo imparato a facilitare la nascita di una nuova comprensione, "coagulare il Care" fra le diverse persone coinvolte, testimoniando un sapere che si integra, che non è producibile da nessuno da

solo, e di cui insieme usufruiamo ora nei nostri gesti di cura. Un sapere *embedded ed embodied*<sup>2</sup> (Beni relazionali<sup>3</sup> - in Donati 2008, 2009).

Le persone significative per le persone migranti, a maggior ragione quando vivono in una condizione di emarginazione grave, sono assenti e paradossalmente ancora più presenti. La rottura biografica e la lontananza porta la persona a una connettività relazionale diversa; la valorizzazione di qualunque interesse nei suoi confronti riconosce altre frequenze, armonie, sintonie affettive.

L'incontro è di riconoscimento, desiderio che ci sia una continuità rafforzativa della progettualità, di cura e guarigione, ma non nella spinta strumentale "ti ascolto così tu fai come penso giusto" ma in termine di presenza e prossimità che di fatto attiva e rianima (legame debole - Ranci, 2001). Viviamo nel contempo l'intensità del *qui ed ora*, nell'accettazione incondizionata; non sappiamo se il momento si ripeterà, e capiamo che l'eventualità di un nuovo incontro sarà qualcosa che va oltre. L'evento ci ha reso diversi. Nei percorsi in cui abbiamo instaurato una certa continuità nel rivederci permane la stessa qualità del sentire, la consapevolezza che ogni incontro è unico e irripetibile; le opportunità possono emergere in modo completamente diverso anche a distanza di un solo giorno. La persona ha molte opportunità di sentirsi riconosciuto, apprezzabile e significativo (Gui in Craig et al 2010).

### L'accoglienza

Nell'approccio centrato sulla relazione, non solo sull'utente, pensiamo che la contemporaneità sia l'elemento vincente: in ogni fase del processo di assistenza infermieristica l'ascolto attivo è come il filo rosso.

La nostra eventuale irritazione ci segnala che abbiamo dimenticato di ascoltarci e perciò non riusciamo ad ascoltare l'altro.

Molti studi sul problem solving indicano come spesso continuiamo a ripetere la stessa modalità improduttiva e come per ottenere un cambiamento creativo dobbiamo attraversare dei paradossi, fare qualcosa di contro intuitivo.

- Vogliamo che la persona ci ascolti - dobbiamo ascoltare noi stessi.
- Vogliamo che la persona accetti l'aiuto -

dobbiamo chiedere aiuto.

- Vogliamo insegnare - dobbiamo apprendere.
- Vogliamo che ci narri della sua storia - dobbiamo narrare della nostra.

E non solo:

- Vogliamo che sia più conciso - dobbiamo allargare le cornici con domande aperte, circolari.
- Vogliamo moltiplicare le opportunità che vediamo in lui - dobbiamo vedere le opportunità nella rete delle relazioni significative, formali e informali.
- Vogliamo che sia autonomo - dobbiamo partire dal suo essere dipendente, dall'interdipendenza relazionale.
- Vogliamo essere empatici - dobbiamo recuperare *exotopia*<sup>4</sup> (Bakhtin in Sclavi 2003).
- Vogliamo che colga la nostra professionalità - dobbiamo recuperare l'interesse della nostra persona e comprenderne l'uso professionale di quella.
- Vogliamo che metta in atto i comportamenti appresi - dobbiamo aprirci a un senso altro e oltre il nostro.

La contro intuitività produce effetti immediati, uno spazio, un luogo del dialogo.

Diviene evidente come ciò che permette il senso e recupera i significati non può che cercare la profondità: "Più crescono le distanze culturali e le difficoltà linguistiche, più dobbiamo andare in profondità" disse un operatore di rete finlandese (Hakola - intervista qualitativa - Report Stage Saarinen Università Cattolica Milano 2010). La profondità significa creare una tensione fra immanenza e trascendenza cui arriviamo solo attraverso la nuova appartenenza, *il senso di noi, del fare assieme*.

La nuova appartenenza nasce dal successo che otteniamo nello stare meglio, avendo fatto assieme, divenendo più delle parti. A questo luogo *più delle parti* siamo arrivati nel poterci addentrare attraverso l'ascolto dell'altro/altri nel nostro pensiero, condividendo una finalità. Non possiamo conoscere il nostro punto di vista se non assumiamo quello dell'altro per poco tempo, scrive Sclavi. Nell'alternarsi dei punti di vista testimoniamo il nostro cambiamento; siamo cambiati progressivamente nell'ascoltare

gli altri. Ci scopriamo misteri; eccediamo, non avremmo mai pensato di pronunciare alcune parole (Levinas in Arnikil, 2013), è in questo luogo diviene possibile sorprendersene. Le parole nascono mentre scopriamo la distanza fra l'essere, il pensare, dire/fare; questo Ba<sup>5</sup> ci porta al silenzio, all'amore, a quell'immediatezza del io-tu di Buber (in Arnikil, 2013), alla nostra spiritualità. La parola nasce solo dall'amore, dice Pannikar (Pannikar, Il filo d'oro, You tube).

Quando parliamo della tosse, diventa la tosse di Mohamed; le nostre domande e le risposte si alternano come in una danza, una *conversazione*, dalla risposta sorge la nuova domanda .

*Nell'ascolto attivo* la tosse diventa la storia narrata, senza pretesa di linearità. Nel semplice ripetere parola per parola il sentito, per assicurarci di aver capito, Mohamed, riascoltando le proprie parole, ne ritrova altre ancora, in un divenire continuo (Arnikil, 2013; Peticari, 2007).

A volte, per andare verso ci prendiamo come esempio, attraverso una storia di noi o di altri.

Nascono qui le parole condivise. La qualità relazionale consente l'emergere delle nostre conoscenze tacite (Polanyi in Arnikil, 2013), la pluralità di punti di vista amplia le nostre prospettive e significati di riferimento, moltiplicando le opportunità di salute. Emerge, in questo BA (Nonaka, Takeuchi in Arnikil, 2013), una nuova comprensione; le parole a volte proprio poche, essendo condivise, sono potenti generatori di salute, la qualità dell'ascolto cambia, si è reciprocamente molto attenti uno dell'altro.

Ogni piccolo momento è parte di un continuum, il contingente è illuminato, i nostri valori sono agiti, il nostro avvicinarsi è etico.

La mamma di Mohamed era deceduta pochi mesi fa di tubercolosi; ora la tosse rendeva Mohamed preoccupatissimo, come farà ora se anche lui si ammala e muore, deve trovare un lavoro, per poi prendersi cura della famiglia lontana. La responsabilità è eredità ora, oltre che testimonianza di senso fra le generazioni. Solo riconoscendo questo possiamo pensare alla cura, solo così le parole curano. Il concreto prendersi cura trova il suo ancoraggio nella reciprocità, le indicazioni terapeutiche si annodano in modo inestricabile a questo universo di senso, come il chiodo dello scalatore ci porta a elevarci assieme. Generiamo salute (salutogenesi di Antonovsky, 1979). Mohamed ora ha le informazioni, sente di poterle e volerle mettere in atto, hanno un senso nella sua

traiettoria esistenziale.

È cruciale farci il promemoria di come nella comunicazione oltre il 75% del significato nasce non dalla parola ma dal linguaggio analogico nel contesto, così come la nostra identità è fortemente relata al nostro contesto relazionale, al nostro fare assieme, nel nostro divenire.

Questa particolare reciprocità diviene la nostra bussola; il senso del noi che nasce "we-ness" diviene l'aspetto mediativo relazionale, un artefatto dialogico (Mantovani in Manara, 2004).

Siamo nello stesso tempo entrambi:

Ascoltanti/Ascoltati

Aiutanti/Aiutati

Maestri/Apprendisti

Narranti/Narrati

Tutto questo contiene ciò che connota l'infermieristica interculturale: la capacità di decentramento, l'esteriorizzazione, la comprensione del problema in gioco, la messa in relazione dei tratti culturali, il ricorso a valori trascendentali, evitare che le dinamiche si trasformino in dinamiche di chiusura, esclusione, mantenersi aperti alla varietà e variabilità delle situazioni (Manara, 2004).

Apprendiamo un pensiero all'altezza dei sistemi complessi, l'ascolto attivo (Sclavi, 2003).

Nella teoria e pratica interculturale la cultura non è elemento di separazione ma spazio di scambio, confine permeabile (Bakhtin in Arnikil, 2013).

Per arrivare a delle spiegazioni passiamo dal semplice comportamento all'azione, all'interazione, alla relazione, alle coreografie relazionali, in una ricorsività che implica quasi un torcersi per guardare indietro, pur diretti avanti. L'interculturalità emerge dalla transculturalità.

La cultura e il sociale sono intrecciati; la dimensione simbolico - espressiva vive nella relazione sociale; se la differenza percepita fa problema è perché la comunanza che esiste nella relazione non emerge prima del sentire la differenza, ma solo dopo.

La differenza percepita prima della comunanza è elaborata secondo il contesto.

Abbiamo bisogno di un pensiero che attraverso la riflessività sia in grado di mostrarci la comunanza, da cui nasce la differenza (Donati, 2008).

M. Leininger (2006) era stata catturata proprio da questo; vedeva emergere nel Care gli aspetti culturali decisivi perché la persona potesse guarire, stare meglio. Nell'approccio dialogico-

relazionale possono articolarsi le somiglianze e le differenze di care culturale, concorrendo a far emergere il *senso del noi* e nel frattempo, nella nuova comprensione, la personalizzazione dell'assistenza in una armonizzazione bi o tri - culturale. Una delle sofferenze nel nostro mondo è di accettare l'incapacità ad avere un valore speciale per un'altra persona, di non avere più qualcosa da offrire agli altri. Questo è particolarmente frequente per chi vive una condizione ai margini della società.

Nel *senso del noi* sperimentiamo una nuova appartenenza, la gratitudine dell'aver fatto assieme meglio. Il dono diventa un'espressione naturale; facilitato e punteggiato nella nostra *responsività*<sup>6</sup> Molte persone, per l'insegnamento di ritorno - *teach-back* (Peticari, 2007), ci ringraziano: "Ho fatto come facevate voi con me" utilizzando la relazionalità con altri, in cui i valori, le norme, le intenzioni e le azioni sono la nostra concreta espressione di pace e non - violenza. Una volta intrapresa questa direzione, con questa bussola ci orientiamo a ri-rappresentare il contesto assistenziale, apprendiamo dall'esperienza per scoprire all'improvviso che il nostro sapere interculturale è diventato un atteggiamento consolidato, "da noi si fa così". Non occorrono molte idee, giusto un'idea da coltivare con dedizione (Peticari, 2007).

### Costruire percorsi di salute

Un unico incontro spesso è ricordato anche a distanza di anni nelle testimonianze spontanee dei nostri utenti.

Nelle situazioni di difficoltà tale ricordo fa la differenza nel riemergere con la propria naturale connettività, come un magnete che ci riporta a casa. Facciamo ritorno al luogo dove abbiamo potuto sentire che gli altri sentono ciò che sentiamo, dove la nostra unicità e irripetibilità è stata riconosciuta, dove siamo stati accolti.

Molte volte sembra che il tempo del ritrovarsi sia davvero altro e oltre al kronos e perfino al kairos.

Quando le situazioni di salute divengono critiche tessiamo insieme la rete che fronteggia le avversità (Arnkil, 2013; Folgheraiter, 2004a, 2004b, 2006, 2009, 2011; Ranieri 2006; Pelizzari 2008; Fio.psd, 2006). Questa logica relazionale aperta, emotivamente intensa e relazionalmente significativa, crea attraverso il *senso del noi* una specie

di torre di avvistamento. Un *luogo sicuro* dal quale appropriarsi di un doppio sguardo culturale. La malattia e le difficoltà chiedono di armonizzare i significati culturali; il doppio sguardo, sia verso la propria cultura di origine che su quella di approdo, fa emergere quell'alchimia culturale in grado di dare senso e continuità alla propria traiettoria esistenziale (Khaoula, 2004).

Uno sguardo che consente di evitare le polarizzazioni distruttive e la sensazione di una doppia assenza (Sayad, 2002).

Il senso del noi - "un io nel noi e viceversa" (Morin in Folgheraiter, 2011) - della rete di fronteggiamento consente ai partecipanti di percepire una sicurezza ontologica poiché rievoca quella particolare interazione contingente che abbiamo sperimentato nei primissimi mesi di vita con chi si prendeva cura di noi. Un reciproco influenzamento, un dialogo che apre alla cooperazione necessaria alla comunicazione. Ci consente di co-orientare gli sguardi su una situazione di vita, facilitando la nostra intenzionalità e l'interpretazione di quanto stiamo facendo o quanto va dicendo l'altro (Bruner in Sempio, 1998). Tale interazione dialogica è evocata anche da Fonagy (2001) e Gilbert (2010) che ritengono che nello sperimentare questa particolare reciprocità sensibile ci si possa ritrovare l'uno nell'altro nel Care, testimoniando un'immagine di sé stesso come motivato da credenze, sentimenti e intenzioni, e quindi come capace di mentalizzare e quindi di riflettere. La capacità riflessiva è quella che ci consente di comprendere le nostre emozioni e sentimenti annodandoli in interessi e azioni condivise. Dolci (2011) ci ricorda nella sua poesia "C'è pure chi educa, senza nascondere, l'assurdo che è nel mondo, aperto ad ogni sviluppo, ma cercando d'essere franco all'altro come a sé, sognando gli altri come ora non sono; ciascuno cresce solo se sognato".

