

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 72, Ottobre 2017

www.ipasvibs.it

1 EDITORIALE

Apprendere con l'esperienza e dall'esperienza:
quale formazione sul campo, oggi
di Stefania Pace

3 OSSERVATORIO

Ricorrenze: il Venticinquesimo del Soccorso Sanitario 118
di Marco Torriani

5 FOCUS

La formazione sul campo... apprendimento dall'esperienza
di Silvia Chiari

Il Dossier Formativo come utile strumento di pianificazione
e programmazione della formazione individuale e di gruppo
di Stefano Bazzana e Roberto Ferrari

Ultimo comunicato AGENAS

Delibera della CNFC in materia di crediti formativi ECM

La "formazione sul campo" a Brescia tra fine '800 e inizi '900
di Stefano Bazzana e Rainiero Rizzini

22 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Candidature per il nuovo Consiglio Direttivo

28 RASSEGNA STAMPA

32 NONSOLOLIBRI

Filosofia della cura di Luigina Mortari
a cura della Redazione

IPASVI

Brescia

Organo di stampa del Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Brescia

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

Sommario



EDITORIALE

Apprendere con l'esperienza e dall'esperienza:
quale formazione sul campo, oggi
di Stefania Pace..... Pag. 1



OSSERVATORIO

Ricorrenze: il Venticinquesimo del
Soccorso Sanitario 118
di Marco Torriani Pag. 3



FOCUS

La formazione sul campo...
apprendimento dall'esperienza
di Silvia Chiari..... Pag. 5

Il Dossier Formativo come utile strumento di
pianificazione e programmazione della formazione
individuale e di gruppo
di Stefano Bazzana e Roberto Ferrari..... Pag. 9

Ultimo comunicato AGENAS..... Pag. 12

Delibera della CNFC in materia
di crediti formativi ECM..... Pag. 13

La "formazione sul campo" a Brescia
tra fine '800 e inizi '900
di Stefano Bazzana e Rainiero Rizzini Pag. 15



COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Candidature per il nuovo
Consiglio Direttivo..... Pag. 22



RASSEGNA STAMPA

Articoli tratti da Giornale di Brescia
Corriere della Sera e Bresciaoggi..... Pag. 28



NonSoloLibri

Filosofia della cura di Luigina Mortari
a cura della Redazione Pag. 32





Apprendere con l'esperienza e dall'esperienza: quale formazione sul campo, oggi



di Stefania Pace*

Il precedente numero di Tempo di Nursing si concludeva introducendo la tematica che avrebbe contraddistinto questa pubblicazione: la formazione sul campo, all'interno del più ampio scenario della formazione e dello sviluppo professionale continuo in sanità (ECM/CPD). La scelta editoriale di Tempo di Nursing ha, in qualche modo, confermato la crucialità che riveste la formazione per la professione infermieristica e, al tempo stesso, anticipato la rilevanza che la tematica avrebbe avuto nell'anno corrente, sancita dall'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 *“La formazione continua nel settore Salute”*.

Il documento inizia con una forte dichiarazione di principio sulla quale, sono certa, nel presente e nel breve futuro si continuerà a riflettere e a

confrontarsi: *“la formazione continua dei professionisti sanitari è espressione del valore fondamentale della tutela della salute”*¹. Le parole chiave, che l'affermazione evidenzia non sono casuali, sottolineano la relazione tra la cura delle persone, nelle sue forme e nei suoi luoghi, e la competenza *“levigata”* dall'apprendimento continuo e *“consapevole”* dei professionisti.

Il dibattito sulla relazione tra mondo del lavoro e della formazione non è dei nostri giorni, ha radici lontane e, senz'altro, permarrà anche in futuro. Il legame, complesso e conflittuale, tra teoria e prassi in medicina, come pure in infermieristica, pone di frequente l'accento sul mondo della formazione. Soprattutto laddove la formazione è sul campo, all'interno delle corsie, in prossimità del letto del paziente, in contiguità ai processi di assistenza e di cura in essere nell'organizzazione del lavoro.

Se il “*mondo della formazione*” è costituito dalle innumerevoli azioni formative che si realizzano in diversi contesti², in questa accezione, la formazione sul campo può essere ricondotta a quelle attività formative che si rivolgono a “*soggetti adulti*” già impegnati nella “*vita professionale*”, che hanno come referente diretto il “*mondo del lavoro*” e “*l’organizzazione*” e che si propongono finalità di “*apprendimento*”³.

La formazione sul campo offre ad ogni professionista l’occasione per una formazione intenzionale, finalizzata all’acquisizione e al consolidamento di competenze cognitive, tecniche e relazionali, “*con l’esperienza e dall’esperienza*”. In uno scenario ECM in cui si sollevano, talora o spesso, sovrastanti e chiosose le istanze di attori, organizzazioni, provider e istituzioni, vorrei riportare l’attenzione alla responsabilità, che ognuno di noi infermieri ha, del “*riflettere*”, e del “*pensare*” la propria formazione. Opportunità formativa e responsabilità professionale possono coniugarsi nella consapevolezza “*dell’autoformazione*”, cioè di un formarsi intenzionale, consapevole, deciso e scelto, e pertanto riflessivo, per fare in modo che evidenze scientifiche e prove di efficacia si consolidino e si ramifichino nella prassi lavorativa.

La deontologia professionale ci conferma che gli infermieri fondano il proprio operato su conoscenze validate, aggiornano saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca. Gli

infermieri progettano, svolgono e partecipano ad attività di formazione, promuovono, attivano e partecipano alla ricerca, curano la diffusione dei risultati⁴.

L’educazione continua in medicina (ECM) non può e non dovrebbe trovare sintesi nella convinzione individuale e/o collettiva di una *contabilizzazione creditizia*. Il mio augurio è che la formazione permanente sia sempre più intesa come un “*libero*” processo continuo di educazione del professionista competente, con la finalità di una crescita culturale tale da favorire l’emancipazione e l’autorealizzazione, ponendo l’accento sulla capacità umana di creare e usare le conoscenze in maniera efficace ed intelligente, su basi in costante evoluzione.

* *Presidente del Collegio IPAS.VI. di Brescia*

1 Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. La formazione continua nel settore salute. 02 Febbraio 2017: http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/Accordo_Stato-Regioni_del_2_febbraio_2017_in_materia_di_ECM.pdf

2 Massa R. Filosofo dell’educazione e pedagogista (1945-2000)

3 Zannini L. Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Pensa Multimedia Editore, 2015: 17-22

4 Federazione IPASVI. Codice Deontologico dell’Infermiere. 2009, articolo n. 11: http://brescia.ipasvibs.it/images/pdf/CODICE_DEONTOLOGICO_2009.pdf



Le fotografie all’interno sono relative al convegno Ipasvi Brescia del 16 settembre

Ricomporre la frammentazione nel prendersi cura: risultati di una indagine qualitativa sulla continuità fra ospedale e territorio

Ricorrenze: il Venticinquesimo del Soccorso Sanitario 118

di Marco Torriani*

“La nostra principale missione è quella di gestire il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza, per ridurre la mortalità e le disabilità causate dagli eventi accidentali e dalle malattie, e assicurare a tutti i cittadini la disponibilità di un trattamento rapido ed efficace”

*Centrale Operativa Soccorso Sanitario Urgenza ed Emergenza 118 di Brescia
27 Marzo 1992 - 19 Maggio 2015*

Il 27 marzo 1992 veniva emesso il Decreto del Presidente della Repubblica dal titolo: «Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza» pubblicato sulla G.U. n. 7 del 31/03/1992.

Ovvero l'istituzione del Soccorso Sanitario 118. Sono passati venticinque anni: quanti e come se ne ricordano? Un atto legislativo che è ancora attuale, garantista e predittivo, ma per certi aspetti dimenticato nelle recenti «mini-riforme», regionali e locali del territorio nazionale. Si accenna negli ambienti, a una revisione di tale atto, ma in che termini? Ancora per compartimenti stagni? Attualmente la diatriba tra competenze, ruoli e funzioni medico-infermieristiche e altri sogget-

ti, è quotidiana: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana per citare alcune realtà in cui vedono opporsi i rispettivi ordini, collegi professionali e aziende sanitarie.

Gli articoli più salienti del D.P.R.

L'articolo 4 (competenze e responsabilità nelle centrali operative), cita appunto la responsabilità medico-organizzativa e la responsabilità operativa infermieristica all'interno delle Centrali Operative di Soccorso Sanitario. Inoltre le modalità organizzative della centrale constano a far sì che ogni centrale dell'emergenza sanitaria afferisca ad una direzione medico-ospedaliera, individuata di norma nell'ambito della direzione dei servizi di assistenza ospedaliera e nel responsabile del dipartimento di emergenza. Il personale di centrale, formato da infermieri professionali, deve poter usufruire, h24, di un

medico di appoggio disponibile operativamente nell'ambito del servizio ospedaliero/i afferente/i al sistema delle emergenze. Il personale deve aver seguito un particolare iter formativo teorico-pratico per essere in grado di gestire le complesse tematiche inerenti il coordinamento delle risorse, l'interfaccia con l'utenza, le comunicazioni telefoniche, la geografia stradale, la sicurezza, i protocolli operativi sanitari ed organizzativi, gli interventi complessi con la partecipazione di unità dell'emergenza non sanitaria. (comunicato n. 87 PDCM G.U. n.126). Il Decreto Legislativo n. 15 del 28/01/2016 che recepisce la direttiva 2013/55/UE, amplia ulteriormente l'autonomia infermieristica dell'art. 4 del D.P.R. del 1992.