Siamo molto più interdipendenti e in divenire dal nostro contesto relazionale di quanto crediamo. Il nostro Sé (Kitayama in Inghelleri, 2009) prende forma dall'interazione sociale, dalle relazioni tra gli individui in una mediazione simbolica, linguistica, dal dialogo (Fasulo in Inghelleri, 2009). Le narrative, il dialogo tra le persone, diventano non solo una forma di rappresentazione, ma una pratica, che connette altre storie individuali e di gruppo. Un processo che porta alla costruzione di nuovi significati e alla co-costruzione del Sé. E il comune che ci indi-

vidua. Solo così diventiamo autonomi e liberi, capaci di prendere cura di noi e degli altri, essere educanti/educati.

Nella nostra esperienza, questa dimensione ha consentito a una giovane donna di affrontare una patologia infettiva, tenere il suo bambino, nato fuori dal matrimonio, superando in modo costruttivo l'iniziale disapprovazione del fratello in Italia e della madre nel paese di origine. La disapprovazione l'aveva costretta ad abitare per un periodo in una comunità di accoglienza, vivere il timore del fratello, la sofferenza della madre, l'incertezza del sostentamento. Si sono intrecciate le diverse voci della rete, dando in questo modo voce alle altre persone significative; la giovane donna ha progressivamente creato una sua personale interpretazione degli aspetti culturali significativi in cui riconoscersi, un mondo valoriale che nella reciprocità della rete, ci ha unito tutti ad accogliere e a svolgere ruoli sostitutivi cruciali per la mamma nella nascita del bambino, partecipando come madri sostitutive allo stesso parto. Tale vicinanza ha consentito alla giovane donna di prendere cura di sé e del bambino nei primissimi mesi di vita. A distanza di un anno la ragazza è tornata dal fratello, da cui è rispettata, a ripristinare una relazione con la madre, mantenendo una sua personale traiettoria di vita.

### Le buone prassi

Come potrebbe mai un approccio infermieristico dialogico – relazionale di rete trovare espressione in una corsia, in un reparto o in un ambulatorio?

Molte sono le buone prassi sperimentate in diversi contesti, ma molto meno sono le buone prassi per trasferirli ad altri.

Per non cadere nei buchi neri che succhiano l'energia – il negativo – dobbiamo far tesoro di ascoltarci nella nostra saggezza, individuando ciò che già va bene, e ciò che vorremmo andasse meglio.

Ma sul come fare ciascuno avrà un punto di vista diverso.

I diversi punti di vista possono essere ascoltati quando l'obiettivo non è di raggiungere un pare-

re unisono, ma arricchire la nostra comprensione, arrivandone a una nuova, assieme.

L'approccio dialogico relazionale ha creato strumenti concreti a tal fine: dedicarsi ascolto in una riunione suddividendosi in piccoli gruppi di confronto, condividendo ciò che ci preoccupa nel nostro contesto, arrivando poi insieme ad individuare delle azioni di miglioramento, definendone le priorità per realizzare un piano strategico e pragmatico, da mettere in pratica già il giorno seguente.

L'aspetto affascinante è che si può nello stesso modo far incontrare reparti con reparti, scuole con scuole, ambulatori con ambulatori; oppure intrecciandoli a piacere, coinvolgendo la trasversalità dei livelli e dei ruoli, in un apprendimento fra pari (peer learning). In questo modo rispettiamo la logica moltiplicatrice "più abbiamo più avremo" (meno abbiamo, meno avremo); possiamo intraprendere, curiosi, attività di ricerca e formazione. Una ricerca compatibile e significativa del contesto, a ciclo breve, che orienta e guida i processi assistenziali o intraprendere una formazione in itinere che articola la teoria alla prassi in un mutuo apprendere, come avviene nelle comunità di pratica (Wenger in Mortari, 2003), per arricchirci di sguardi di appropriatezza ed elevando la qualità assistenziale.

*Mantieni i tuoi pensieri positivi  
Perché i tuoi pensieri diventano parole  
Mantieni le tue parole positive  
Perché le tue parole diventano  
i tuoi comportamenti  
Mantieni i tuoi comportamenti positivi  
Perché i tuoi comportamenti diventano  
le tue abitudini  
Mantieni le tue abitudini positive  
Perché le tue abitudini diventano  
i tuoi valori  
Mantieni i tuoi valori positivi  
Perché i tuoi valori diventano il tuo destino.*

*Mahatma Gandhi*

\* *Infermiere, UO Medicina Transculturale e Malattie a trasmissione sessuale ASL Brescia*

## BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. (1979) *Health, Stress and Coping.*, San Francisco USA: Jossey – Bass Publishers
- Arnkil T.E., Seikkula J.(2013) *I metodi dialogici nel lavoro di rete.* Trento: Edizioni Erickson
- Becker CM., Glascoff MA., Felts WM (2010) *Salutogenesis 30 Years later: where do we go from here?* International Electronic Journal of Health Education, 2010; 13: 25-32
- Dolci D. (2011) *Dal trasmettere al comunicare – non esiste comunicazione senza reciproco adattamento creativo.* Casale Monferrato (AL): Edizioni Sonda
- Donati P. (2009) *La società dell'umano.* Torino: Marietti Editore
- Donati P. (2008) *Oltre il multiculturalismo. La ragione relazionale per un mondo comune.* Roma: Editori Laterza
- Donati P. (2011) *Sociologia della riflessività. Come si entra nel dopo moderno.* Bologna: Edizioni Il Mulino
- FIO.psd (Federazione Italiana degli Organismi per le persone senza dimora) (2006) *Grave Emarginazione e interventi di rete – Strategie e opportunità di cambiamento* Franco Angeli
- Folgheraiter F. (2004a) *Il servizio sociale postmoderno Modelli emergenti.* Trento: Edizioni Erickson
- Folgheraiter F. (2004b) *Tossicodipendenti riflessivi La teoria relazionale del recovery narrata dai protagonisti.* Trento: Edizioni Erickson
- Folgheraiter F. (2006) *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni.* Trento: Edizioni Erickson
- Folgheraiter F. (2009), *Saggi di welfare. Qualità delle relazioni e servizi sociali* Trento: Edizioni Erickson
- Folgheraiter F. (2011) *Fondamenti di metodologia relazionale. La logica sociale dell'aiuto* Trento: Edizioni Erickson
- Fonagy P.,Target M. (2001) *Attaccamento e Funzione Riflessiva.* Milano: Raffaello Cortina Editore
- Gilbert P. (2010) *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features.* Routledge USA
- Khaoula M (2004) *Il paradosso identitario nell'esperienza dei migranti, Prospettive Sociali e Sanitarie.* 34 (8): 3 - 5
- Inghilleri P; (2009) *Psicologia culturale* Raffaello Cortina Editore Milano
- Leininger M.L., McFarland M.R. (2006) *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.* Canada & UK: Jones and Bartlett publishers international
- Manara D.F (2004) *Infermieristica Interculturale.* Roma: Carocci Faber
- Mortari L. (2003) *Apprendere dall'esperienza – il pensare riflessivo nella formazione* Roma: Carocci Editore
- Pellizzari M. (2008) *L'infermiere di comunità. Dalla teoria alla prassi.* Milano: McGrawHill Editore,
- Perticari P. (2007) *L'educazione impensabile apprendere per difetto nella rete globale.* Milano: Elèuthera
- Ranci D. (2001) *La relazione a legame debole nell'intervento sociale: aspetti teorici e tecnici* Prospettive Sociali Sanitarie 4: 3-5
- Ranieri M.L. (2004) *Il metodo di rete in pratica. Studi di caso nel servizio sociale.* Trento: Edizioni Erickson
- Sayad A. (2002) *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato.* Milano: Raffaello Cortina Editore
- Sclavi M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte.* Milano: Mondadori Editore
- Sempio L. (1998) *Vygotskij - Piaget - Bruner - Concezioni dello sviluppo.* Milano: Raffaello Cortina Editore

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- De Luise D. (2005) *San Marcellino: operare con le persone senza dimora* Milano: Franco Angeli
- Pannikar R *Il filo d'oro* 11/11 Youtube

- 
- <sup>1</sup> Strada Facendo - Progetto dell'Asl BS nel facilitare l'accesso alla salute della popolazione in condizione di grave emarginazione.
- <sup>2</sup> Embodied: incarnato, incorporato- La mente è nulla senza il corpo, ma ancor più radicale la mente è corpo e il corpo è mente. Come si situa l'Uomo nel mondo? Superiamo la limitante visione Cartesiana del dualismo corpo-mente, con i suoi pesantissimi limiti sia a livello filosofico che di riscontro con la realtà, per abbracciarne una Heideggeriana, nella quale mente e corpo si compenetrano e l'uomo viene ripensato come essere agente nella realtà.
- Embedded: incastonato - Questa posizione implica che la mente umana sia in corpore (embodied) in un corpo fenomenologico e strutturata dalle nostre esperienze, e gli stimoli esterni quotidiani offerti dall'ambiente in cui si è situati (embedded) formano dinamicamente il modo di pensare degli esseri umani
- <sup>3</sup> Beni che non possono essere né prodotti né consumati da un solo individuo, perché dipendono dalle modalità delle interazioni con gli altri e possono essere goduti solo se condivisi nella reciprocità. Esempio l'amicizia
- <sup>4</sup> Exotopia o extralocalità si intende una tensione dialogica in cui l'empatia ha un ruolo transitorio o minore, dominata invece dal continuo ricostruire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra.
- <sup>5</sup> Ba può essere definito come un contesto comune dove la conoscenza è condivisa, creata utilizzata attraverso l'interazione.
- <sup>6</sup> Inglese Responsiveness: come disponibilità, sensibilità, prontezza cosciente di re-agire



# Comunicazioni del Collegio

## Assemblea Annuale degli Iscritti, Brescia 23 marzo 2013

Relazione del Presidente Stefano Bazzana

### *Gentili colleghe, egregi colleghi,*

*a nome del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti vi ringrazio per la partecipazione a questa assemblea ordinaria del Collegio Ipasvi di Brescia, che rappresenta un momento importante di informazione, confronto e discussione dei temi a cui l'organismo di rappresentanza professionale è preposto.*

*È un'occasione formale per fare insieme un bilancio: illustrare le attività svolte nell'anno precedente e quelle programmate per l'anno in corso, ma è anche un momento per condividere i traguardi raggiunti e gli impegni futuri. Si prospettano le politiche professionali ed i progetti da realizzare allo scopo di garantire un adeguato sviluppo professionale degli iscritti ed un miglioramento del servizio offerto ai cittadini.*

*Seguendo l'ordine del giorno che prevede al primo punto la relazione del consuntivo 2012, si procede con le presentazioni del Presidente, del tesoriere e del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti.*

### **RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2012**

Ferma restando l'attività istituzionale del Consiglio Direttivo e di supporto della segreteria è ormai consuetudine consolidata per il Collegio di Brescia l'assegnazione delle attività progettuali e formative alle diverse commissioni, temporanee e permanenti. Quest'ultime nel corso del 2012 sono aumentate di numero, con l'attivazione della Commissione Qualità, che ha ampliato ad un gruppo di Consiglieri e alla se-

greteria le attività precedentemente svolte dalla Responsabile Qualità. Per questo primo anno del nuovo Consiglio Direttivo, pertanto, sono stati fissati gli obiettivi di ciascuna commissione permanente che, oltre alle attività ordinarie, ha curato la progettazione e l'erogazione dei corsi di formazione nel campo specifico. Per lo stesso motivo ogni Coordinatore di Commissione fa parte del Comitato Tecnico Scientifico previsto dal Sistema Regionale Lombardo ECM/CPD.

Alla fine del 2012 sono attive le seguenti commissioni permanenti con i relativi coordinatori:

- Commissione Cittadini Stranieri, coordinatore Angelo Benedetti;
- Commissione Formazione, coordinatrice Zanetti Ermellina;
- Commissione Immagine e Comunicazione, coordinatore Diego Amoruso;
- Commissione Pareri professionali, legali e fiscali, coordinatore Stefano Bazzana;
- Commissione Libera Professione, coordinatrice Carla Agazzi (da ottobre 2012);
- Commissione Formazione Operatori di Supporto, coordinatrice Lidia Tomaselli;
- Commissione Tempo di Nursing, coordinatrice Anna Iannelli;
- Commissione Sede, coordinatore il tesoriere A. Benedetti;
- Commissione Gestione Qualità, coordinatrice Marina Bruna Bertoli.

## COMMISSIONE PER LA REDAZIONE DELLA RIVISTA “Tempo di nursing”

*Componenti: Anna Iannelli (coordinatore), Stefano Bazzana, Ermellina Zanetti, Moreno Crotti Partel, Diego Amoruso, Angela Di Giaimo, Maria Audenzia Conti.*

Incontri della Commissione nel corso del 2012: n. 7

Nel corso dell'anno 2012 la Commissione ha perseguito l'obiettivo di mantenere e consolidare il rapporto comunicativo con i colleghi iscritti al Collegio, anche attraverso un sempre maggiore coinvolgimento delle diverse realtà, ospedaliere, extraospedaliere e territoriali in cui gli infermieri operano. A questo fine, nell'approfondimento monotematico contenuto nella rubrica focus, sono state coinvolte le diverse organizzazioni sanitarie e assistenziali in cui la professione infermieristica è rappresentata, sollecitando la pubblicazione di esperienze. È stato mantenuto il formato editoriale del dossier, focalizzando la rubrica focus nel n. 61 sul tema della formazione, sia di base sia universitaria post base ed aziendale (ECM, sviluppo pro-



fessionale continuo) e nel n. 62 sul tema della libera professione infermieristica, a 10 anni dall'ultimo speciale sull'esercizio libero professionale. Il lavoro di scambio e correzione dei contributi per la pubblicazione, così come delle bozze provenienti dalla tipografia è avvenuto in gran parte attraverso la posta elettronica. Nel corso del 2012 la Commissione Tempo di Nursing ha contribuito alla pianificazione formativa del Collegio proponendo la replica dell'evento "Imparare a dirsi addio" e l'organizzazione di un evento formativo dal titolo "la gestione dei conflitti nelle organizzazioni sanitarie" di cui è stata prevista una replica a febbraio 2013, per soddisfare i numerosi iscritti in lista d'attesa.

### COMMISSIONE "FORMAZIONE OPERATORI DI SUPPORTO"

*Componenti: Agazzi Carla, Benedetti Angelo, Cavagnini Lorena, Di Giaimo Angela, Guidetti Lara, Paderno Massimo, Pasotti Elena Angela, Sancius Antonella, Scalmati Agnese, Vacchi Stefania, Zani Maria Vittoria, coordinatrice Tomaselli Lidia.*

#### ATTIVITÀ 2012

Completamento e pubblicazione delle "linee guida per la formazione degli operatori di supporto nelle aree igienico sanitaria e tecnico operativa".

Presentazione delle linee guida ai direttori, coordinatori e infermieri docenti dei centri di formazione della provincia di Brescia.

Stesura di una check list/modulo ad uso interno dove scrivere quanto rilevato in commissione d'esame da depositare in segreteria del Collegio. 23 nomine di presidenti ed esperti per le commissioni d'esami finali OSS.

#### FORMAZIONE:

Corso "Presentazione delle linee guida per la formazione delle figure di supporto nelle aree igienico sanitaria e tecnico operativa" 25 Maggio 2012.

Formazione sul campo per infermieri presidenti ed esperti di esami finali OSS: "Condivisione di strategie per affrontare le principali problematiche riscontrate in sede d'esame finale per oss: presidenti ed esperti a confronto" 9 e 11 ottobre 2012.

### COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

**RCO:** Carla Agazzi (da ottobre 2012).

**COMPONENTI:** Anna Iannelli, Diego Amoroso, Massimo Paderno, Raluca Mihaela Cristea.

#### COSA ABBIAMO REALIZZATO:

- Colloqui individuali inerenti l'inizio dell'attività libero professionale, l'applicazione del tariffario, contestazioni fra colleghi: **18 colloqui.**
- Contatti con la Cassa ENPAPI per la risoluzione di particolari problematiche.
- Attività burocratico amministrativa di routine:
  - Gestione della posta in entrata e in uscita;
  - Verifica della documentazione presentata per l'apertura/chiusura di Studi Associati, liberi professionisti singoli, cooperative.
- Controllo e autorizzazione delle richieste di pubblicità sanitaria.
- Progettazione e organizzazione di **n. 2 eventi formativi:**
  - *L'infermiere libero professionista e la medicina del lavoro: un approfondimento.*
  - *L'organizzazione di uno studio/ambulatorio infermieristico.*



## COMMISSIONE CITTADINI STRANIERI

I componenti della commissione sono:

*Componenti esterni: Busi Paola, Cavagnini Lorenza, Magna Elisa, Matteotti Desirè, Pace Stefania. Componenti Consiglio Direttivo: Cristea Raluca Mihaela, Rossini Silvia, Tomaselli Lidia Annamaria.*

Coordinatore: Benedetti Angelo

La commissione è integrata dai docenti di italiano: Bassi Sergio, Pattini Chiara, Paroli Ernesto.

L'attività del 2012:

- Somministrazione test per la certificazione della conoscenza della lingua italiana a infermieri stranieri trasferiti da altro Collegio: n. 30.
- Somministrazione test per la certificazione della conoscenza della lingua italiana a infermieri stranieri che sostengono l'esame d'iscrizione presso il nostro Collegio: n. 17
- Colloqui informativi e d'orientamento (anche telefonici): n. 40.
- Incontri della Commissione: n. 4.
- Inseidamento Commissioni d'esame: n. 3 (n. 31 candidati esaminati, ma solo 20 sono stati ritenuti idonei)
- Stranieri inseriti nel percorso di "Uditorato

formativo": n. 1. Eventi formativi progettati e realizzati: n. 3, "Riconoscere e gestire il delirium", "Gli strumenti operativi in RSA: dalle linee guida alle procedure", "Progettare l'inserimento del neoassunto in RSA".

## COMMISSIONE FORMAZIONE

**Componenti Consiglio Direttivo:**

- Ermellina Zanetti (coordinatore);
- Maria Audenzia Conti;
- Angela Di Giaimo;
- Anna Iannelli.

**Componenti esterni:**

- Emma Carli;
- Monica Coccoli;
- Martina Cerulli;
- Milena Guarinoni;
- Laura Manara;
- Daniela Massussi;
- Carla Noci.

**Resoconto attività 2012**

La commissione formazione nel 2012 ha supportato la realizzazione dei 17 eventi (3 progetti di formazione sul campo, 7 corsi e 7 Convegni) proposti dalle Commissioni e dal Consiglio Direttivo del Collegio cui hanno complessivamente partecipato 1204 professionisti di cui 1148 infermieri 9 infermieri pediatrici e 47 assistenti sanitari.



## COMMISSIONE PARERI LEGALI FISCALI E PROFESSIONALI Relazione anno 2012

Agli eventi hanno inoltre partecipato 206 studenti e 50 appartenenti ad altre professioni per complessivi 1460 partecipanti che hanno coperto il 79% (il 7% in più rispetto al 2011) dei posti disponibili: complessivamente gli eventi erano infatti aperti alla partecipazione di 1971 partecipanti.

La Commissione ha curato l'organizzazione dell'Edizione 2012 del progetto "Il collegio incontra gli studenti del corso di laurea" realizzato in complessivi 7 incontri presso tutte le sedi del corso di laurea presenti in provincia.

La Commissione ha in particolare definito i contenuti e i relatori del Convegno **"Infermieri e ricerca: l'evidenza dei dati, il significato dell'esperienza"** con cui si è celebrata la Giornata Internazionale dell'Infermiere il 12 maggio 2012. In occasione dello stesso Convegno la commissione ha predisposto, distribuito e successivamente elaborato un questionario volto ad indagare i problemi etici che più frequentemente interpellano i professionisti e le modalità adottate dagli stessi per affrontarli. I risultati dei questionari (373) sono stati utilizzati per definire i contenuti di un evento formativo dedicato ai temi dell'etica e della deontologia che sarà realizzato nel 2013 e 2014 in 4 edizioni in altrettante sedi nella provincia. Nel triennio in corso, infatti, il mandato del Consiglio Direttivo è quello di concentrarsi maggiormente e in modo più approfondito su argomenti propri di un Collegio professionale e in particolare sul codice deontologico che si vorrebbe fosse oggetto di riflessione quotidiana. L'obiettivo da perseguire è quello di provare a leggere e a declinare i problemi che tutti i giorni i professionisti incontrano nella pratica professionale, alla luce del nostro codice, mettendo in evidenza le correlazioni, ma anche le eventuali contraddizioni.

Nel 2012 il Collegio di Brescia ha ottenuto, a seguito della visita ispettiva da parte di Eupolis Lombardia, la certificazione Standard, avente validità di quattro anni (scadenza al 31 dicembre 2012) di provider ECM per il Sistema ECM CPD della Regione Lombardia con decreto 11373 del 5 dicembre 2012.

Per realizzare quanto sopra descritto la commissione formazione, che mi onoro di avere coordinato, si è riunita 6 volte: vincente è stata la collaborazione, la disponibilità unita alla competenza delle colleghe e del Presidente, che ha fattivamente partecipato a 5 incontri su 6.

**Componenti:** *Stefano Bazzana (RCO), Carla Agazzi (da ottobre 2012), Diego Amoruso, Angelo Benedetti, Giovanna Bertoglio (fino a ottobre 2012) Marina Bertoli, Annamaria Iannelli, Lidia Annamaria Tomaselli, Ermellina Zanetti.*

Gli obiettivi condivisi ad inizio anno e presentati in assemblea erano fundamentalmente quattro:

- Rispondere ai quesiti, incontrare gli iscritti, incontrare esperti consulenti e risolvere le questioni riguardanti l'esercizio della Professione infermieristica.
- Mantenere il servizio di consulenza on line, garantendo altresì la consulenza telefonica nei casi urgenti e/o più semplici.
- Formulazione dei pareri da parte del Presidente del Collegio, in collaborazione con i Consiglieri, RCO e con altri professionisti nostri consulenti.



- Pubblicare il Quesito del Mese sia sul sito istituzionale sia sulla News Letter mensile.

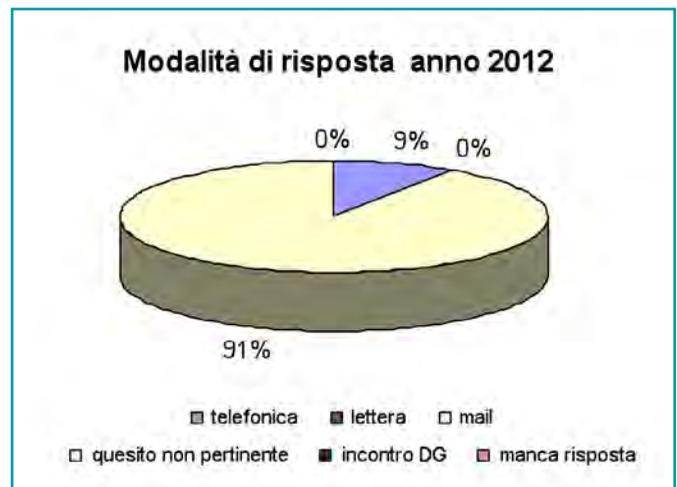
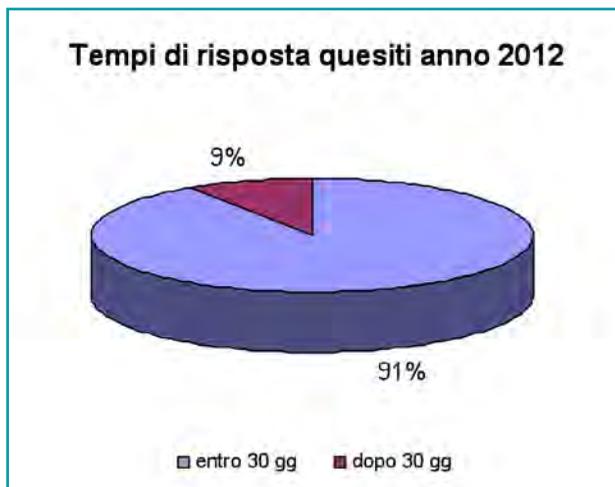
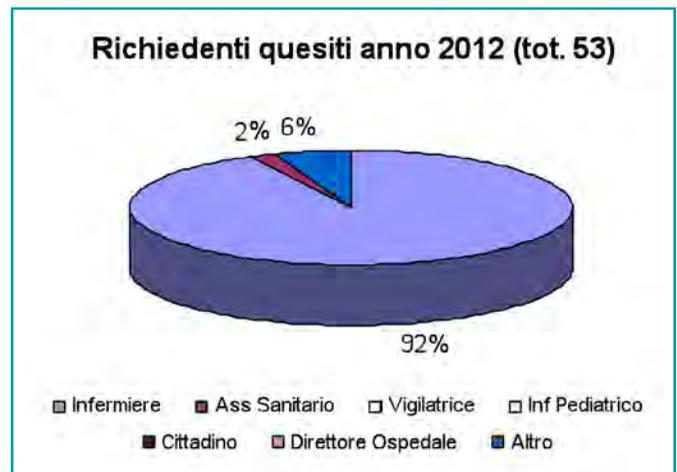
La Commissione Pareri Professionali nel corso dell'anno 2012 si è incontrata due volte essenzialmente per condividere le modalità di risposta, di pubblicazione e di archiviazione dei quesiti pervenuti al Collegio IPASVI di Brescia. Infatti, per garantire l'obiettivo di rispondere nel più breve tempo possibile agli iscritti, si è deciso ad inizio mandato di non elaborare le risposte in sede di Commissione, bensì di svolgere la maggior parte del lavoro on-line.