L'articolo 10 (prestazioni del personale infermieristico), cita che il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio. Vi sono quindi bilanciate responsabilità a carico delle due figure professionali e quindi nessuna sostituisce o si sovrappone all'altra, ma concorrono insieme a erogare al meglio un servizio di Soccorso Pubblico tarato e non indotto sulle reali esigenze dei cittadini. Non si tratta di un atto legislativo schizofrenico in quanto, se non il politico di turno, almeno qualche tecnico prestatosi alla politica abbia partecipato alla stesura dell'atto legislativo. E' vero che, purtroppo, quando viene redatto un atto legislativo statale completo e proiettato in avanti, ci sono delle storture che si inseriscono o si sovrappongono costituzionalmente o non costituzionalmente (Conferenza-Stato Regioni, rappresentanze varie e altri), che da come si legge negli articoli di stampa attuali, sembra non comprendano o non conoscano il tema reale e ne determinano una applicabilità diversificata a livello nazionale.

Non è un abuso di professione medica, il ruolo dell'infermiere, in quanto l'abilitazione dello Stato per entrambe le figure c'è. E' da rivedere sicuramente il percorso formativo specialistico delle due professioni citate, non più erogabile al "corsificio locale/regionale" perché la professione nasce e prosegue nella Scuola quale unica istituzione nazionale riconosciuta e deputata alla nascita e crescita delle professioni.

Con questo presupposto sarà più facile legiferare meglio algoritmi decisionali, protocolli, atti medici delegati.

Nessuno parla o scrive di non-professioni che da anni operano nel Soccorso Sanitario (Centrale Operativa e Soccorso Sanitario Extraospedaliero), con attività subdole o sperimentazioni di cui si teme l'avanzata del terzo settore dotato di non professioni a cui si legittimano procedure non legittimabili per fonte di diritto. E' tempo e ora che il Soccorso Sanitario operi e si avvalga di professioni e professionisti strutturati quali medici, infermieri e autisti-soccorritori (autisti soccorritori ancora mancanti di un profilo professionale serio), abilitati dallo Stato mediante formazione scolastica. Non più affidato a seconde e terze parti in tutto e per tutto oppure a figure professionali "ibride".

Conclusioni

Una revisione del sistema di Soccorso Sanitario pubblico (si pensi che il Soccorso Sanitario e quindi il Ministero della Salute non fanno parte del Comitato Interministeriale per la Sicurezza della Repubblica), oltre che più ampiamente di Soccorso Pubblico di cui l'Italia oggi ha necessità, non si improvvisa: esiste ancora poca lungimiranza (vedi organizzazione del Numero Unico Europeo di Emergenza 112, revisione Forze dell'Ordine, situazione dei Vigili del Fuoco, ruolo della Protezione Civile, passaggio a Centrali Operative Interforze, formazione accademica trasversale tra enti di soccorso pubblico). Troppi vincoli di retaggio culturale e di gerarchie, di conflitti e d'interessi non mirati al bene comune, non permettono uno «sblocco» che ci metta in linea con altri Paesi Ue/non Ue. Si costruisca con metodo, con pazienza e in un rapporto che sia fecondo tra il passato, il presente e la proiezione verso il futuro. Se questa scansione temporale anziché essere vissuta come una ricerca viene vissuta come una pura frenesia, si teme che il risultato non sia all'altezza delle aspettative.

* *Consigliere Collegio Ipasvi Brescia*



La formazione sul campo... apprendimento dall'esperienza

di Silvia Chiari*

La formazione può costituire un terreno di incontro/mediazione tra i professionisti della salute e l'organizzazione sanitaria, e può esserlo ancora di più se questi ultimi diventano protagonisti effettivi dell'innovazione e del cambiamento e sono coinvolti nella sua produzione e valutazione

(Liberati 2007)

Il dibattito sul tema della Formazione sul Campo (FSC), è al centro di un vivace confronto in atto, in questi ultimi anni, fra gli “addetti ai lavori”.

Per gli operatori della sanità, per chi opera nei servizi di formazione delle Aziende Sanitarie e per chi le rappresenta, i motivi di interesse per la FSC sono molti.

Stiamo assistendo ad una crescita di interesse che deriva sia da **motivazioni condivisibili**, ovvero osservazioni di carattere andragogico relative all'efficacia di queste pratiche formative, che da **ragioni di interesse** riconducibili all'intento di **massimizzare l'impegno di attività lavorative** contenendo le “distrazioni” che si

verificano con la frequentazione di iniziative di formazione in aula. Tutto ciò ha comportato uno stress organizzativo-gestionale considerevole all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Tornando ad osservazioni di tipo andragogico e didattico si può facilmente evidenziare quanto **la FSC sia particolarmente congeniale per l'apprendimento degli adulti, in quanto questi risultano essere motivati ad apprendere se l'attività formativa è percepita come rilevante, se è costruita sulle precedenti esperienze, se coinvolge direttamente i discenti e ne consente la partecipazione attiva, se è basata su problemi concreti e specifici da risolvere, se responsabilizza verso il proprio apprendimento e consente di applicare quanto appreso.** La FSC prevede cicli di azioni e riflessioni ed è rinforzata da contesti organizzativi favorevoli alla formazione e allo sviluppo professionale.

La FSC è l'insieme di attività ed esperienze lavorative che hanno una loro ragione d'essere performante, che sono cioè messe in atto senza soluzione di continuità all'interno del normale flusso lavorativo, ma che si prestano ad essere "pensate" o ripensate in chiave formativa, situazioni nelle quali, o sulle quali, si innesta un esplicito ed articolato **progetto formativo** dove vengono esplicitati obiettivi, impegni, tempi, responsabilità e ruoli coinvolti oltre che ai sistemi di valutazione degli apprendimenti impiegati.

Il presupposto vincente della FSC è quello di attivare un processo di apprendimento valorizzando la prassi e gli strumenti effettivamente adottati nei luoghi di lavoro e quindi le persone con i loro saperi concreti.

La commissione ECM ha stabilito di accreditare come FSC:

- **Attività di training individualizzato:** inteso come l'acquisizione di abilità che si realizza nel contesto lavorativo attraverso l'applicazione di istruzioni e procedure, l'esecuzione di attività professionali specifiche, l'utilizzo di tecnologie o strumentazioni. Le metodologie didattiche possono essere diversificate per ogni situazione, ma sono ricondotte prevalentemente all'affiancamento e all'esecuzione con supervisione.

- **Partecipazione a gruppi di lavoro/studio, di miglioramento e commissioni/comitati:** si intendono attività multi professionali e multidisciplinari organizzate all'interno del contesto lavorativo con la finalità della promozione della salute, del miglioramento continuo di processi clinico-assistenziali, gestionali o organizzativi, del conseguimento di accrescimento o certificazione delle strutture sanitarie. L'attività di apprendimento avviene attraverso l'interazione con un gruppo di pari. L'attività svolta nell'ambito dei lavori di gruppo deve essere documentata e può comprendere la revisione dei processi e procedure sulla base della letteratura, dell'Evidence Based (EBN) o degli standard di accreditamento, l'individuazione di indicatori clinici e manageriali e le discussioni di gruppo sui monitoraggi delle performance.

- **Partecipazione a ricerche:** si intende la

collaborazione attiva a richieste o studi finalizzati a ricercare nuove conoscenze rispetto a determinanti della salute, delle malattie e dell'organizzazione.

Tale ricerca può assumere diverse forme: empirica, analitica, sperimentale, teorica e/o applicata. Sono incluse anche le sperimentazioni/valutazioni assistenziali e organizzative. Tali ricerche vanno svolte nell'ambito del contesto professionale e lavorativo dei singoli professionisti coinvolti.

- **Audit clinico e/o assistenziale:** è l'attività condotta dai professionisti sanitari con la finalità di migliorare la qualità, la sicurezza e gli esiti dei processi clinico-assistenziali attraverso una loro revisione sistematica e strutturata.

Quanto visto fino ad ora per quanto riguarda la FSC non fa altro che confermare l'**evoluzione del concetto di formazione continua** e nella constatazione che nell'epoca post-industriale, **il processo formativo tende sempre più a definirsi secondo caratteristiche di continuità e integrazione** rispetto a:

1. **Tempi** → la formazione non è più un momento antecedente rispetto all'inserimento nei contesti lavorativi e il processo formativo dura tutta la vita "life long learning".

2. **Luoghi** → i mondi della scuola, dell'università, dei luoghi di lavoro, dei centri di formazione si influenzano e contaminano sempre di più.

3. **Contesti e metodologie formative** → si va verso forme "blended" di formazione d'aula e a distanza, all'interno del contesto d'aula la lezione frontale è accompagnata sempre più da discussione di casi e autocasi, metodologie formative di ricerca...

4. **Attori e ruoli dei sistemi formativi e lavorativi** → docenti, allievi, tutori, progettisti, gestori, stakeholder... sono sempre più chiamati a collaborare fra loro, a coinvolgersi attivamente, per la formazione di un "buon prodotto formativo" facendo sì che si possano intrecciare fra loro i vari e diversi processi di significazione dell'esperienza formativa e lavorativa.