Le risposte sono principalmente a carico del Presidente coadiuvato dalla VicePresidente e, all'occorrenza, dai consulenti o altri RCO per ambito di competenza. Rispetto all'anno precedente sono pervenuti meno quesiti (53 vs 61) ma più segnalazioni generiche (9 vs 5) alle

quali comunque è stata fornita risposta. Non sono conteggiati in questa relazione gli incontri/colloqui con il Presidente, che a volte hanno preceduto/accompagnato l'elaborazione di una risposta/parere e le richieste di chiarimento/informazione che non seguono la procedura prevista (es. lettere cartacee, mail personali). I tempi di risposta si sono sensibilmente ridotti e superano il limite dei 30 giorni esclusivamente nei casi di invio della problematica ai consulenti per la formulazione di un parere pro-veritate.

Questi ultimi rappresentano il 10%, i quesiti di natura eminentemente deontologica sono il 17%, mentre il rimanente 73% è costituito da pareri di natura professionale.

I richiedenti sono nella stragrande maggioranza dei casi iscritti, infermieri (49 su 53), un assistente sanitario e in tre casi cittadini/istituzioni.



## COMMISSIONE QUALITÀ

I componenti della Commissione: *Bruna Marina Bertoli (RSQ/Coordinatore)*; *Carla Agazzi, Lidia Tomaselli, Massimo Paderno, Carlamaria Bonometti, Valeria Gelmi.*

Gli obiettivi 2012 della Commissione sono:

- Formazione/addestramento dei consiglieri sui principi del SGQ Collegio IPASVI (norma ISO 9001:2008 e conduzione audit interno).
- Redazione riesame della Direzione (semestrale e annuale) con individuazione indicatori, area di miglioramento e loro monitoraggio.
- Revisione Manuale Qualità con eventuale revisione/integrazione delle procedure o di altra documentazione in relazione alle modifiche introdotte.
- Approvazione, emissione ed applicazione della documentazione revisionata e/o redatta.
- Effettuazione incontri informativi con gli Operatori/Consiglieri sulla documentazione redatta/revisionata di nuova emissione.
- Predisposizione liste di riscontro ed effettuazione Audit interno.
- Predisposizione ed organizzazione per l'audit di terza parte.

Le attività poste in essere nel **2012** hanno favorito il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- acquisizione di conoscenze sulla Norma UNI EN ISO 9001:2008.
- acquisizione di conoscenze sulla norma UNI EN ISO 19011:2012.
- acquisizione di conoscenze e abilità nella gestione del SGQ del Collegio IP.AS.VI. di Brescia.

Sono stati effettuati n.**13** incontri formativi.

I componenti della commissione hanno partecipato con interesse e attivamente agli incontri formativi ed hanno collaborato alla realizzazione delle seguenti attività:

- revisione della P ALBO 7.01, P FOR 7.01, P LP 7.01, Manuale Qualità.
- pianificazione, predisposizione ed esecuzione di audit interni ed esterno.

- effettuazione, con esito positivo, dell'audit di terza parte (3.12.12).

## COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

**RCO:** *Diego Amoruso*

**COMPONENTI:** *Stefano Bazzana, Ermellina Zanetti, Carlamaria Bonometti, Moreno Crotti Partel, Anna Iannelli, Angela Chiodi (dal 10/07/2012), Licia Flammia (dal 10/07/2012), Roberto Ferrari (dal 13/11/2012).*

**COSA ABBIAMO REALIZZATO:**

- Incontri effettuati: 12 su 11 previsti.
- Nurse Newsletter inviate agli iscritti e pubblicate sul sito: 12 su 11 previste (una speciale).
- Aggiornamento del sito istituzionale: creato un indirizzo mail dedicato per la modifica e l'aggiornamento.
- Redazione della rivista Tempo di Nursing News: realizzato un numero nel mese di febbraio 2012 uno nel mese di settembre 2012 ed uno nel mese di dicembre 2012.
- Realizzato il nuovo logo Ipasvi Brescia.



## ATTIVITÀ ISTITUZIONALI SVOLTE NEL 2012

| ATTIVITÀ ISTITUZIONALI  | LAVORO SVOLTO   |
|---|---|
| Sedute di Consiglio   | n. 24 C. Direttivi (n. 157 Deliberazioni)   |
| Iscritti Albo Comunitari n. 129<br>Provenienti da altri Collegi n. 54<br>Iscrizione Albo Inf. Stranieri n. 61<br>Totale | n. 244  |
| Cancellazioni dal ruolo n.117<br>Trasferimenti ad altri Collegi n. 13<br>Totale   | n. 130  |
| Incontri per attivazione procedura riconoscimento titolo cittadini non U.E.   | n. 47 test idoneità ammissione all'esame  |
| Preparazione materiale da consegnare ai cittadini stranieri per esame   | n. 3 Commissioni insediate per espletamento esami per un totale di 31 esaminandi    |
| Esami cittadini stranieri   | n. 20 attestazione superamento esame<br>n. 11 attestazioni di non superamento esame |

## ATTIVITÀ ISTITUZIONALI E POLITICHE PROFESSIONALI ANNO 2012

| ATTIVITÀ ISTITUZIONALI  | LAVORO SVOLTO  |
|---|--|
| Incontri Coordinamento Collegi Lombardi<br>Per studio e preparazione documenti    | <b>n. 9 incontri</b><br><b>n. 1 convegno regionale</b> (23 ottobre 2012)   |
| Rapporti con Università<br>UNIBS n. 24 giorni<br>Università Cattolica n. 2 giorni | Nomina di rappresentanti del Collegio per Commissioni esami D.L. per le sessioni annue presso L'Università degli Studi di Brescia e presso la Poliambulanza per un totale di <b>n. 26 giorni di presenza</b> |
| Rapporti con la Regione   | Fabbisogno Formativo aa 2012 2013 <b>n. 3 incontri</b>   |
| Rapporti Cassa di Previdenza (ENPAPI)   | Su richiesta degli iscritti è stato contattato il <i>call center</i> di ENPAPI per la risoluzione di problemi di ordine contributivo e burocratico <b>n. 51 interventi</b>                                   |
| Rapporti con i Mass Media   | <b>n. 11</b> Articoli su quotidiani/settimanali<br><b>n. 2</b> Interviste radiofoniche<br><b>n. 3</b> Partecipazioni programmi Tv locali<br><b>n. 7</b> Comunicati Stampa e <b>4</b> Lettere al Direttore    |
| Rapporti con strutture Sanitarie  | Comitato Etico A.O. Spedali Civili<br><b>n. 12 incontri</b><br>Comitato Scientifico ASL di Brescia<br><b>n. 2 incontri</b>   |

## ATTIVITÀ ISTITUZIONALI E DI SEGRETERIA SVOLTE NEL 2012

| ATTIVITÀ ISTITUZIONALI   | LAVORO SVOLTO  |
|--|--|
| Incontri sull'esercizio libero professionale                             | <b>n. 15</b> con verbale di incontro   |
| Risposte a quesiti scritti, legali fiscali, professionali e deontologici | <b>n. 53</b> risposte scritte a richieste di consulenza  |
| Segnalazioni   | <b>n. 12</b> risposte scritte  |
| Rinnovo Certificazione del Collegio 3 dic 2012                           | <b>n. 13</b> incontri svolti in sede dalla Resp. Qualità   |
| Incontri e colloqui con il Presidente                                    | <b>n. 21</b> con verbale di incontro   |
| Risposte a richieste degli iscritti in sede e per telefono               | n. 1550 informazioni relative a:<br>Orari di apertura uffici, n. telefonici, recupero credenziali di accesso, recupero indicazioni per pagamento quota di iscrizione, informazioni Polizza IPASVI, informazioni su crediti formativi, informazioni iscrizioni corsi, cambi di residenza, iscrizione corsi Fad Federazione Nazionale... |
| PEC e corrispondenza   | n. 2388 in entrata e n. 982 in uscita per tot. 3.370 numeri di protocollo  |
| Sito Istituzionale   | n. 410 aggiornamenti anno 2012   |

Il Collegio ha inoltre partecipato con propri rappresentanti agli incontri promossi da vari Enti, Comitati e Istituzioni in cui è presente.

Il Presidente ha partecipato, unitamente ai Collegi Lombardi, agli incontri e ai tavoli tecnici presso la D.G. Sanità per la definizione del fabbisogno di personale del S.S.R. per l'A.A. 2012/2013 e 2013/2014.

L'attività del Collegio si è inoltre espressa:

- negli incontri quindicinali del Consiglio Direttivo per la realizzazione degli obiettivi generali;
- nei periodici incontri delle Commissioni per la progettazione della formazione e il raggiungimento degli obiettivi specifici;
- nella collaborazione con istituzioni pubbliche e con organizzazioni politiche, sociali, professionali;
- nella partecipazione attiva al Coordinamento Regionale Collegi Lombardi;
- Partecipando agli incontri della Federazione Nazionale (Bologna, Modena, Torino);

- Partecipando alle riunioni di altri enti (CUP, Cesos, Unilpa, Cives);
- Con interventi, relazioni e saluti ai vari convegni di associazioni e corsi di altre professioni (14 partecipazioni nel 2012: OOSS, OMCEO, AISTOM, ASL di Brescia, La Rete ...).

*Prima di passare la parola al tesoriere il Presidente esprime un sincero ringraziamento ai tanti colleghi che hanno collaborato nel corso dell'anno 2012, ai consulenti che ci hanno supportato nei campi specifici (fiscale, legale, informatico, sicurezza, qualità, consulente del lavoro) e alle nostre dipendenti Carlamaria e Valeria che garantiscono una continuità di presenza e di raccordo tra i diversi organi del Collegio, i consulenti e gli iscritti.*

Il tesoriere Angelo Benedetti passa quindi ad illustrare all'Assemblea, il Rendiconto generale economico finanziario dell'esercizio 2012 e nello specifico si esaminano dettagliatamente il rendiconto economico-finanziario

competenza 2012 ed i residui attivi e passivi al 31.12.2012. (Pubblicati sul sito e forniti in copia ai presenti al momento dell'iscrizione all'assemblea).

Al termine della presentazione del bilancio consuntivo 2012, presenta la sua relazione il Presidente dei revisori dei conti Sig. Vitaliano Tidoni, il quale attesta che Il rendiconto della gestione finanziaria al 31/12/2012 è stato redatto nel rispetto delle norme di legge e del regolamento amministrativo - contabile e approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 26 febbraio 2013 con delibera n.30.

Il rendiconto finanziario, corredato della relazione, presenta le seguenti risultanze:

|   |              |
|---|--------------|
| fondo cassa al 01/01/2012                         | € 92.949,03  |
| entrate in c/competenza e c/residui al 31/12/2012 | € 615.887,09 |
| uscite in c/competenza e c/residui al 31/12/2012  | € 619.094,23 |
| fondo cassa al 31/12/2012                         | € 89.741,89  |
| residui attivi:                                   | € 19.122,05  |
| residui passivi:                                  | € 68.638,34  |
| Avanzo di gestione 2012                           | € 40.225,60  |

La sintesi della relazione descrive l'attività finanziaria avvenuta nell'esercizio 2012. Pertanto:

- Valutata da parte del Collegio dei Revisori dei Conti la documentazione relativa al rendiconto generale 2012 e la completezza e chiarezza dello stesso e dei relativi allegati, così come previsto dal regolamento amministrativo- contabile.
- Considerato e verificato che il rendiconto generale è stato redatto secondo corretti principi di contabilità.
- Preso atto della correttezza dei risultati finanziari, economici e patrimoniali della gestione sulla scorta dei controlli effettuati.
- Verificata la corrispondenza dei dati riportati nel rendiconto generale con quelli analitici desunti dal sistema di scritture contabili.

Il Collegio dei Revisori dei Conti esprime un giudizio favorevole sulla veridicità del bilancio consuntivo 2012 così come redatto e lo pone all'approvazione di parte dell'Assemblea degli Iscritti.

Il Presidente, conclusa la relazione del Presidente dei revisori dei conti, apre il dibattito. Non essendoci richieste di chiarimento il Presidente si appresta a porre all'approvazione degli iscritti il Bilancio Consuntivo, che rappresenta la valorizzazione economica delle attività svolte nell'anno 2012.

Il Presidente dichiara aperte le operazioni di voto.



## OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO CONSUNTIVO 2012

Il segretario del Collegio, Dr.ssa Lidia Annamaria Tomaselli, comunica che la capacità di espressione di voto è di complessivi 518 voti, dati dagli iscritti partecipanti all'assemblea ed aventi diritto di voto che sono n° 487 più n° 31 deleghe valide.

Agli iscritti presenti è stato consegnato un cartoncino di voto a seconda del numero delle deleghe ricevute (come da regolamento ogni iscritto non può essere investito di più di due deleghe).

I cartoncini, a seconda dell'espressione di voto, devono essere imbucati in tre distinti contenitori di cartone: uno per i favorevoli, uno per i contrari e uno per gli astenuti.

La procedura scritta con le modalità di votazione è stata consegnata ai partecipanti al momento dell'iscrizione ed è stata ripetuta verbalmente prima di procedere al voto.

Su proposta del Presidente, visto il numero dei partecipanti, i presenti all'unanimità scelgono di procedere alla votazione per alzata di mano. Per facilitare il conteggio viene prima chiesto di votare ai contrari, poi agli astenuti ed infine ai favorevoli.