5. **Contenuti** → il portfolio di competenze coinvolte comprende sia capacità e cono-

scenze di carattere psicologico, sociologico e umanistico in senso lato che competenze più “dure”, di tipo tecnico specialistico.

Alla luce di queste considerazioni **il processo che porta a definire la FSC consente di assumere due prospettive, due orizzonti, quello del contesto formativo e quello del contesto lavorativo**, giungendo così a due definizioni che permettono di dare maggiore profondità al concetto stesso di FSC.

In una **“prospettiva formativa”** si può intendere per FSC **una pratica formativa che presuppone una riflessione sull’esperienza lavorativa che si svolge direttamente nei luoghi e nei tempi lavorativi, mettendo in atto direttamente attività a tutti gli effetti considerabili come lavorative, collocabili in una cornice concettuale e metodologica formativa, ovvero sviluppabili secondo un processo articolato nelle quattro fasi di analisi dei bisogni, programmazione, realizzazione, valutazione e verifica (degli apprendimenti, delle ricadute operative...).**

Allo stesso modo **la FSC in una logica “lavorativa”**, può essere definita come **una pratica lavorativa riferibile a determinate attività condotte e osservate in modo tale da promuovere un miglioramento della performance ed essere considerate a tutti gli effetti formative per gli operatori in esse impiegati, ovvero attività lavorative condotte in modo tale da essere vissute come occasioni strutturate di apprendimento continuo contestuali all’esperienza lavorativa e capaci di incidere direttamente sulla conformazione e dinamica del team di lavoro.**

Definire contemporaneamente la FSC nei termini di un’esplicita e determinata pratica formativa o lavorativa induce ancor di più a riconsiderare complessivamente il senso e il valore della formazione e del lavoro.

Creare e diffondere innovazione mentre si lavora, avere la possibilità di mettere in atto modalità, approci, metodologie, interrelazioni che incidono in positivo nel percorso di cura, per poi legare momenti di osservazione, sperimentazione e studio all’agire quotidiano, sono aspetti altamente stimolanti.

La formazione sul campo può rispondere a tutto ciò, a patto che sia ben impostata e go-

vernata e che si possa svolgere in un clima organizzativo favorevole.

Bisogna essere in grado, da un lato, di capire il contesto e programmare l’ambito, i protagonisti, l’impatto e le modalità del trasferimento e diffusione dell’innovazione, dall’altra di strutturare contesti favorevoli all’apprendimento stesso e allo sviluppo di buone pratiche.

La progettazione di FSC sconta una maggiore complessità rispetto alla progettazione di eventi residenziali, è anche meno rodada, ma **se ben realizzata e sviluppata, la FSC è in grado di incidere sui meccanismi dell’organizzazione e pertanto il legame con il committente interno deve essere di tipo forte in modo da avere un’altra possibilità che l’innovazione sia più riconosciuta ed accettata in tutta l’organizzazione.**

Il presupposto sta nell’attribuire valore a ciò che si fa, all’agire organizzativo, adeguandosi e migliorando continuamente a seconda degli stimoli provenienti dall’ambiente interno ed esterno di riferimento. È logico che non si pensa a contesti in cui il lavoro è sempre uguale e scandito da routine burocratiche ma a **learning organization** (organizzazioni capaci di apprendere e di modificarsi di conseguenza).

La FSC non è una scelta solo individuale ma rappresenta una dimensione collettiva di apprendimento in cui i professionisti imparano a rapportarsi fra loro, a scambiarsi esperienze e a mettere in comune il loro sapere specifico applicandolo ad azioni specifiche. Si tratta quindi di elaborare



nuovi saperi professionali legati al fare e, soprattutto, essere stimolati a condividerli aggiungendo valore all'azione organizzativa.

Le esperienze di FSC possono presentare alcune **criticità**, in particolare:

- il rischio di autoreferenzialità
- la partecipazione più alta di alcuni gruppi professionali rispetto ad altri
- la modalità e disponibilità di condivisione di quanto appreso con tutta l'organizzazione Criticità che fanno sì che l'apprendimento sul campo non diventi prassi quotidiana modificandola.

In questi casi la FSC crea un **effetto boomerang** ancora più potente e rischioso di una formazione tradizionale mal realizzata.

Nel contempo **la FSC può rappresentare un'importante opportunità per le organizzazioni sanitarie** per:

- favorire un apprendimento dinamico, basato su una risoluzione concreta dei problemi
- incidere sulle conoscenze e competenze migliorando la pratica professionale
- rendere possibile lo scambio e la condivisione tra professionisti

Concludendo, è possibile affermare che **la FSC si collega alle esigenze delle organizzazioni che perseguono concretamente lo sviluppo della qualità dei servizi e trova terreno fertile laddove i professionisti lavorano mossi da spirito di ricerca.**

Ciò si riferisce allo sviluppo non solo di conoscenze e saperi, ma anche di competenze, stili,

sensibilità e di integrazione tra i diversi modi di interpretare e di vivere la realtà professionale. In

questa prospettiva cresce l'idea che la crescita professionale avvenga mentre si lavora, e non solo in

aula o di fronte ad un testo.

Con la FSC ci si interroga e ci si fa interrogare dall'esperienza.

* *Infermiera Terza Medicina Femminile
SSVD Gastroenterologia AAST Spedali
Civili di Brescia*

Bibliografia

AIF, Associazione Italiana Formatori, "Professione Formazione"ed.Franco Angeli, Milano, 2000.

Alastra, Manegon, Ferretti, "Futuri infermieri: il punto di vista su formazione e professione di studenti e neolaureati in Scienze Infermieristiche"ed. In Tutor, volume 7 n°3 pp.200-206, 2007.

Alessandrini, "Manuale per l'esperto dei processi formativi"ed. Caroci, Roma, 2005.

Bocca, "Pedagogia e Lavoro-tra educazione permanente e professionalità" ed. Franco Angeli, Milano 1992.

Boni, "La formazione sanitaria tra regolamentazione e competizione"su Tendenze Nuove, rivista della Fondazione Smith Kline n°2, 2002.

Boni, "Programmare il proprio life long learning: professionisti sanitari,ECM e aziende" in FOR, Rivista per la Formazione n°65 pp.81-89, 2005.

Buscaglioni, "La gestione dei processi nella formazione degli adulti"ed.Franco Angeli, Milano, 1997.

Gherardi, Nicolini, "Apprendimento e conoscenza nelle organizzazioni"ed. Caroci, Roma, 2004

Pisacane, Continisio, "Come fare Educazione Continua in Medicina"ed. Il Pensiero Scientifico, Roma , 2007

Plebani, "L'educazione continua: uno strumento strategico del governo clinico, in AAVV, Governare la formazione per la salute"ed. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2005.

Il Dossier Formativo come utile strumento di pianificazione e programmazione della formazione individuale e di gruppo

di Stefano Bazzana* e Roberto Ferrari**

L'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) ha deciso importanti investimenti per il nuovo dossier formativo, individuale e di gruppo. Esso rappresenta la vera novità per un'offerta sempre più rispettosa delle esigenze del professionista e al contempo inserita in contesti organizzativi che devono rispondere alle sfide della sanità del futuro. Al termine dell'articolo, pubblichiamo la Delibera della Commissione Nazionale Formazione Continua (CNFC) per il triennio 2017/2019 e l'ultimo comunicato di Agenas in tema di ECM, con le nuove modalità operative per richieste di informazioni ed i nuovi riferimenti per i professionisti sanitari.

In precedenti articoli abbiamo già dato conto delle novità nel campo dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) per questo triennio. Una è certamente la definizione dell'**interlocutore del sistema ECM: il professionista sanitario**. Scompare quindi la dicotomia tra i liberi professionisti e coloro che lavorano come dipendenti di strutture afferenti al Servizio Sanitario Nazionale. Nella determinazione di professionista sanitario, libera professione e dipendenza sono soggette alle stesse regole del sistema Ecm.

Altra novità da segnalare, introdotta in questo triennio, è la possibilità di raggiungere i crediti stabiliti senza il vincolo della temporalità annuale: si potranno ottenere i crediti Ecm senza doverli suddividere anno per anno. Ed infine, uno dei temi su cui si sta ancora molto discutendo, a livello professionale e più in generale a livello metodologico, è il dossier formativo. Il Dossier Formativo è un progetto ancora in fase di sperimentazione in alcune regioni e costituisce uno strumento a disposizione dei **professionisti** e del **Servizio Sanitario**, per una pianificazione del percorso formativo che risponda sia alle esigenze del singolo in termini di aggiornamento professionale, sia a quelle

derivanti dai Piani Sanitari Nazionali, Regionali e dell'organizzazione nella quale presta la propria opera lo stesso professionista.

Anche utilizzato da organizzazioni diverse, può risultare uno strumento capace di soddisfare le necessità di formazione e di aumentare l'integrazione professionale e la ricaduta formativa del gruppo a beneficio della **salute dell'intera collettività**.

Leggendo l'ultimo schema di Accordo Stato-Regioni in tema di ECM, nello specifico il documento "La Formazione Continua nel Settore Salute" apprendiamo del benefit previsto per i professionisti che compileranno il proprio dossier formativo: otterranno un bonus di 30 crediti. L'obiettivo, lodevole da parte dei responsabili del programma ECM, è quello di passare da un ottenimento dei crediti basato sulla **quantità** (cd raccolta punti), ad un percorso basato sulla **qualità** dei crediti stessi. Resta vivo tuttavia il problema che nel citato dossier andrebbe per prima indicata l'area di specializzazione in cui è necessario pianificare la propria formazione, ma ad oggi, in assenza degli atti normativi necessari per parlare di infermieri specialisti (seppur già previsti dalla Legge 43 del 2006), parrebbe piuttosto complicata questa parte, nella sua applicazione pratica e operativa. Un aspetto positivo può invece essere considerata l'adesione volontaria da parte del professionista, che dimostrando maturità professionale e morale, diventa consapevole dell'importanza di pianificare l'aggiornamento delle proprie competenze.

Dei 30 crediti di bonus, solo 10 saranno validi per il triennio 2017/2019, mentre gli altri 20 saranno considerati per il triennio 2020/2022, se soddisfatte almeno queste principali condizioni:

- la costruzione del Dossier;
- la congruità con il profilo indicato nel Dossier;
- la coerenza del 70% tra il Dossier programmato e quello effettivamente realizzato dal professionista.

Il Dossier Formativo prevede quattro specifiche sezioni.

Una prima sezione (Anagrafica) che contiene il profilo anagrafico con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa/posizione organizzativa e del curriculum dell'operatore.

Una seconda sezione (Programmazione) indicante il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta.

Una terza sezione (Realizzazione/Evidenze) che riporta le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca).

Infine una quarta sezione (Valutazione) riguardante la valutazione periodica da parte del singolo professionista, dell'Azienda, degli Ordini, Collegi, Associazioni.

Sulla base di un approccio che tenga conto della possibilità di rappresentare la multidimensionalità e la specificità delle professioni sanitarie, è stato proposto dalla Commissione ECM un sistema semplificato, ma esaustivo, per classificare le competenze e le conseguenti attività formative a queste correlate, suddiviso in tre macro-aree: Competenze Tecnico Specialistiche, Competenze di Processo e Competenze di Sistema.



Il Dossier Formativo, come si può evincere, prevede un ampio grado di libertà del professionista sanitario, sia che eserciti in libera professione sia in regime di dipendenza. Si parte dunque dal presupposto che il professionista possieda la giusta maturità per autogestire il proprio percorso di aggiornamento e formazione.

Possono infatti impostare il Dossier formativo: Il singolo professionista (con il Dossier Individuale)

le aziende sanitarie pubbliche e private, gli Ordini, i Collegi, rispettive Federazioni e gli Organismi maggiormente rappresentativi delle professioni sanitarie (Dossier di gruppo).

Viene dunque richiesto di identificare gli obiettivi Tecnico-professionali, di Processo o di Sistema. I primi sono relativi a corsi di formazione e aggiornamento di tipo tecnico-scientifico, nel nostro caso clinico-assistenziale. Rientrano in questa area le attività formative effettuate in accordo alle linee guida stabilite dalle Società e Associazioni Scientifiche relative agli specifici ambiti professionali e in rapporto all'evoluzione tecnologica e scientifica.

Gli obiettivi di processo riguardano procedure trasversali, protocolli diagnostico terapeutici assistenziali, e qualsiasi metodo e strumento attinente il processo di nursing. Si parla anche di competenze di Processo relazionali/comunicative, intendendo quelle relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (colleghi e Direzioni), con soggetti esterni (Istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro. Rientrano dunque in questa area le attività formative relative al lavoro in équipe, ai processi di integrazione e comunicazione interna ed esterna, alla comunicazione con i parenti, con i pazienti etc.

Infine gli obiettivi di Sistema attengono alle competenze di tipo organizzativo/gestionale, situazionali e di ruolo ovvero quelle relative alle modalità con cui le competenze tecnico professionali vengono applicate nel proprio contesto di lavoro. In questo ambito vanno ricomprese le competenze generali sanitarie clinico e assistenziali relative al proprio profilo professionale e al codice deontologico, alla conoscenza delle norme generali e del contesto organizzativo nel quale si opera.

Rientrano in questa area le attività formative relative alla declinazione del proprio agire

professionale nei contesti operativi, relative alla gestione della sicurezza del paziente, all'appropriatezza, all'organizzazione e gestione dei contesti organizzativi e finalizzate alla qualità dei servizi e delle cure e alla razionale allocazione delle risorse. Fanno parte di questa area anche le attività formative relative alla deontologia e all'Etica professionale, alla conoscenza della legislazione e del contesto.

Si devono dimensionare percentualmente gli obiettivi nel rispetto del limite massimo di 10 obiettivi. In questo modo si avranno a disposizione 10 obiettivi formativi in cui ricomprendere lo sviluppo formativo triennale.

Come più volte pubblicato sui mezzi di comunicazione ufficiali del nostro Collegio ricordiamo che il singolo professionista ha la possibilità di collegarsi al portale del Co.Ge.A.P.S. (<http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>)

- per verificare la propria situazione crediti
- realizzare del dossier in qualsiasi momento (Dossier Individuale)
- modificare il proprio dossier (solo una volta nell'anno solare).

Si può modificare il proprio dossier al fine di adeguarlo anche a possibili mutamenti di ruolo e di incarico e/o a particolari esigenze formative sopravvenute.

Saranno comunque visibili nella posizione generale del professionista, anche eventuali crediti maturati ma non coerenti con il dossier.

* *Infermiere magistrale, responsabile commissione Comunicazione e Rivista Ipasvi Brescia.*

* *Infermiere Libero Professionista, Segretario Collegio Ipasvi di Brescia*

ULTIMO COMUNICATO AGENAS



28/07/2017 - Nuove disposizioni relative ai servizi di assistenza agli utenti
Si informa che, dal 1° agosto 2017, il numero telefonico di assistenza 06.42749391 non è più attivo e verrà fornita puntuale e tempestiva assistenza agli utenti tramite i canali di comunicazioni di seguito elencati:

l'indirizzo email helpdesk@agenas.it, da utilizzare esclusivamente da parte dei provider (provvisori o standard) per tutte le richieste che necessitano di assistenza tecnico e/o funzionale e per richiedere informazioni di carattere generale, sul sistema, sullo stato del servizio, sulla normativa ECM;

l'indirizzo email ecm.professionistisanitari@agenas.it, utilizzabile esclusivamente dai professionisti sanitari, per informazioni sui crediti, per informazioni sul servizio MyEcm e per altre segnalazioni tecniche;

la funzione comunicazioni attiva nell'area privata del sistema di ciascun provider standard o provvisorio, riservata esclusivamente alle richieste di modifica di dati relativi agli eventi e/o al provider e richieste ufficiali rivolte alla Commissione nazionale per la formazione continua;

l'indirizzo email ecm@agenas.it, specifico per i soggetti che non sono né provider né professionisti sanitari, per quesiti di carattere generale;

l'indirizzo email ecmregioni@agenas.it, utilizzabile da parte dei provider regionali ed aspiranti tali che si avvalgono dei sistemi informatici di AGENAS per richiedere informazioni di carattere generale in merito alla specifica normativa regionale in materia di ECM o ad eventuali segnalazioni tecniche inerenti la regione di appartenenza. Tali provider dovranno comunque utilizzare la funzione **comunicazioni**, accessibile dalla propria area riservata, per le comunicazioni ufficiali.

Contestualmente, al fine di migliorare la comunicazione con tutti gli utenti si chiede di attenersi alle seguenti modalità operative:

non inviare la stessa richiesta utilizzando più canali di comunicazione ma scegliere il canale più adatto secondo quanto sopra indicato; l'utilizzo non corretto dei canali suddetti potrebbe comportare un allungamento delle tempistiche di risposta;

utilizzare il proprio indirizzo PEC esclusivamente per note da indirizzare a ecm@pec.agenas.it ed unicamente nei casi in cui sia necessario (richieste specifiche da parte della Segreteria della Commissione nazionale per la formazione continua o specifiche procedure ove indicata tale necessità o richieste formali).

DELIBERA DELLA CNFC IN MATERIA DI CREDITI FORMATIVI ECM

ART. 1

(Obbligo formativo triennio 2017-2019)

1. L'obbligo formativo per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti formativi fatte salve le decisioni della Commissione nazionale per la formazione continua in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

2. I professionisti che nel precedente triennio (2014-2016) hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo individuale hanno diritto alla riduzione di 15 crediti dell'obbligo formativo nel presente triennio formativo (Determina della CNFC del 10 ottobre 2014).

3. I professionisti sanitari che nel precedente triennio (2014-2016) hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dell'obbligo formativo nel triennio 2017-2019. Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto alla riduzione di 15 crediti.

ART. 2

(Certificazione per il triennio 2017-2019)

1. Il professionista sanitario può richiedere la seguente documentazione:

- a) Attestato di partecipazione al programma ECM;
- b) Certificato di completo soddisfacimento dell'obbligo formativo.

2. L'attestato di partecipazione al programma ECM contiene esclusivamente l'indicazione del numero di crediti conseguiti qualora gli stessi non soddisfino l'obbligo formativo nel triennio.

3. Il certificato sancisce il completo soddisfacimento dell'obbligo formativo nel triennio.

4. Solo i crediti ECM acquisiti nel rispetto delle norme e dei vincoli definiti dalla Commissione nazionale all'art. 4 della presente delibera, concorrono al conteggio dei crediti annuali e al completo soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale.