---

|            |    |             |
|------------|----|-------------|
| Contrari   | n° | 0 (nessuno) |
| Astenuti   | n° | 0 (nessuno) |
| Favorevoli | n° | 518         |

---

Il bilancio consuntivo 2012 viene approvato all'unanimità.

## RELAZIONE PROGRAMMATICA ANNO 2013

*Il Presidente inizia la "relazione morale" 2013, con un omaggio a Jorge Mario Bergoglio, papa Francesco da pochi giorni, per la sua vicinanza alla professione infermieristica, ricordando che oltre all'attenzione verso chi ha bisogno, c'è un infermiere che ci lega al nuovo papa. Artemide Zatti, anche lui italo-argentino, è infatti stato fatto santo da Giovanni Paolo II nel 2002 su indicazione dell'allora vescovo di Buenos Aires.*

*Il Presidente sottolinea inoltre l'apertura verso tutti gli uomini e verso le altre religioni da parte del nuovo papa, che per alcuni anni ha addirittura sostituito il ministro di culto orientale, il cui posto era rimasto vacante nella capitale argentina.*

## PROGETTI E LAVORI IN CORSO

- *Per-corso* per Infermieri Coordinatori delle RSA della provincia di Brescia.
- Nuova piattaforma informatica del Collegio IPASVI Brescia.
- Documento del Ministero della Salute sulle nuove competenze dell'infermiere.
- Nota alla DG Sanità sul fabbisogno formativo regionale CdiL in infermieristica.
- Linee Guida regionali infermiere in farmacia
- Sperimentazione prelievi a domicilio (ASL Brescia/Federfarma).
- Documento della Federazione Ipasvi sull'Operatore Socio Sanitario.
- Situazione Libera professione e relativi quesiti (DGR 3540/2012, tirocini RSA, abolizione tariffario, ecc.).
- Progetto Infermiere di Famiglia (Coordinamento Collegi Lombardi).
- Ricerca CENSIS/ Federazione IPASVI.

## COMMISSIONE INFERMIERI STRANIERI

**Gli obiettivi a. 2013 della Commissione, sono i seguenti:**

- Favorire l'iscrizione al Collegio Provinciale di Brescia degli infermieri stranieri in possesso degli standard formativi e professionali previsti dalla normativa.
- Facilitare la preparazione all'esame d'iscrizione dell'infermiere straniero e contribuire alla sua crescita professionale.
- Promuovere l'acquisizione di conoscenze inerenti la legislazione sanitaria, la deontologia e l'esercizio professionale responsabili in Italia.



- Favorire la conoscenza del contesto d'esercizio professionale infermieristico in Italia, sviluppare e consolidare la conoscenza del linguaggio tecnico scientifico sanitario dei colleghi stranieri al fine di facilitarne l'integrazione nel contesto d'esercizio professionale italiano.
- Vigilare sulla sussistenza dei requisiti d'iscrizione all'Albo del Collegio.
- Promuovere la crescita culturale e professionale degli infermieri stranieri iscritti e/o in attesa di iscrizione presso IPASVI-BS.

**Gli interventi/azioni della Commissione per l'anno 2013, sono i seguenti:**

- Somministrazione di test agli infermieri stranieri al momento della richiesta di iscrizione al Collegio IPASVI di Brescia al fine di certificarne secondo lo standard europeo la conoscenza e proprietà del linguaggio "comune" italiano.
- Realizzazione di colloqui informativi/orientativi per i colleghi stranieri che hanno sostenuto o sono in attesa di sostenere l'esame presso l'IPASVI-BS.
- Aggiornamento delle pagine web "multi-

lingue" informative, inerenti : la procedura di richiesta e sostenimento dell'esame di conoscenza della lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio in Italia; la procedura di riconoscimento dei titoli di studio; la necessaria documentazione da produrre in allegato all'istanza di riconoscimento; tutta la modulistica aggiornata da utilizzarsi, consultabile e scaricabile dal sito web.

- Predisposizione e mantenimento di un calendario triennale delle giornate d'esame destinate agli infermieri stranieri e insediamento di commissioni d'esame composte dai soli colleghi componenti della "Commissione infermieri stranieri" allo scopo di uniformare i criteri che conducono all'espressione dei relativi giudizi di idoneità.
- Revisione continua delle prove adottate nel corso degli esami e perfezionamento della griglia valutativa adottata sperimentalmente, al fine di omogeneizzare le valutazioni dei candidati che sostengono la prova orale d'esame.
- Predisposizione (nel triennio 2011-2014) di materiale didattico/formativo destinato a promuovere la crescita professionale e culturale dei colleghi stranieri, in vista di una

loro preparazione all'esame e successivo inserimento nei contesti lavorativi ; pubblicazione da parte di IPASVI-BS del materiale.

- Attivazione di esperienze di "uditore formativo" (tirocinio "osservazionale") presso strutture sanitarie e/o sanitarie assistenziali, finalizzate a integrare conoscenze e capacità, osservare e/o adottare modelli relazionali/comportamentali, nonché a comprendere ed utilizzare strumenti informativi, organizzativi in uso nei diversi contesti assistenziali. L'esperienza, destinata a colleghi stranieri che hanno sostenuto o che sono in attesa di sostenere l'esame d'iscrizione all'Albo, si realizza mediante l'inserimento degli stessi, presso alcune strutture individuate dal Collegio IPASVI-BS.
- Segnalare/documentare e presidiare eventuali situazioni critiche che vedano coinvolti infermieri stranieri iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.
- Realizzazione di colloqui/incontri con i colleghi stranieri, che richiedono il trasferimento presso il nostro Collegio, al fine di valutare la conoscenza del linguaggio italiano "comune" e "tecnico scientifico" mediante la somministrazione di test certificati da riconosciuto istituto linguistico conformemente allo standard europeo.
- Progettazione e realizzazione di eventi formativi destinati ad infermieri iscritti e/o in attesa d'iscrizione presso il Collegio IPASVI di Brescia.

### COMMISSIONE QUALITÀ

Gli **OBIETTIVI 2013** della Commissione Qualità sono:

- Implementazione del SGQ all'interno del Collegio IPASVI di Brescia:
  - Redazione riesame della Direzione (semestrale e annuale) con individuazione indicatori, aree di miglioramento e loro monitoraggio.
  - Approvazione, emissione ed applicazione della documentazione revisionata e/o redatta.
  - Effettuazione incontri informativi con gli

Operatori/Consiglieri sulla documentazione redatta/revisionata di nuova emissione.

- Riformulazione della classificazione delle NC interne.
- Predisposizione liste di riscontro ed effettuazione audit interno.
- Predisposizione ed organizzazione audit di terza parte.
- Condivisione del SGQ nei Collegi Lombardi al fine di uniformarne la gestione (obiettivo triennale)
- Pianificazione e predisposizione di un evento formativo sul tema qualità.

### COMMISSIONE "FORMAZIONE OPERATORI DI SUPPORTO"

#### OBIETTIVI 2013

- Pubblicità e diffusione delle "Linee Guida per la formazione degli operatori di supporto" e loro utilizzo sia nei centri formativi che nelle organizzazioni.
- Collaborazione con la Regione Lombardia per le nomine di Presidenti ed Esperti nelle commissioni d'esame per OSS.
- Richiesta, attraverso il coordinamento collegi lombardi, di inserire esperti infermieri nelle commissioni d'esame per ASA.
- Mantenere i rapporti con Presidenti ed Esperti con opportunità di discussione casi rilevati nelle commissioni d'esame OSS e raccolta/archiviazione relazioni.
- Inserimento e integrazione degli operatori di supporto nelle organizzazioni.
- Corso: "Ruolo e responsabilità degli infermieri nell'inserimento degli oss nelle equipe assistenziali".

### COMMISSIONE PER LA REDAZIONE DELLA RIVISTA "Tempo di nursing"

#### OBIETTIVI 2013

Anche per l'anno 2013 l'obiettivo principale è quello di consolidare il rapporto comunicativo con i colleghi iscritti al Collegio attraverso il coinvolgimento e la sollecitazione alla pub-

blicazione di esperienze, delle diverse realtà, ospedaliere, extraospedaliere e territoriali in cui gli infermieri operano.

È prevista la pubblicazione di due numeri della rivista in formato cartaceo e uno in formato elettronico.

- *TdN n.63: Numero ONLINE focus sull'attività infermieristica clinica.*
- *TdN n.64: focus sulla dimensione interculturale dell'assistenza.*
- *TdN n.65: focus da definire.*

### Formazione

Nel corso del 2013 la Commissione Tempo di Nursing contribuirà alla pianificazione formativa del Collegio proponendo i seguenti eventi formativi:

- Come scrivere un articolo scientifico.
- L'uso del cinema nella formazione.

Sarà inoltre attivata la riedizione del corso "La gestione del conflitto nelle organizzazioni sanitarie.

### Archivio fotografico

Allo scopo di incrementare l'archivio fotografico ed arricchirlo di immagini riferite alla realtà operativa del territorio, la Commissione si attiverà per avere la possibilità di effettuare fotografie da pubblicare sulle riviste, nei diversi ambiti operativi nei quali la professione infermieristica è rappresentata.

## COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE

### OBIETTIVI 2013

- Aggiornamento dell'Albo dei Liberi Professionisti.
- Realizzazione di due eventi formativi:
  - I semestre 2013: Essere libero professionista oggi.
  - II semestre 2013: Metodologia della progettazione: analisi sistemica dell'organizzazione.
- Collaborazione con la Commissione Immagine e Comunicazione per la realizzazione della>NNL mensile.
- Collaborazione con la Commissione Qualità per sostenere i colleghi nella certificazione del proprio studio.
- Aggiornamento delle FAQ per il sito web istituzionale.

## COMMISSIONE PARERI LEGALI FISCALI E PROFESSIONALI

### OBIETTIVI 2013

1. Rispondere ai quesiti, segnalare le fonti di risposta, incontrare gli iscritti, e risolvere le questioni riguardanti l'esercizio della Professione infermieristica.
2. Mantenere il servizio di consulenza on line

rendendo ancor più usufruibile e trasparente l'attività di consulenza con relative risposte.

3. Formulazione dei pareri da parte del Presidente del Collegio, in collaborazione con i Consiglieri e con altri professionisti nostri consulenti.
4. Effettuare una ricognizione dei quesiti proposti dagli iscritti per individuare le *domande più frequenti* (FAQ).
5. Pubblicare le FAQ e il Quesito del Mese se di interesse trasversale.

## COMMISSIONE FORMAZIONE

### OBIETTIVI 2013

1. Supporto alla realizzazione dei 30 eventi formativi previsti dal Piano Formativo 2013.
2. Progettazione di un evento formativo che tratterà il codice deontologico che si vorrebbe fosse oggetto di riflessione quotidiana. L'obiettivo che si persegue attraverso la proposta formativa, che sarà realizzata in 4 diverse sedi della provincia, è quello di provare a leggere e a declinare i problemi che tutti i giorni incontriamo nella pratica professionale alla luce del nostro codice, mettendo in evidenza le correlazioni, ma anche le eventuali contraddizioni.
3. Cura dell'organizzazione del progetto "Il

Collegio incontra gli studenti del corso di laurea ed 2013".

## COMMISSIONE IMMAGINE E COMUNICAZIONE

### OBIETTIVI 2013:

- Produzione mensile della Newsletter ufficiale del Collegio (NurseNewsLetter).
- Coordinamento di tutte le attività delle Commissioni permanenti e temporanee aventi come obiettivo l'informazione, la comunicazione interna e le relazioni esterne (con gli iscritti, le istituzioni e i cittadini).
- Regia e cura dei rapporti con i media.
- Progettazione e realizzazione della nuova piattaforma web istituzionale.
- Redazione di tre numeri della rivista Tempo di Nursing News.

### PROGETTI 2013

Il Presidente illustra brevemente i due progetti in corso, descritti anche sugli ultimi numeri della rivista Tempo di Nursing News.

Implementazione di un nuovo software interno di gestione degli iscritti per:

- Potenziare ulteriormente i servizi agli iscritti sia via web, sia attraverso le commissioni e la collaborazione di professionisti esperti.



IPASVI BS

Via P. Metastasio 26 - 25126 Brescia

Ordine degli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici della Provincia di Brescia

**LOGIN**

User  
Password

Login

**Benvenuto nell'area riservata agli Iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.**

Per accedere è necessario:

- 1) essere iscritto al Collegio IPASVI di Brescia;
- 2) essere in regola con il versamento delle quote annuali;
- 3) attivare il proprio account.

Per attivare l'account clicca qui

Il computer da cui stai collegando in questo momento ha l'indirizzo 95.240.27.67, eventuali usi impropri di queste pagine verranno perseguiti.

- Integrare con efficacia tutti gli strumenti e i canali di comunicazione interna ed esterna al Collegio Ipasvi di Brescia.

## AREA PROGETTI E SERVIZI

Implementazione dell'area riservata iscritti

- Garantire agli iscritti, alle istituzioni e ai cittadini il servizio di consulenza professionale legale e fiscale.
- Promuovere ricerche, progetti e attività culturali di alta qualità.
- Implementare l'informatizzazione, la dematerializzazione e l'interattività per iscritti, enti e cittadini.
- In particolare nel corso del 2013 verrà riprogettata e implementata la nuova piattaforma web, con un sito istituzionale rinnovato che aumenti le potenzialità e le capacità di archiviazione delle numerose informazioni pubblicate.