5. I documenti di cui sopra (comma 1 del presente articolo) sono rilasciati da Ordini e Collegi professionali per quanto riguarda gli esercenti professioni sanitarie regolamentate e ordinate, dalle Associazioni maggiormente rappresentative degli esercenti le professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate, per quanto riguarda gli iscritti alle stesse, dalla Commissione nazionale per la formazione continua per i professionisti che svolgono professioni sanitarie regolamentate ma non ordinate e non sono iscritti alle Associazioni ora citate.

ART. 3

(Regole applicative)

1. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non vengono conteggiati per

il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.

2. Il professionista sanitario, tramite formazione erogata da provider accreditati, deve acquisire in qualità di discente almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. I crediti acquisiti tramite autoformazione non possono superare il 10% del fabbisogno formativo triennale.

3. Il professionista sanitario non può acquisire crediti in qualità di reclutato dalle Aziende sponsor oltre il limite di 1/3 del proprio fabbisogno formativo triennale eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni.

ART. 4

(Docente, tutor/relatore di formazione organizzata da Provider)

1. Fermo restando i criteri di attribuzione dei crediti, ciascun docente/tutor/relatore non può acquisire più di 50 crediti per un singolo evento.

2. Al fine di evitare che per uno stesso evento i crediti vengano calcolati due volte nel caso in cui un soggetto rivesta contemporaneamente più ruoli (docente/tutor/relatore e discente), è vietata l'attribuzione di crediti per più ruoli all'interno dello stesso evento. In tal caso nel rapporto dell'evento il nominativo del professionista sanitario può comparire una sola volta con i crediti o di docente/tutor/relatore o di discente, lasciando al professionista la relativa scelta.

3. I crediti saranno, invece, sommati solo nel caso in cui il professionista sanitario partecipi in qualità sia di docente/relatore che di tutor, in tal caso i crediti dovranno essere riportati con il ruolo di 'docente', rispettando comunque il limite dei 50 crediti a partecipazione.

4. Nel caso di una sessione svolta in co-docenza, vale a dire nel caso in cui in una sessione i docenti siano due o più di due e gli interventi vengono svolti simultaneamente, si applica il criterio generale di attribuzione di due crediti l'ora per ogni singolo co-docente. Affinché i crediti possano essere erogati, la durata minima di una sessione per singolo docente, deve essere di almeno mezz'ora (in tal caso ad ogni singolo co-docente viene attribuito 1 credito).

5. Il professionista sanitario che nello stesso anno partecipa a più edizioni dello stesso evento con ruoli diversi (in qualità di docente/tutor/relatore in un'edizione e in un'altra come discente), può acquisire i crediti per entrambi i ruoli, per una sola volta; il *provider*, nel caso il professionista sanitario partecipi come discente a un corso di cui era stato docente, dovrà inserire un nuovo programma in quanto non dovrà più comparire il nome del professionista sanitario nel ruolo di docente/tutor/relatore.

ART. 5

(Eventi di formazione ECM)

1. Con riferimento al triennio formativo 2017-2019 tutti gli eventi formativi dovranno concludersi entro il triennio formativo in cui vengono inseriti. L'evento formativo non può durare più 12 mesi ad esclusione delle "Attività di ricerca" che possono durare fino a 24 mesi, sempre entro il limite di conclusione del triennio formativo.

ART. 6

(Norme finali)

1. Per quanto non espressamente disciplinato nella presente delibera si rimanda agli atti deliberativi adottati dalla Commissione nazionale per la formazione continua e alla normativa disponibile sul sito ECM/Age.Na.S. in materia di attribuzione e calcolo dei crediti.

La “formazione sul campo” a Brescia tra fine '800 e inizi '900

Articoli di Storia dell'Assistenza Infermieristica

di Stefano Bazzana* e Rainiero Rizzini**

Il primo documento rinvenuto in ordine cronologico riguardante il tema della formazione degli infermieri è il “Regolamento per l’istituzione di una scuola per infermieri” datato 9 novembre 1905, anche se in un documento del 1927 il Direttore medico **Dr. Ugo Betti** afferma che “*esiste da più di trent’anni la scuola interna per infermieri dello Spedale*”, lasciandoci presumere che già nell’ultima decade del XIX secolo alcuni aspiranti infermieri frequentassero i corsi serali all’interno dell’ospedale. Gran parte della formazione infermieristica di allora consisteva nella cosiddetta “istruzione pratica” che avveniva, appunto, sul campo.

Il Regolamento del 1905 viene emesso dalla Direzione Medica degli Spedali Civili di Brescia ed è indirizzato al “*Presidente dell’Onorevole Consiglio Spedaliero*”. Lo scopo era “*favorire un’istruzione teorico-pratica per l’assistenza degli ammalati destinata a favorire l’elevazione morale e materiale della classe degli infermieri*”.

Era prevista una selezione del personale con la possibilità di accesso dall’esterno, quindi divenendo punto di riferimento per altre strutture cittadine e provinciali (Croce Bianca, Casa di Dio, i neonati Spedale dei Bambini e Poliambulanza, entrambi fondati nel 1902, e successivamente la Casa del Sole di Desenzano).

Il documento, scritto con la tipica calligrafia dell’epoca, riporta una premessa del Direttore

Medico **Giacomo Cavalli** (che verrà nominato anche direttore della scuola), il programma d’insegnamento, la programmazione delle lezioni e dello svolgimento delle prove d’esame con relativa commissione.

Il documento evidenzia la necessità di formare sia il personale femminile sia maschile per garantire una qualità omogenea nei reparti maschili e femminili, pur riconoscendo il problema della promiscuità durante il corso e quindi proponendo la necessità di due percorsi separati: il primo per le suore praticanti (Ancelle della Carità) - che avrebbero potuto frequentare con le laiche e che invece si formavano all’interno del loro istituto senza un riconoscimento ufficiale - e il secondo per “*gli infermieri effettivi e gli allievi*”.

La risposta del Presidente del 11 novembre 1905, autorizza tutte le richieste, ma limitatamente alla sezione maschile (dalla documentazione degli anni seguenti si desume che non si voleva “*dare noia alle suore, che han sempre ben operato all’interno dello Spedale fin dai tempi della loro fondatrice...*”).¹

Alla fine del 1912 la Direzione Medica chiede “*che venga riaperta presso quest’ospedale la*

¹ La conferma dell’inizio di una grande pagina di assistenza e formazione a Brescia da parte delle Ancelle della Carità la troviamo in una nota della stessa Paola Di Rosa, divenuta santa con il nome di Crocifissa di Rosa: “*sul finire dell’aprile del 1840 abbiamo cominciato a vivere collegialmente (...) e nel giorno 18 maggio siamo entrate nello Spedale a cominciare il nostro servizio*”. Il riconoscimento canonico dell’Istituto avverrà nel 1852.

scuola degli infermieri già attivata negli anni scorsi e sospesa nell'anno 1906". Nello stesso documento viene proposto, oltre al certificato e gli eventuali encomi, il premio in denaro per gli studenti migliori, purchè appartenenti al personale ospitaliero, gratificazione già prevista nel regolamento del 1905 ed effettivamente erogata per molti anni successivamente nell'ambito di una cerimonia di premiazione (e persino riportata in un articolo di giornale del 1920).

Il 25 luglio 1913 il **Dr. De Lucchi**, primario tisiologo e responsabile del corso, relaziona al Direttore Medico quali sono state nel dettaglio le tematiche trattate nel corso, ma emblematiche sono le sue conclusioni: *"Dal contatto avuto con il personale d'infermeria mi sono fatto il concetto che pochi, troppo pochi, hanno le attitudini e le cognizioni per poterli considerare infermieri nel senso vero della parola: i più si possono giudicare buoni inservienti di infermeria che potranno col tempo, con la buona volontà e con ripetuti insegnamenti teorico-pratici, diventare discreti infermieri: imperocchè la funzione dell'infermiere si è trasformata in modo tale che chi deve eseguirla deve avere, oltre che una sufficiente intelligenza ed istruzione generale, una seria preparazione speciale, molte e delicate essendo le mansioni che restano affidate esclusivamente all'infermiere"*.

Il 22 aprile 1915, nell'imminenza della grande guerra, il medico direttore **Dr. Arturo Campani**² scrive una breve ma intensa lettera con cui richiede l'istituzione di *"un corso accelerato di scuola professionale per gli infermieri"* per far fronte ai gravi doveri e responsabilità nell'assistenza. La risposta, dello stesso presidente che autorizzava 10 anni prima, è ovviamente positiva.

Nell'ottobre 1919 il **Dr. Campani** scrive una lettera relativa alla scuola infermieri all'On. Presidente, che consideriamo molto interessante per l'attualità di alcune riflessioni nonché emblematica dei problemi e delle proposte di soluzione contenute. La riportiamo integralmente. *"Ormai un elevamento nel grado e nel-*

le qualità dell'assistenza al malato s'impone per concorde giudizio di tutti i tecnici a qualunque partito appartengono. Sarebbe pure concorde il parere che detta assistenza fosse esclusivamente affidata alla donna come quella che in tali mansioni ha sempre corrisposto infinitamente meglio. Ma in attesa della legge che disciplini con criteri generali l'assunzione di personale della infermeria e relativa istruzione, legge della quale è già pronto il progetto, noi ci troviamo costretti a provvedere d'urgenza perché la disposizione delle otto ore impone di assumere personale maschile nuovo ed in genere assolutamente digiuno di ogni cognizione tecnica. Sarebbe stato in animo dello scrivente di proporre all'occasione di adibire le suore anche ai reparti maschili, ma da un lato le residue riluttanze delle stesse suore, dall'altro la deficienza di personale anche conventuale mi ha consigliato di limitare la proposta al S. Antonino ove spero l'innovazione potrà effettuarsi. D'altronde l'assumere personale laico femminile non istruito avrebbe portato da una parte il pericolo di far cosa sgradita alle suore che prestano ottimo servizio e che quindi devono essere tenute assai in conto e dall'altra di avere delle mercenarie qualsiasi, forse inferiori agli uomini e con più gravi inconvenienti, mentre si vogliono non delle inservienti ma delle infermiere nel più moderno ed eletto senso della parola.

Spiegata quindi la necessità dell'assunzione di questo personale maschile nuovo ne viene l'indispensabilità di istruirlo come si conviene o almeno finché è possibile, ed inoltre di istruire seriamente anche il personale religioso aspirante. Le suore hanno, è vero, una loro scuola, ma occorre che tale scuola sia sotto la disciplina ospitaliera, giusta un programma serio e completo come noi intendiamo di svolgere quest'anno. Occorre quindi persuaderle a frequentare le nostre lezioni ed a subire i relativi esami come gli aspiranti infermieri.

Per il corso può essere necessaria qualche spesa ed io ritengo che le lezioni stesse debbano essere compensate agli insegnanti nella proporzione media di lire 10 ognuna, il che con 150 lezioni circa porterebbe ad un onere di lire 1500, più qualche carta murale necessaria e qualche proiezione cinematografica se sarà possibile.

Certo la spesa dell'insegnamento potrebbe essere risparmiata perché si troverebbero anche

2 Arturo Campani, medico modenese, dal 1914 direttore sanitario degli Spedali Civili e direttore del lazzaretto di S. Antonino. Fu tra i primi a porre la questione della preparazione professionale degli infermieri e a prevedere, in un articolo del 1921, la necessità di ricostruire l'ospedale in un'altra zona della città.

qui istruttori gratuiti. Ma per esperienza so che tale sistema approda a frutti ben scarsi, mentre occorre che questa volta le cose siano fatte colla necessaria competenza e serietà.

Mi pregio di chiedere quindi all'On. Consiglio l'autorizzazione di aprire il corso colle modalità preindicate e col programma generale esposto nell'allegata circolare ai medici. Con perfetta osservanza, il Medico Direttore.

Il 5 settembre 1920 viene trasmessa dal Direttore Medico la consueta relazione di fine corso da cui emerge il livello molto basso della cultura generale degli infermieri come degli aspiranti, che inficia l'apprendimento delle materie del corso stesso. Sono poi descritti i voti, i premi e gli encomi divisi in esterni e "nostri". Nonostante il livello d'istruzione effettivamente basso (ancora negli anni 30 veniva richiesta la V elementare o almeno saper leggere e scrivere) c'era chi, in qualche modo, sollevava le sorti della categoria. Testualmente: *"Si distingue sopra tutti in modo particolarissimo e degno di maggior encomio il Sig. Capra 100/100 cum laude, infermiere della croce bianca"*.

Nel luglio del 1920 il vulcanico direttore medico, Dr. Campani, riesce ad organizzare una visita documentativa a Milano, prendendo contatti col **Direttore dell'Ospedale Maggiore** e con quello della Clinica del Lavoro, tentando di ottenere ribassi dalle ferrovie sui prezzi del biglietto *"che in terza è di oltre venti lire, andata e ritorno"*, addirittura richiedendo all'Amministrazione il rimborso delle spese *"agli allievi infermieri assidui alle lezioni, che sono circa una ventina. Gli esterni (circa 30) e gli infermieri ordinari che non sono stati assidui dovranno naturalmente pagare per conto proprio"*.

Il 1 novembre del 1920, con la lettera di richiesta di avvio dei corsi viene introdotta una importante innovazione (che persiste anche ai giorni nostri): prevedere le lezioni in due edizioni per garantire la copertura dei turni, probabile fonte di frequenza irregolare negli anni precedenti. Curioso ma emblematico l'incipit del direttore del corso *"Allo scopo di evitare sviluppi eccessivi di programmi inutili (...) ho deciso di ridurre il numero degli insegnanti e modificare alcuni insegnamenti (...)"*. Soprattutto la prima parte della frase è sempre attuale per un formatore.

Nel 1924 uno scarno programma³ del nuovo direttore relativo "all'infermiere in medicina" (l'infermiere in chirurgia, nelle specialità, nelle sale anatomiche e nei laboratori, sarebbe stato svolto nel 1925, con la possibilità di dare un solo esame, però su tutto il programma) è arricchito da una nota finale: *Libro di testo consigliato "Il manuale dell'Infermiere" del Dott. Giovanni Pugliesi, Direttore Ospedale Cronici, Venezia.*

Il 15 agosto 1925 è una data storica: viene emanato il R.D. N° 1832 convertito in Legge il 13 marzo 1926 N°562 e succ. Legge 23 giugno 1927 N° 1264, con cui si istituiscono le scuole convitto professionali.

Con la tempestività tipica dello spirito imprenditoriale che ha sempre contraddistinto l'Istituto, il 2 dicembre 1927 la **Superiora Generale delle Ancelle** scrive all'Amministrazione degli Spedali Civili per chiederne la "sponsorizzazione" come si direbbe oggi, al fine di ottenere l'autorizzazione da S.E. il **Capo del Governo On. Mussolini** all'apertura di una Scuola Convitto Professionali per Infermiere. La Madre Superiora ritiene indispensabile l'appoggio degli Spedali Civili per due ragioni:

1° *"Perché l'istruzione pratica può avere luogo unicamente presso lo Spedale come già avviene oggi (...)"*.

2° *"Perché è altrettanto evidente il valore che in appoggio della richiesta possono avere le informazioni e (nutro fiducia) le raccomandazioni della Spett. Amministrazione che dal 1840 controlla quotidianamente l'opera nostra (...)"*.

La Commissione Amministratrice degli Spedali Civili di Brescia risponde due giorni dopo positivamente *"assicurando la direzione della Ancelle che interporrà presso le competenti autorità perché l'importante pratica abbia esito favorevole"*.

Come si può notare le Ancelle iniziarono "a muovere le pratiche" circa 6 anni prima della effettiva apertura della Scuola Convitto che av-

³ In questi programmi è assente qualsiasi riferimento all'insegnamento dell'assistenza, né tantomeno a docenze infermieristiche. Bisognerà aspettare la Scuola Convitto che nel 1933 prevede la docenza della direttrice e della vicedirettrice (la quale però ha l'incarico di ripetere le lezioni dei medici), mentre una figura di Tutor ante litteram la possiamo ritrovare nell'ispettore Zanola che negli anni 40 coordina la scuola interna e per il quale il Direttore Sanitario propone un riconoscimento e un compenso.

verrà nel 1933. Una curiosa analogia con i tempi occorsi per l'emanazione della Legge del 1925 che, come abbiamo rinvenuto in un documento descritto in precedenza, era già pronta dal 1919. L'analogia fa anche pensare ai tempi biblici di promulgazione di alcune leggi, attese per decenni, che attualmente regolamentano la professione infermieristica.

Nel 1928 compare il primo di numerosi richiami della **Regia Prefettura di Brescia**, perché le amministrazioni forniscano gli elenchi di tutti gli infermieri in servizio, che devono essere muniti del certificato di abilitazione, e non solo del patentino, a partire dal 1933. La risposta del Medico Direttore degli Spedali Civili è il seguente ordine di servizio affisso in portineria *"Tutti gli infermieri nati posteriormente al 1873 nel loro stesso interesse sono diffidati a presentarsi agli esami per l'abilitazione alla continuazione dell'esercizio dell'arte dell'infermiere, inquantochè senza di ciò potranno essere dispensati dal servizio o posti in quiescenza (...)".* Ci sono quindi 8 anni di tempo per mettersi in regola con la legge ma anche per un graduale rinnovamento del personale infermieristico. Curiosa la nota sul retro del comunicato: *"L'ordine di servizio",* scrive al Presidente, *"costituirà sempre una buona arma nelle mani dell'Amministrazione per liberarsi degli elementi non desiderabili".*

Gli anni che precedono e accompagnano l'apertura della Scuola Convitto per Infermiere Professionali "Paola di Rosa"

Dal 1928 al 1934 sono numerosissime le lettere di richiesta di informazioni sulle Scuole-convitto, di richiesta di poter frequentare comunque la scuola interna, oppure di poter frequentare i reparti dopo il termine della scuola serale per poter fare pratica, *"per poter meglio esercitare fuori la propria opera",* oppure ancora per essere raccomandati nelle strutture anche fuori provincia dopo aver brillantemente superato le prove d'esame.