Il Presidente comunica agli iscritti che la diminuzione del numero delle riviste è parzialmente compensata dai nuovi numeri esclusivamente online, come il numero 63 appena pubblicato. Tale diminuzione che si è resa necessaria a causa dell'aumento dei costi (fino a 7 volte) previsti dalle ultime manovre finanziarie, è stata compensata anche con la novità editoriale del 2012: l'attivazione della newsletter del Collegio di Brescia denominata NNL (NurseNewsLetter) alla quale si sono iscritte già circa 1500 persone. Come previsto dal programma triennale presen-

tato agli iscritti, si continuerà a fare informazione attraverso articoli e comunicati stampa (vedi rassegna stampa su [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)).

Il sito stesso, revisionato e costantemente aggiornato, rappresenta un formidabile strumento di comunicazione sia con i professionisti sia con i cittadini (420 aggiornamenti e oltre 30.000 accessi nel corso del 2012). Per quanto riguarda la Formazione a Distanza il Presidente ricorda i numerosi progetti FAD promossi gratuitamente dalla Federazione IPASVI in collaborazione con la Federazione Ordini dei Medici e Ministero della Salute.

La Relazione sull'attività di Fadinmed tra il 12 novembre 2010 e il 18 febbraio 2013 ricorda che nell'arco di 27 mesi sono stati pubblicati sulla piattaforma quattro corsi di formazione a distanza aperti gratuitamente a infermieri, infermieri pediatrici, assistenti sanitari, medici e odontoiatri. E un quinto corso sul governo clinico sarà pubblicato nel prossimo mese di aprile. Più del 70% degli attuali iscritti alla piattaforma sono infermieri, mentre poco più del 29% sono medici e odontoiatri, con un rapporto quindi di 2,4 a 1 tra i primi e i secondi. Il Collegio di Brescia ha circa 2.000 iscritti al programma FadinMed.

*Il Presidente introduce la presentazione, da parte del tesoriere Benedetti, della proposta di acquisto della porzione di proprietà adiacente l'attuale sede, attualmente ancora libera, specificando che tale richiesta è stata fatta da alcuni iscritti durante l'assemblea ordinaria 2012. Pertanto il Consiglio Direttivo si è fatto carico di esplorare possibili modalità di acquisizione e di presentarle in questa assemblea per chiedere ai partecipanti il loro parere sull'acquisto.*



## SINTESI PROPOSTA DI ACQUISTO PROPRIETA' IMMOBILIARE

Proprietà immobiliare sita in via Metastasio 26,

Brescia, composta da piano rialzato di mq lordi 233 e pertinenze (locale seminterrato e tecnico mq 42, corte comune di mq 500 e mq 250 di corte esclusiva) costo totale euro 370.000,00.

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| Costo della proprietà immobiliare<br>€ 370.000 | Importo mensile rata mutuo tasso variabile da euro 400.000<br>€ 3.600 mensili | Importo mensile mutuo tasso fisso da eur 400.000<br>4.500 mensili | Durata massima anni 12 per complessive rate mensili n. 144 | Ipotesi di aumento quota associativa anno 2014 e seguenti<br>€ 7 oppure € 8,50  |
| Costo della proprietà immobiliare<br>€ 370.000 | Importo mutuo tasso variabile da euro 400.000<br>€ 4.500 mensili              | Importo mutuo tasso fisso da euro 500.000<br>€ 5.700 mensili      | Durata massima anni 12 per complessive rate mensili n. 144 | Ipotesi di aumento quota associativa anno 2014 e seguenti<br>€ 8,50 oppure € 10 |

Spese notarili,  
di istruttoria mutuo  
e varie € 7.500

Spese annuali  
fornitura energia  
elettrica,  
teleriscaldamento  
Manutenzione,  
altre € 7.500

Spese annuali IMU,  
Tributi vari (Tarsu)  
€ 2.500

Al termine della presentazione della proposta per l'acquisto della nuova porzione di sede, l'iscritta Anna Zanella chiede la parola, specificando che ha proposto tale acquisto insieme ad un iscritto e che le spiace che quest'anno non sia presente.

La collega si complimenta per la partecipazione numerosa dei giovani e spiega ai presenti le motivazioni che hanno spinto cinque anni fa all'acquisto della sede, scelta che si è rivelata opportuna nonostante ci fossero stati iscritti perplessi o contrari. Ora esprime il timore che il piano dello stabile rimasto ancora invenduto possa essere venduto a soggetti con finalità commerciali molto lontane rispetto all'attività istituzionale del Collegio.

Il Consiglio Direttivo tuttavia non concorda con la proposta in quanto gli spazi dell'attuale sede sono più che sufficienti e un ampliamento comporterebbe un sostanziale aumento dei costi di gestione. Inoltre questa decisione vedrebbe necessariamente l'aumento della quota d'iscrizione annua al Collegio (in contrasto con quanto sostenuto nel programma elettorale) oppure la riduzione di nume-

rose attività attualmente promosse, fra cui quella formativa.

### OPERAZIONI DI VOTO PER ACQUISTO NUOVA PARTE DI PROPRIETÀ

Si procede alla votazione per la proposta di acquisto proprietà immobiliare

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| <b>Presenti</b>   | n° <b>518</b> |
| <b>Contrari</b>   | n° <b>497</b> |
| <b>Astenuti</b>   | n° <b>12</b>  |
| <b>Favorevoli</b> | n° <b>9</b>   |

La proposta di acquisto nuova sede non viene approvata.

Il tesoriere Benedetti passa quindi ad illustrare il Bilancio Previsionale anno 2013, che è stato preventivamente pubblicato sul sito del Collegio IPASVI e di cui i presenti sono stati forniti di una copia al momento dell'iscrizione all'assemblea. Terminata la presentazione del bilancio di Previ-

sione presenta la sua relazione il Presidente dei revisori sig. Tidoni Vitaliano il quale attesta che il Bilancio preventivo 2013 è stato redatto nel rispetto delle norme di legge e del regolamento amministrativo-contabile e approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 27/11/2012 con delibera n.133 e modificato in data 26/02/2013 con delibera n.29.

Il Bilancio preventivo del 2013 si è posto l'obiettivo della chiusura in pareggio.

Le entrate di competenza ascritte sono pari a €. 618.065,60.

Le uscite di competenza ascritte assommano a €. 618.065,60.

Non essendoci altri interventi da parte dei colleghi presenti in sala il Presidente dichiara concluso il dibattito e rivolge un ringraziamento a tutti i partecipanti all'assemblea, ai professionisti che collaborano con il collegio in qualità di consulenti e a tutti gli iscritti che partecipano, in vario modo, alla vita del Collegio. Chiede di poter procedere alle votazioni per alzata di mano.

#### **OPERAZIONI DI VOTO DEL BILANCIO PREVENTIVO 2013**

Il segretario del Collegio, Dr.ssa Lidia Annamaria Tomaselli, comunica che la capacità di espressione di voto è di complessivi 518 voti, dati dagli iscritti partecipanti all'assemblea ed aventi diritto di voto che sono n° 487 più n° 31 deleghe valide.

Agli iscritti presenti è stato consegnato un cartoncino di voto a seconda del numero delle deleghe ricevute (come da regolamento ogni iscritto non può essere investito di più di due deleghe).

Su proposta del Presidente, visto il numero dei partecipanti, i presenti all'unanimità scelgono di procedere alla **votazione per alzata di mano**. **Per facilitare il conteggio viene prima chiesto di votare ai contrari, poi agli astenuti ed infine ai favorevoli.**

---

|            |    |             |
|------------|----|-------------|
| Contrari   | n° | 0 (nessuno) |
| Astenuti   | n° | 0 (nessuno) |
| Favorevoli | n° | 518         |

---

Il bilancio preventivo 2013 viene approvato all'unanimità.

Valutati gli obiettivi proposti e i risultati da raggiungere, alla luce della continuità e dell'impegno del Consiglio Direttivo, si chiede la fiducia

agli iscritti per proseguire nella gestione del Collegio.

Al termine dell'assemblea degli iscritti si è tenuta la premiazione degli iscritti, con un momento celebrativo e la consegna di un dono ricordo alle colleghe e ai colleghi per i 35 anni di iscrizione all'Albo. Con un simbolico passaggio del testimone, mentre scorrevano sullo schermo gli articoli del Codice Deontologico, è stato consegnato un omaggio anche ai numerosi neoiscritti al Collegio presenti in assemblea. Con un caloroso applauso di benvenuto l'aula gremita di iscritti e il Consiglio Direttivo hanno accolto i giovani neolaureati all'interno della comunità professionale.

I premiati per i **35 anni** di iscrizione sono:

*Angela Sr. M.Teresa Albertini,  
Antonella Albini,  
M.Cecilia Bariselli,  
Giliola Bianchi,  
Nicoletta Bodei,  
Pierantonio Bodini,  
Gabriella Bonomi,  
Donatella Bresciani,  
Diana Cervelli,  
Paolina Garosio,  
Mariangela Genocchio,  
Lucia Mangoni,  
Maria Angela Montesi,  
Patrizia Sabbatoli,  
Emanuela Saleri,  
Teresa Sr. Lucia Tarantola,  
Sandra Sr. Maria Tavoldini,  
Anna Zanella*

Congratulazioni e un grazie da parte nostra a tutti loro, per quanto hanno fatto in tanti anni per la professione e soprattutto per le persone assistite.

Grazie a tutti per l'attenzione e la nutrita partecipazione!

**Il Presidente IPASVI  
della Provincia di Brescia  
(Dr. Stefano Bazzana)**



# Revisione della letteratura sugli effetti della collaborazione tra personale medico e infermieristico sulla qualità dell'assistenza sanitaria erogata

di Sara Bonfadini\* e Gabriella Franzoni\*\*

*Gli individui fanno i gol,  
ma sono le squadre a vincere le partite.  
Zig Ziglar*

### INTRODUZIONE

Durante le esperienze di tirocinio clinico svolte nei tre anni del Corso di Laurea in Infermieristica, gli studenti hanno la possibilità di frequentare molte unità operative e in ognuna di esse possono riscontrare differenti modalità di comunicazione e di relazione tra il personale infermieristico e quello medico.

In alcuni contesti si riscontrano rapporti di collaborazione armonica e paritaria, medici e infermieri sono uniti per raggiungere il fine comune del miglioramento della salute o della qualità di vita dell'assistito, ogni membro dell'équipe multidisciplinare stima e apprezza le competenze degli altri membri e il clima è quello di una sincera fiducia reciproca. In altre unità operative si assiste ad una divisione netta del lavoro, ad

un marcato distacco tra i diversi professionisti dell'équipe, che viaggiano su binari diversi, comunicando solo per il minimo indispensabile, ad un clima freddo e poco cooperativo.

Con l'andare del tempo, con l'avvicinarsi dei numerosi stage spesso gli studenti riferiscono di osservare come il diverso modo in cui vari professionisti si relazionano influisce sul clima che si instaura in reparto, sulla soddisfazione dei singoli professionisti e soprattutto sulla qualità dell'assistenza erogata.

Essi raccontano di avere osservato che, nelle unità operative dove il rapporto fra i vari professionisti, soprattutto fra medici e infermieri, era di stima reciproca e collaborazione paritaria non condizionata dal vecchio rapporto gerarchico dell'infermiere sottoposto al medico, vi era un clima più sereno, più tranquillo, una maggiore

comunicazione, un maggiore scambio di idee: ci si metteva a confronto per trovare la soluzione migliore per gli assistiti che erano i primi a beneficiarne. Da questa serie di osservazioni, di sensazioni soggettive e per nulla scientifiche nasce l'idea di approfondire questa tematica, di verificare se la percezione condivisa da molti studenti avesse un fondamento o derivasse soltanto da pregiudizi o idee preconcepite oppure fosse un fenomeno legato a qualche fattore del contesto locale dove si svolgono i tirocini.

Si è dettagliato e concretizzato un quesito dapprima nebuloso, finché non è stata strutturata una domanda di ricerca che ha guidato tutta l'indagine che rappresenta anche il punto cardine di un elaborato finale per il conseguimento della Laurea in Infermieristica:

**La tipologia della relazione tra personale medico e infermieristico influenza la qualità dell'assistenza sanitaria erogata?**

Si è ritenuto che l'unica strategia per ottenere risposte generalizzabili e scientifiche fosse mettere in atto una revisione della letteratura con una ricerca bibliografica tramite la banca dati di Med Line, Pub Med.