Lo stesso **Direttore Medico Dr. Betti**⁴, a più riprese in quegli anni scrive che, *"in attesa che*

4 Arturo Ugo Betti, Direttore Medico degli Spedali Civili dal 1927 al 1939, riprese l'impegno del suo predecessore per la formazione infermieristica sia chiedendo l'apertura di una Scuola per Infermiere professionali, sia continuando la gestione della Scuola interna.

lo Stato abbia provveduto alla nuovamente pre-annunciata istituzione delle scuole (...) e che "avrei desiderato attendere la promulgazione del regolamento e la istituzione dei corsi di insegnamento, ma poiché dell'una e dell'altra non si ha ancora veruna notizia così ritengo conveniente non ritardare ulteriormente (...)", pertanto propone il mantenimento della scuola interna *"dove quest'anno ho fatto più di cento lezioni",* proponendo altresì alla Presidenza il tentativo di ottenerne il riconoscimento in base alla Legge dello Stato, *"ove il riconoscimento in parola non fosse possibile, converrebbe tentare di ottenere che il nostro Ospedale divenisse Sede di uno dei Corsi di insegnamento di cui all'art. 1"*.

Le cose poi, come sappiamo, andranno diversamente ma lo stesso direttore medico, pur avendo sempre riconosciuto l'ottima opera delle Ancelle e sostenuto formalmente l'avvio della loro Scuola, nel documento di accompagnamento alla mitica Convenzione (ne esistono ben nove versioni riviste e corrette rinvenute nel faldone n°135 **"Scuola Paola di Rosa"**), rivendica un proprio ruolo *"sia per la scelta dei Medici insegnanti sia per la loro retribuzione la Superiore si rimetterà alle decisioni dell'Amministrazione, mentre la direzione didattica dovrà essere affidata al Medico Direttore cui del resto compete in base alle disposizioni in vigore trattandosi di scuola ammessa ad un pubblico Spedale"*.

Di contro l'Ordine Religioso (la Madre Generale era al tempo **Sr. Teresa Cochetti**, ma colonna portante per l'assistenza e la formazione





in ospedale fu **Sr. Elisa Daffini**, ispettrice per 53 anni, dal 1913 al 1966, e celebrata anche da una lapide posta all'ingresso di uno dei corridoi che portano alla chiesa dell'ospedale) decide in quegli anni di farsi rappresentare da un Comitato promotore della istituenda Scuola Convitto per Infermiere "Paola di Rosa", composto da alte personalità e autorità della vita cittadina, il cui Presidente fu l'On. Gr.Uff. Not. Dr. **Giorgio Porro Savoldi**, firmatario della Convenzione.

Altro elemento esplicativo della lungimiranza delle Ancelle è ad esempio l'aver previsto fin dalla prima Convenzione l'istituzione della **Scuola per Assistenti Sanitarie** che verrà poi attivata nel 1938. Riportiamo, al proposito, l'art. 1 della Convenzione: *"Con decorrenza dal 15 ottobre 1933 a. XI, il Comitato sopra nominato istituirà presso l'Ospedale Civile di Brescia, che accetta, una Scuola Convitto professionale per Infermiere a cui potrà far seguito in progresso di tempo, l'istituzione di una Scuola specializzata di medicina, di pubblica igiene e assistenza sociale per assistenti sanitarie e visitatrici"*.

Bisogna riconoscere che anche l'art. 2 della predetta convenzione sgombra il campo da una serie di equivoci di cui è ricca la corrispondenza tra Presidenza degli Spedali Civili, Direzione Sanitaria e Ordine delle Ancelle: *"A norma degli atti di costituzione del Comitato (...), il Comitato stesso nomina il personale dirigente, insegnante, assistente e di segreteria della Scuola. Stabilisce i programmi e gli ordini amministrativi a norma delle vigenti disposizioni di legge e degli Statuti di fondazione della Scuola."* La prima Direttrice della Scuola-convitto per infermiere professionali di Brescia sarà **Sr. Paola Bertoli**.

In un documento immediatamente successivo (novembre 1933) il citato direttore esordisce

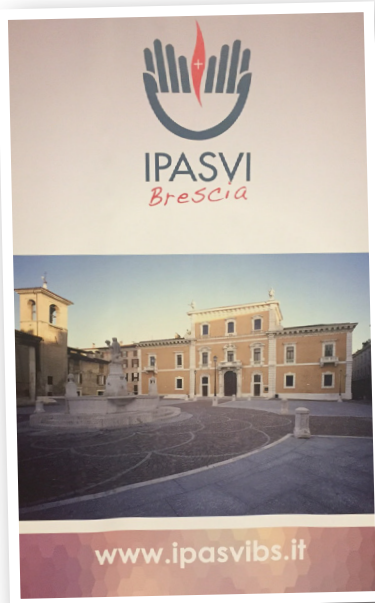
"Allo stato attuale dei fatti (e cioè data la mancanza assoluta di spazi per la Scuola e il Convitto che, a norma di legge, dev'essere annesso alla Scuola⁵) non è possibile assolutamente pensare ad istituire la scuola per conto nostro. Ciò anche indipendentemente dai rapporti intimi che esistono fra lo Spedale e l'Ordine delle Ancelle." In un'ottica formativa, ancora una volta è sorprendente l'iniziativa delle Ancelle che ritroviamo più avanti, nello stesso documento: *"La Madre Superiore ha già mandato alla Scuola Convitto modello di Roma parecchie Suore in maniera che per il luglio p.v. spera di potere disporre del personale direttivo necessario per la direzione della scuola e delle sale ospitaliere da destinarsi alla stessa"*. Va rilevato che in molti documenti si evidenziano i rapporti tenuti dalle Suore di Brescia con le sedi delle Scuole di Milano e Roma, nonchè lo scambio di regolamenti con Milano e Torino per il funzionamento della scuola stessa.

È significativa la sempre crescente consapevolezza della necessità di un'istruzione superiore, che la Direzione dell'Ospedale riporta in molte lettere di risposta a persone che vorrebbero iscriversi senza averne i titoli. Nel documento di seguito riportato si può evidenziare anche la necessità, negli anni immediatamente precedenti al 1933, di recarsi a Milano per frequentare la Scuola Convitto per Infermiere Professionali. Così risponde il Direttore Sanitario ad una certa signora **Rita Dafatti di Barghe**: *"Per l'ammissione alle Scuole-convitto professionali per infermiere occorre di aver superato almeno il diploma di scuola media inferiore o un titolo equipollente che non è certamente quello della IV elementare. In tali scuole-convitto, che nulla hanno a che fare con la scuola serale di questo Pio Luogo, il corso è di due anni solari e l'ammissione non è gratuita, ma a pagamento. La più vicina di esse, nel presente momento, è quella funzionante presso lo Spedale Maggiore di Milano. A tali scuole non sono ammesse le alunne esterne"*.⁶

5 È utile ricordare che in questi anni, e fino a tutto il 1950, l'ospedale si trova ancora nella vecchia ed angusta sede di via Moretto, proprio dove fino al 2010 ha avuto sede il Collegio Provinciale IPASVI.

6 Al proposito, si noti che anche a Brescia, le prime allieve laiche entreranno alla Scuola Convitto solo nel 1940, in quanto era prevista nella Convenzione la riserva, nei primi anni, alle sole religiose.

Nel giugno del 1936 la **Direzione Medica degli Spedali Civili** risponde ad un sollecito della Regia Prefettura di Brescia, inviando l'elenco nominativo delle suore infermiere con l'indicazione del rispettivo titolo professionale nonché l'elenco nominativo del personale maschile effettivo ed avventizio munito del patentino di infermiere generico. Risultano impiegati all'Ospedale n° 49 infermiere di ruolo (effettivi), n° 29 allievi infermiere (avventizi), n° 22 inservienti avventizi, n° 31 Suore Caposala munite del certificato di abilitazione alle funzioni direttive, n° 40 Suore munite di diploma di infermiera professionale e,



infine, n° 21 Suore munite del patentino di infermiera generica. Questa sorta di “pianta organica” è di particolare interesse, rappresentando una fotografia degli anni trenta che pur essendo molto più articolata in termini di qualificazione, da un punto di vista prettamente quantitativo conferma la dotazione infermieristica in campo nel 1920 (64 infermiere, 141 suore e 29 medici per 1.400 posti letto!), mentre negli anni Cinquanta le Ancelle superano le 200 unità, costituendo la totalità delle caposala, delle infermiere professionali, e occupando anche posti di generiche e ausiliarie.

Ad una richiesta della **Scuola S.Camillo di Milano** del 2 ottobre 1937 tendente ad ottenere che gli allievi della sezione (abusiva⁷) di Brescia, possano frequentare il tirocinio presso gli Spedali Civili il direttore risponde chiarendo, fra l'altro, quale doveva essere la situazione in quegli anni, tra richieste del governo e delle prefetture di rispettare la legge sulla formazione infermieristica (peraltro riservata alle donne) e

⁷ Padre C. Milanese scrive al direttore degli Spedali Civili “il lavoro per l'approvazione della scuola è stato difficile ed è riuscito solo per una vera provvidenza: l'appoggio diretto di S.E. il Capo del governo, che volle approvata la nostra scuola in seguito alla assistenza prestata da una nostra infermiera alla sua cognata, Donna Augusta Mussolini. Diversamente non sarebbe stata approvata, perché il Governo è contrario, almeno per adesso, perché tali scuole sarebbero un pericolo per le Scuole-Convitto, che sono veramente l'ideale per la preparazione delle infermiere”.

il continuo fluire di personale maschile nei nosocomi, in particolare nei reparti maschili. “*Esprimo il mio parere contrario per i seguenti motivi: 1) una parte delle infermerie è di pertinenza esclusiva della Scuola-convitto Infermiere Professionali; 2) l'altra parte è riservata alla Croce Rossa e agli allievi ed allieve della nostra scuola serale; 3) una tale concessione porterebbe ad identica concessione a favore della Croce Bianca; 4) la concessione porterebbe ad un riconoscimento da parte del ns Spedale di una scuola che gli stessi dirigenti riconoscono irregolare; ci legherebbe le mani (...) per l'azione che dovrà riprendersi per ottenere la istituzione nel ns Spedale di una Scuola per infermiere*

generici a fianco della Scuola Professionale Paola di Rosa”. Conferma tale posizione in un documento del 1950, “*in quanto, nonostante l'indirizzo legislativo verso le infermiere professionali (solo donne) nel fatto tutti gli ospedali continuavano e continuano ad avere personale infermieristico maschile*”.