**OBBIETTIVO**

L'indagine si pone i seguenti obiettivi principali di:

- analizzare l'evoluzione del rapporto tra personale medico e infermieristico per vedere dove nascono le basi della loro relazione e come negli anni siamo andati incontro a un rapporto che da gerarchico si è trasformato in paritario;
- descrivere l'attuale rapporto tra medici e infermieri;
- dimostrare l'importanza di un lavoro multidisciplinare per garantire un'assistenza sanitaria ottimale;
- indagare l'esistenza di una correlazione tra collaborazione e qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

**METODI**

La domanda che ha guidato l'indagine e in particolar modo la revisione della letteratura è stata la seguente:

*“La collaborazione tra medici e infermieri migliora la qualità dell'assistenza sanitaria erogata?”*

Poiché la domanda è molto ampia è stata schematizzata utilizzando la metodologia PICO:

|          |   |
|----------|---|
| <b>P</b> | persona assistita   |
| <b>I</b> | collaborazione medico - infermiere                            |
| <b>C</b> | conflitto medico - infermiere                                 |
| <b>O</b> | miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria erogata |

Il concetto di qualità è stato esploso includendo nella ricerca dei termini ad esso fortemente collegati che lo esplicitassero. Per trovare articoli pertinenti alla domanda di ricerca sono state individuate le seguenti parole chiave:

- rapporto - relazione medico infermiere;
- collaborazione medico - infermiere;
- comportamento collaborativo;
- conflitto medico - infermiere;
- qualità dell'assistenza sanitaria;
- durata della degenza;
- risultati dei trattamenti sanitari.

Per effettuare la revisione della letteratura si è utilizzata la banca dati Pub Med: sono state selezionate alcune parole chiave e utilizzando i termini mesh, sono state formulate le stringhe di ricerca, per reperire gli articoli pertinenti al quesito:

- “physician-nurse relations”;
- “cooperative behavior”;
- “conflict (Psychology)”;
- “quality of health care”;
- “length of stay”;
- “treatment outcome”.

Combinando i termini individuati in modo diverso per ottenere risultati sia riguardo ai risvolti della collaborazione che dei conflitti, sono state costruite 10 stringhe di ricerca che hanno permesso di trovare 21 articoli pertinenti al quesito di ricerca. La ricerca si è svolta tra i mesi di marzo e maggio 2012.

È stata inoltre condotta una revisione della



letteratura tramite scanning di alcune riviste sanitarie italiane e tramite internet. Sono stati utilizzati anche alcuni testi che trattavano l'argomento e questo ha permesso di arricchire ulteriormente la ricerca e di ottenere importanti considerazioni legate al contesto sanitario italiano.

## RISULTATI

Analizzando i 21 studi reperiti tramite la revisione della letteratura si evince che vi è l'unanimità nell'affermare che un lavoro collaborativo tra i membri dell'équipe sanitaria comporta:

- miglioramento della soddisfazione dei pazienti;
- miglioramento del benessere riferito dagli assistiti;
- diminuzione dei reclami da parte degli utenti;
- miglioramento dell'assistenza e degli outcome;
- diminuzione degli errori sulla gestione dei farmaci;
- diminuzione di "trascrizioni inutili";
- miglior pianificazione delle dimissioni e dei trasferimenti dei pazienti;
- promozione della continuità assistenziale;
- diminuzione delle riammissioni non pianificate;
- aumento della motivazione di tutto il personale sanitario;
- miglioramento dell'adesione alle linee guida;
- diminuzione dei rischi per i pazienti legati alla degenza ospedaliera;
- miglior comunicazione con i caregiver;
- diminuzione dei giorni di degenza medi;
- aumento dell'efficienza;
- miglioramento della performance;
- diminuzione del tasso di mortalità;
- uso più razionale di farmaci e risorse;
- aumento dell'efficienza nell'assistenza ai pazienti in ambito delle cure primarie;
- aumento del grado di soddisfazione lavorativa per i medici e per gli infermieri;
- riduzione dello stress lavorativo;
- diminuzione dei costi sanitari;
- tendenza da parte degli infermieri a stare meglio anche fisicamente;
- miglioramento della sicurezza degli assistiti;
- miglioramento della presa in carico dei pazienti;
- identificazione precoce dei problemi, della diagnosi e della prevenzione delle complicanze;
- attivazione precoce dei servizi sociali e dell'inizio dei trattamenti e della riabilitazione;
- diminuzione del rischio di furto delle competenze;
- aumento dell'adesione alle linee guida e agli altri strumenti di standardizzazione dell'assistenza;
- miglioramento della qualità percepita dai degenti;
- miglioramento della comunicazione con gli

- altri professionisti dell'équipe;
- diminuzione dei tassi di turn over soprattutto del personale infermieristico;
- aumento della visibilità del lavoro svolto dagli infermieri;
- diminuzione dell'ansia di pazienti e parenti;
- miglioramento della capacità da parte degli assistiti di compiere scelte autonome e consapevoli riguardo la salute;
- riduzione delle complicanze;
- riduzione della richiesta di consulenze;
- diminuzione dell'ansia degli assistiti.

Gli assistiti hanno diritto di ricevere un'assistenza sanitaria multi professionale e multidisciplinare, ed è necessario che tutti i professionisti si coordinino per garantire che gli interventi di ciascuno, basati su specifiche e diverse competenze, possano essere realizzati in modo integrato e unitario.

Gli studi evidenziano inoltre che i conflitti tra personale medico e infermieristico provocano:

- stress in tutta l'équipe e negli assistiti;
- frustrazione;
- diminuzione della concentrazione;
- riduzione della collaborazione nel team;
- peggioramento nel trasferimento di informazioni;
- peggioramento della comunicazione e compromissione della relazione;
- insoddisfazione dei pazienti;
- aumento degli errori e eventi avversi;
- diminuzione della qualità dell'assistenza;
- diminuzione dell'efficacia dell'assistenza;
- demotivazione verso il proseguimento degli studi e della carriera infermieristica;
- diminuzione della sicurezza fino addirittura alla morte dei degenti.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Al termine della revisione della letteratura si può affermare di aver trovato risposte soddisfacenti alla domanda di ricerca, ovvero che la relazione e la collaborazione tra personale infermieristico e medico influenzano o meno la qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

Non ci si aspettava che vi fosse un così grande interesse sul tema preso in esame: vi sono

studi che si concentrano maggiormente sulle attitudini al lavoro di squadra, altri che focalizzano l'attenzione sugli strumenti per misurare e migliorare la collaborazione o sugli ostacoli ad una efficace comunicazione, ma tutte le ricerche considerate, alcune in maniera più diretta, altre soltanto marginalmente, descrivono i risultati della collaborazione tra medici e infermieri e lo fanno in termini esclusivamente positivi. Si è potuto inoltre riscontrare quanto meno sia stato studiato direttamente il rovescio della medaglia e cioè i risvolti che conflitti e mancanza di collaborazione possano avere sull'assistenza erogata, anche se ci si rende conto che le conseguenze della mancanza di un sinergico lavoro d'équipe possano essere facilmente desumibili dalle ricerche che studiano più gli effetti benefici della comunicazione efficace. Un'altra riflessione importante è che la bibliografia sull'argomento è pubblicata in gran parte su riviste infermieristiche e in minor misura su quelle che vengono lette da entrambe le professioni. I numerosi contributi letterari sull'argomento scritti da parte degli infermieri, sembrano avvallare il principio secondo cui coloro che si trovano in una posizione di maggior potere sono meno propensi ad un orientamento verso la condivisione e la piena collaborazione. Malgrado la collaborazione costituisca uno dei nodi della pratica infermieristica, medici ed infermieri non sono allenati a lavorare insieme: la loro formazione non comprende esperienze interdisciplinari di comunicazione, pianificazione e decisione integrata.

Sarebbe interessante proseguire il cammino intrapreso con questa indagine e con l'elaborato di tesi che ne è derivato, indagando innanzitutto quali siano gli strumenti validati per misurare il grado di collaborazione tra medici e infermieri ed in seguito sarebbe indispensabile ricercare le più vantaggiose strategie per migliorare la collaborazione, con l'auspicio che tutte queste ricerche non rimangano sterili esercizi accademici, ma siano applicate nell'azienda o nell'unità operativa di interesse.

\* *Tutor pedagogico, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi di Brescia, sede di Esine;*

\*\* *Infermiera presso Istituto clinico San Rocco, Ome*

## BIBLIOGRAFIA

---

### TESTI:

A. B. Cossetta, Professioni sanitarie e tecniche, Uses edizioni scientifiche, Firenze, 1983.

M. F. Collière, Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica, Milano, Edizioni Sorbona, 1992.

V. Fineschini, Il codice di deontologia medica, Milano, editore Giuffrè, 1996.

F. Angeli, Una professione allo specchio. L'evoluzione della professione infermieristica nel sistema sanitario, Censis, Milano 1996.

G. Bertolini, R. Massa, Clinica della formazione medica, Milano, Franco Angeli, 1997.

L. Di Cioccio, Il giuramento di Ippocrate tra mitologia, storia e tradizione nella medicina del terzo millennio, Milano CESI editore, 2002.

C. Tommasini, P. Morosini, La qualità dell'assistenza sanitaria, Milano, McGraw-Hill, 2003.

M. S. Macinati, Le relazioni inter aziendali di collaborazione in sanità, Milano, Franco Angeli, 2004.

E. Malinverno, La qualità dell'assistenza infermieristica, CorocciFaber, Roma, 2005

G. Giarelli, Il malessere della medicina: un confronto internazionale, Milano, Franco Angeli, 2006.

A. Manasse, Modelli di Collaborazione tra sanità e industria, Brescia, ATI editore, 2007.

A. Silvestro, Commentario al codice deontologico

dell'infermiere, Milano, McGraw-Hill, p.12, 2009.

I. Simeoni, A.M. De Santis, Comunicazione in medicina. Collaborazione tra professionisti sanitari, Torino, SEED, 2009.

C. Calamandrei, C. Orlandi, La dirigenza infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, Milano, McGrawHill, 2009.

I. Simeoni, A.M. De Santis, Comunicazione in medicina. Collaborazione tra professionisti sanitari, Torino, Seed, 2009.

S. Bugnoli, La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), Maggiori Editore, p.11, 2010.

L. Saiani, A. Brugnolli, Trattato di cure infermieristiche, Napoli, Edizioni Sorbona, p. 4, 2010.

L. Benci, Aspetti giuridici della professione infermieristica, Milano, McGraw-Hill, 2011.

F. Bartolini, Codice della responsabilità del medico. Le norme e la giurisprudenza sulla responsabilità civile, penale, deontologica e amministrativa del medico, Milano, La Tribuna, 2011.

G. Cocco, A. Tiberio, Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio sanitario. Comunicazione, lavoro di gruppo, team building., Milano, Franco Angeli, 2011.

### ARTICOLI:

F. Ferraro, «1990: l'anno della qualità», QA, n.1, 1990

F. Girelli, «L'assistenza infermieristica e la qualità delle prestazioni», Professioni Infermieristiche. Vol.46, n.3, 1993.

A. Lassen, D. Fosbinder, S. Minton, M. Robinson «Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while», Nursing Economics, vol.15, n.2, 1997.

E. Larson, «The impact of physician-nurse interaction on patient care » Holistic nurse pract, vol.13, n.2, 1999.

K. Lockhart-Wood, «Collaboration between nurses and doctors in clinical practice», British Journal of Nursing vol.9 n.5, 2000.

W. Chaboyer, E. Patterson, « Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration », Nursing health sciences, vol 3, n. 2, 2001.

C. Flemming, D. Klein, C. Wilson, «Forming collaborative relationships», Nurse Manage, august, 2001.

F. Pilotto, M. Corso, «La qualità nella comunicazione medico-infermiere », Difesa Sociale, n.4, 2001.

I. Schmidt, B. Svarstad, «Nurse-Physician communication and quality of drug use in the Swedish nursing homes», Social Science & Medicine, vol. 54, n.1, 2002.

J. Thomas, J. Sexton, L. Helmreich, «Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians», Brief Report, vol. 31, n.3, 2003.

M. Hojat, JS. Gonnella, TJ. Nasca, SK Fields, A. Cicchetti, A. Lo Scalzo, F. Taroni, AM Amicosante, M. Macinati, M. Tangucci, C Liva, G. Ricciardi, S. Eidelman, H. Admi, H. Geva, T. Mashiach, G. Alroy, A. Alcorta-Gonzalez , D. Ibarra, A. Torres-Ruiz , « Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. », International Journal of NURSING STUDIES, vol 40, n. 4, 2003.

DK. Boyle, C. Kochinda, « Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units» J. Nurse. Adm, vol 34, n.2, Feb 2004.

A. Rosenstein, M. O'Daniel, «Disruptive Behavior &

- Clinical Outcomes: perceptions of nurses and physicians», *Original research*, vol.105, n.1, 2005.
- L. Linda ,M. Ann, «Nurse Physician Workplace Collaboration» *Online journal of issues in nursing*, vol.10, n.1, 2005.
- M. Joanne, L. Hambleton, «Fostering respectful collaboration through communication», *The Pennsylvania nurse*, September 2005.
- A. Dechairo-Marino ,M. Jordan-Marsh ,G. Traiger ,G. Sauolo , «Nurse/Physician collaboration: Action research and the lesson learned » *Lippincott William & Wilkins*, vol 31, n.5, 2005.
- S. Vazirani, RD. Hays ,MF. Shapiro ,Cowan , «Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physician and nurses» *Am. J. Crit. Care.*, vol 14, n.1, 2005.
- R. Brolis, N. Postal, R. Povoli, «How to work in Group: doctors-nurses collaboration», *Assistenzanfermieristica e ricerca*, vol 25, n.2, 2006.
- T. Karen, M. Treanor, L. Salisbury, «Improving patient safety with team coordination: challenges and strategies of implementation», *JOGNN*, vol.35, n.4, 2006.
- L. Lindeke, AM. Sieckert, «Nurse-physician workplace collaboration», *Online Journal of issues in Nursing*, vol 10, Jan 2006.
- A. Condotta, M. Benetton, «La collaborazione medico-infermiere, una ricerca bibliografica», *Scenario*, vol 24, n.4, 2007.
- P. Chiari «Per garantire una buona assistenza occorrono soggetti autonomi e responsabili:infermieri e medici senza attriti», *Nursing oggi*, n3, 2007.
- C. Reffati, A. Bevilacqua, «Nurse Physician interaction in the medicine. Result of a survey» *Assistenza infermieristica e ricerca*, vol. 26, n.1, 2007
- J. Ward, M. Schaal, J. Sullivan, M. Bowen, J. Ermann, M. Hojat, «The Jefferson scale of attitudes toward Physician-Nurse collaboration: A study with undergraduate nursing students», *Journal of interprofessional care*, vol.22, n.4, 2008.
- A. Kathleen, S. Diane, T. Glessner, K. Gardner, «“What found there”: qualitative analysis of physician-nurse collaboration stories», *Society of general internal medicine*, vol.24, n.2, 2008.
- M. Zwarenstein ,J. Goldman ,S. Reeves ,«Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes» *The Cochrane Collaboration*, 2009.
- M. Zwarenstein, W. Bryant, «Interventions to promote collaboration between nurses and doctors(Review)» *The Cochrane Collaboration*, 2009.
- C. Pomari, « Descriptive study regarding Nurse Physician collaboration in a Local Health Unit in Veneto (Italy)», *Professioninfermieristiche*, vol.62, n.2, 2009.
- D. Tschannen, B.J. Kalisch. «The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay», *Journal of nursing management*, vol.17, n.1, 2009.
- M. Manojlovich, «Nurse/Physician communication through a sense making lens», *Medical Care*, vol.48, n.11, 2010.
- H-C Shen, H-T Chiu, P-H Lee, Y-C Hu, W-Y Chang, «Hospital environment, nurse physician relationships and quality of care: questionnaire survey», *Journal of advanced nursing*, vol.67, n.2, 2010.
- P. Robinson, G. Gorman, L. Slimmer, R. Yudkowsky, «Perceptions of effective and ineffective nurse – physician communication in hospital», *Wiley Periodical*, vol.45, n.3, 2011.
- C. Schmalenberg, M. Kramer, «Nurse – Physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story», *Healthy work Environment*, vol. 29, n.1, 2011.

---

#### SITI INTERNET:

<http://www.ipasvi.it/professione/content.asp?id=19>

<http://www.odontolex.it/lex/codice-deontologico/18-codice-deontologico.html>

---

#### VARIE:

Decreto del Presidente della repubblica n°225 ,modifiche al regio decreto 1310 del 2 maggio 1940 sulle mansioni dell’infermiere professionale, 14 marzo 1974.

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739“Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’Infermiere”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 6 del 09/01/1995.

M. Cantarelli, *Contenuti e metodi dell’assistenza in-*

*fermieristica del futuro*, atti del convegno promosso dalla SUDI Milano 1998.

AA. VV, *La valutazione della qualità dell’assistenza infermieristica nei servizi ospedalieri. Approccio metodologico. Traduzione e pubblicazione collegio IPASVI Torino*, 2004.

Progetto “Il monitoraggio in sanità”, studio di mercato per S.I.M. s.p.a., Società Italiana di monitoraggio, Roma (2004 – 2005).

## “Il figlio dell'altra”

A cura di Angela di Giaimo

**GENERE:** Drammatico

**REGIA:** Mehdi Dehbi, Lorraine Levy

**SCENEGGIATURA:** Noam Fitoussi, Lorraine Levy, Nathalie Saugeon

**ATTORI:** Jules Sitruk, Emmanuelle Devos, Aren Omari, Khalifa Natour, Pascal Elbé, Mahmud Shalaby, Marie Wisselmann

*Il figlio dell'altra*, diretto da Lorraine Lévy, regista francese di origine ebraica, nasce da un breve racconto di **Noam Fitoussi**.

Girato quasi interamente a Tel-Aviv, in quattro lingue, il film è stato presentato lo scorso dicembre al Torino Film Festival.

È uscito nelle sale italiane il 14 marzo 2013.

Utilizzando un punto di vista intimo, privato, il film affronta la questione israelo-palestinese. Il conflitto fra i due popoli viene collocato sullo sfondo della storia, distanziato, astratto, quasi ne sia solo la cornice scenografica, mentre il racconto si muove privilegiando una dimensione di fratellanza e identificazione nell'altro.



Cosa faresti se scoprissi che tuo figlio non è in realtà tuo, ma di quello che hai sempre imparato a riconoscere come il tuo nemico e a odiare?

Se fosse figlio dell'altra, di chi ti è irrimediabilmente diverso e da sempre ostile? E come ti sentiresti se i tuoi veri genitori non fossero quelli che ti hanno cresciuto, ma fossero quelli che abitano al di là del muro e parlano e pregano Dio in un'altra lingua?

**Joseph Silberg** è un ragazzo israeliano che, durante la visita per il servizio di leva nell'esercito israeliano, scopre di non essere il figlio biologico dei suoi genitori: appena nato, durante la Guerra del Golfo, per i bombardamenti su Haifa, città abitata da ebrei e arabi, è stato scambiato per errore con **Yacine Al Bezaaz**, palestinese dei territori occupati in Cisgiordania.

La rivelazione getta lo scompiglio tra le due famiglie, che provano a incontrarsi e accorciare le distanze culturali. Mentre i padri finiscono per rinfacciarsi il dolore dei rispettivi popoli, le madri colgono l'opportunità dello scambio e accolgono il figlio biologico cresciuto dall'altra.

Il conflitto israelo-palestinese viene “stilizzato” attraverso la caratterizzazione dei due personaggi: **Joseph**, vissuto nella famiglia di un alto ufficiale israeliano, è immaturo e sognatore, veste all'ultima moda e suona la chitarra sulla spiaggia insieme agli amici, **Yacine** invece, cresciuto nella famiglia



di un ingegnere palestinese che di professione è costretto a fare il meccanico di auto scassate, è più maturo e sta per laurearsi in Medicina a Parigi, grazie ai sacrifici della famiglia. All'interno di questa "metafora", che i due ragazzi incarnano egregiamente, è riassunto il conflitto israelo-palestinese. Nello stesso modo viene realizzata un'altra stilizzazione metaforica, quella che divide gli uomini dalle donne: odio e risentimento sono confinati alla reazione dei padri, mentre le madri divengono il catalizzatore di tutte le energie positive e dei nobili sentimenti, incarnando un simbolo di speranza, pace e fraternità.

Le Madri infatti, sembrano dotate della sensibilità e della forza per aprirsi a questa storia sconvolgente, ad accogliere il figlio dell'altra e a comprendersi a vicenda. Quando Joseph va in visita da solo ai suoi veri genitori in un villaggio arabo, è una donna del paese ad accompagnarlo e a introdurlo. Mentre gli uomini, i padri, sono condannati per buona parte del film all'incomprensione reciproca, a un dialogo impossibile seduti nervosamente di fronte a un caffè o a ripetere e riproporre vecchie questioni in uno sforzo continuo e sterile.

Grande attenzione alle musiche, momento di conciliazione durante la cena tra Joseph e la sua vera famiglia, e rispetto per i culti nonostante qualche affondo alla religione quando vuole essere ottusa come nel colloquio tra Joseph e il rabbino che gli spiega che, essendo nato da una famiglia araba, non è abbastanza ebreo come l'altro figlio seppur vissuto ed educato in un civiltà araba.

Secondo alcuni critici, l'idea di fondo risulta essere senza dubbio originale come pretesto per una storia tutta costruita sul senso di identificazione nell'altro, allo scopo di annullare barriere e rancori nei confronti della diversità, tuttavia il problema della verosimiglianza, a loro dire, sembra essere stato affrontato in maniera semplicistica. L'identificazione dei due temi viene resa speculare: pacificazione del conflitto familiare e pacificazione di quello politico-sociale. La critica sostiene inoltre che la profondità del tema affrontato scade nella superficialità: il conflitto israelo-palestinese è una matassa così estremamente complessa ed atavica da non poter essere dipanata con l'accostamento metaforico alla possibile conciliazione del conflitto privato.

Personalmente ho apprezzato il film in ogni suo aspetto e non condivido quanto espresso dalla critica che, anche se più autorevole di me, ritengo



non abbia saputo cogliere in maniera sufficiente le emozioni che il film, attraverso i suoi interpreti, ha saputo trasmettere.

Credo infatti che, come nella lettura, anche nella visione di un buon film sia necessario farsi condurre e abbandonarsi alle proprie emozioni, sempre che sussistano le giuste suggestioni.

L'estrema razionalizzazione e interpretazione delle possibili e plausibili metafore, a volte rischia davvero di incarcerare quanto arriva o parte dal cuore del regista o dello spettatore creando distanze anziché sintonie.

Questo film, per me è stato un continuum di emozioni: mi aspettavo risvolti violenti legati al conflitto arabo-palestinese poiché i luoghi erano quelli, invece ho trovato dolcezza e tenerezza: la dolcezza e la tenerezza di due madri con i loro due figli, la dolcezza e la tenerezza di due adolescenti che, nonostante tutto, si sono ritrovati ad essere "fratelli".

Gli spunti di riflessione sono stati molti, il principale per me è legato ad uno straordinario messaggio di speranza che parte dal micro, ovvero da una storia che, seppur loro malgrado, ha legato due famiglie che, grazie a due ragazzi di 18 anni, hanno trovato un equilibrio affettivo e sociale. Potrà apparire pure banale e scontato, ma il messaggio dei due ragazzi che entrano lentamente nella famiglia di origine imparando il rispetto e la responsabilità verso ciò che è diverso, non mi sembra affatto superficiale.

La loro scoperta di scoprirsi uguali è favorita dal caso dove, paradossalmente, quell'estrema diversità coincide con la propria identità, con la vita che realmente avrebbero dovuto vivere.

In una società dove la violenza e l'aggressività è all'ordine del giorno, dove un assassino è considerato forse più assassino se ha la pelle di un colore diverso, dove nei tg c'è più spazio per il gossip e le notizie meteo che per le guerre che si perpetrano nel mondo, credo che un messaggio di tenerezza e speranza non sia un edulcorante e non sia mai banale.

# Sul prossimo numero

## Autonomia e responsabilità

Autonomia e responsabilità: questi sono i temi cui è dedicato il focus del prossimo numero di Tempo di Nursing.

Si tratta di questioni, quelle connesse alla responsabilità professionale, che ci chiamano continuamente in causa, anche alla luce delle nuove competenze previste di cui si discute in sede ministeriale, e che si possono riferire alle molteplici e variegate situazioni nonché ai diversi contesti in cui svolgiamo la nostra professione.

Quando parliamo di responsabilità possiamo, da un lato, considerarla in un'ottica "negativa" intendendo con essa le conseguenze in cui incorriamo qualora, nell'esercizio della nostra attività, provochiamo un danno. Ma possiamo anche, utilizzando un'ottica positiva, intendere il concetto di responsabilità come la consapevolezza dell'importanza di assumere un comportamento corretto in virtù del valore della funzione che svolgiamo. In questa prospettiva assumere la responsabilità significa tenere conto delle norme, ma anche dei principi scientifici riferimento della professione, nonché dei valori etico deontologici che devono guidare il nostro agire e le nostre scelte.

Questo è il tema su cui vorremmo riflettere insieme per evidenziare potenzialità e criticità nell'affermazione dell'autonomia professionale e della responsabilità ad essa collegata.

Ci piacerebbe sentire la voce dei colleghi che lavorano nei diversi contesti della cura per mettere in evidenza le esperienze in cui è ancora difficile conquistare spazi riconosciuti di autonomia professionale, ma anche e soprattutto le esperienze in cui gli infermieri sono davvero i protagonisti, a fianco delle persone assistite, della cura.



## NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5cm dx, sx e inf. 2cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi

(ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

E' necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

**Per i libri**

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
  - Titolo e sottotitolo dell'opera.
  - (Collana)
  - numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
  - Luogo di edizione:
  - Editore
  - Anno
- Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

**Per gli articoli di riviste**

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli

autori)

- Titolo dell'articolo.
- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. Chin Med J (Engl). 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o

Collegio IPASVI di Brescia

Via P. Metastasio, 26

25126 BRESCIA

Tel. 030/291478

Fax. 030/43194

Sito web: [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)

e.mail: [info@ipasvibs.it](mailto:info@ipasvibs.it)

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 64/2013

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Anna Maria Iannelli

Comitato di redazione: Diego Amoruso, Stefano Bazzana, Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli, Moreno Crotti Partel, Ermellina Zanetti

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Dario Vladimiro Gamba, Anna Bondaschi, Lucia Clementina Calzoni, Mauro Saleri, Adriano Torri, Nina Saarinen, Giovanna Benetti, Sara Bonfadini, Gabriella Franzoni, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso: Collegio I.P.A.S.V.I., Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: [info@ipasvibs.it](mailto:info@ipasvibs.it)

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia



L'invito a "dare una mano" a Emergency