Particolarmente interessante, da un punto di vista formativo, l'invio a Roma nel 1939 della caposala **Sr. Giuseppina Costolucco**, per frequentare il corso di dietetica. Anche in questo caso una sorta di “comando per aggiornamento fuori sede” dei giorni nostri.

Nel 1940, per rispondere alla richiesta urgente di inviare 17 suore in Albania dove cadono numerosi i primi feriti della II guerra mondiale, **la Madre Superiora** si trova costretta a decidere se rimpiazzare alcune suore impegnate nelle infermerie del Civile con le allieve dell'ultimo anno, in modo che possano sia lavorare, sia terminare gli studi, oppure (ma preferirebbe evitarlo) far interrompere il corso ad altrettante allieve del primo anno.

Benchè in molti documenti di legge o in circolari del Ministero dell'Interno si tenti di fare chiarezza tra personale subalterno e personale infermieristico (non professionale), ancora nel 1942 **il Prefetto di Brescia** si vede costretto a diffondere una nota “*allo scopo di dirimere le cennate divergenze e discrepanze di applicazione*”



avente ad oggetto “Corsi di preparazione per il personale subalterno degli Ospedali”. *Come si evince dalla titolazione i corsi riguardano non già il personale infermieristico, ma bensì il personale femminile subalterno (ovverosia di fatica) chiamato a prendere servizio nelle corsie degli Ospedali; dalle suesposte premesse logicamente discende che a coloro che superino felicemente gli esami previsti -siano essi elementi interni od estranei all’Ospedale- deve essere rilasciato un attestato di idoneità non già alle mansioni infermieristiche, sebbene alle mansioni subalterne nei nosocomi”. È particolarmente dettagliata e innovativa questa circolare che ad esempio per la Commissione d’esame prevede che “deve essere composta dal direttore sanitario dell’Ospedale o altro sanitario delegato, da un insegnante medico, nonché da tre caposala diplomate, una delle quali, appartenente ad altro nosocomio”.*

Una curiosità è rappresentata dall’esigenza, ancora negli anni 47/48/49 di organizzare un corso preparatorio per la prova di ammissione alla scuola interna per infermieri, data la scarsa istruzione degli aspiranti in possesso, per la maggior parte, della sola IV elementare. Le materie previste erano “*ortografia, calligrafia,*

aritmetica, scienze naturali e geografia, di carattere elementare”.

Queste scuole interne, che fra alti e bassi hanno rappresentato per circa 70 anni la formazione “sul campo” delle figure infermieristiche non professionali, sfoceranno nell’auspicata Scuola per Infermieri Generici in seguito alla promulgazione della Legge 29.X.1954 n° 1046, ma qui non siamo più, davvero, ai primi del novecento.

- * *Infermiere magistrale, responsabile commissione Comunicazione e Rivista Ipasvi Brescia.*
- * ** *Infermiere magistrale, coordinatore AAT 118 di Brescia*

Bibliografia

ROBECCHI, Franco. Spedali Civili di Brescia, Mezzo Millennio di Carità e di Assistenza Sanitaria, Volume II, Brescia 2001

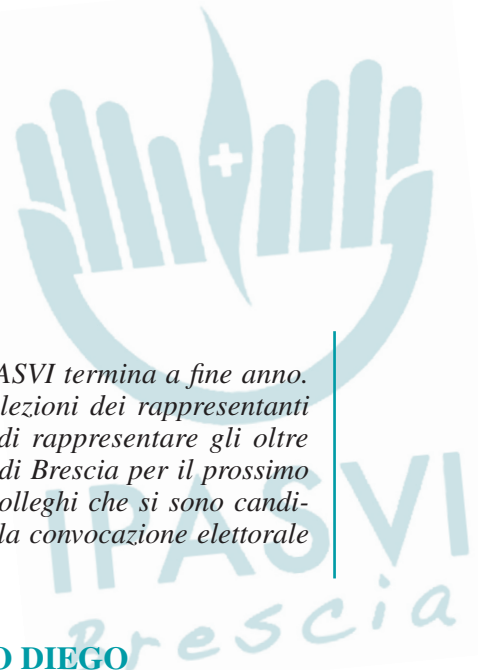
Archivio Corrente Spedali Civili di Brescia, faldoni 5/105-6/66-25/52

CAMPANI, Arturo. La questione ospitaliera a Brescia, in “La città Di Brescia”, genn.-febb.1921



Comunicazioni del Collegio

Candidature per il nuovo Consiglio Direttivo



*Cari Colleghi,
il mandato dell'attuale Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI termina a fine anno. Nei giorni 25, 26 e 27 novembre 2017 avranno luogo le elezioni dei rappresentanti provinciali della professione che assumeranno l'impegno di rappresentare gli oltre 8.000 infermieri iscritti al Collegio IPASVI della Provincia di Brescia per il prossimo triennio. Di seguito troverete una breve presentazione dei colleghi che si sono candidati a questo importante impegno professionale. Riceverete la convocazione elettorale con lettera nominale.*

AGAZZI CARLA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: AFD coordinatore ASST Garda.

AGUECI NICOLA

Professione: Infermiere

Candidato per: COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Curriculum: Ho lavorato come libero professionista in varie Rsa sul territorio di Brescia ovest e dal 2001 al 2006 ho lavorato nel reparto di medicina dell'ospedale di Chiari "Mellino Mellini". Dopo, ho sempre lavorato in una Comunità di Riabilitazione Psichiatrica. Oltre al diploma di infermiere avevo conseguito nel lontano 1993 un diploma di perito Commerciale. Mi piace viaggiare e conoscere nuovi mondi e nuove persone. Sò ascoltare le persone che mi circondano.

AMORUSO DIEGO

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiere dal 2004, ho lavorato presso il Secondo Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'allora Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia (oggi ASST); dopo un'esperienza presso la IV Ortopedia dell'Istituto Clinico Città di Brescia sono tornato agli Spedali Civili nel Servizio di Anestesia e Rianimazione Pediatrica ove sono rimasto fino al 2011. Attualmente ricopro il ruolo di Infermiere Referente del Servizio Infezioni Ospedaliere Pediatrico dell'Ospedale dei Bambini (ASST Spedali Civili). Nel 2010 ho conseguito a Brescia la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e a seguire il Master di I Livello in Management Sanitario. Dal 2009 al 2014 ho ricoperto presso il Collegio Ipasvi di Brescia il ruolo di Consigliere all'interno del Consiglio Direttivo e di Responsabile della Commissione Immagine e Comunicazione.

BAZZANI MARIA LORENA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Dal 1981 Infermiere in Rianimazione Cardiochirurgica di Niguarda, fino al 1997 quando si trasferisce a Brescia per collaborare all'apertura della Rianimazione Cardiochirurgica in Poliambulanza svolgendo attività infermieristica e successivamente di coordinamento. Nell'aa 2003-2004 consegue il Master in coordinamento. Dal 2006 collabora col Servizio Infermieristico e Risk Management di Fondazione Poliambulanza occupandosi di certificazione all'eccellenza, lean healthcare management, miglioramento continuo. Referente qualità del collegio IPASVI di Brescia nel triennio 2016-2018, ha collaborato al rinnovo della certificazione secondo la norma UN EN ISO 9001:2015.

BELTRAMI LAURA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiere presso 1° Centro di Anestesia e Rianimazione ASST Spedali Civili di Brescia. Master in Stomatologia ed Incontinenze. Membro del Collegio dei Revisori dei conti nel triennio 2014-2017.

BENEDETTI ANGELO

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Vice Presidente del Consiglio Direttivo uscente.

Sede di lavoro: Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus e Montichiari Multiservizi Srl.

Esperienze Professionali: Dal 1991 al 2006, Infermiere turnista presso le U.O di Medicina, Otorinolaringoiatria ed Emodialisi del P.O. di Manerbio, ASST del Garda; dal 2006 ad oggi, Infermiere Coordinatore

presso le Rsa di Manerbio e Montichiari, in regime rispettivamente di dipendenza part-time e libera professione. Docente nei percorsi formativi destinati alle figure di supporto all'assistenza. Coniugato e padre di tre figli.

BOLDINI PAOLO

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Consigliere IPASVI 2015-2017, Garante Cives per Ipasvi. Responsabile della trasparenza e anticorruzione Ipasvi Brescia, attualmente coordinatore area organizzativa fondazione casa di soggiorno per anziani onlus di Bedizzole. Fino a maggio 2017 coordinatore Pronto Soccorso ASST Spedali Civili di Brescia.

CONSALES DAVIDE

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Laurea in infermieristica nel 2014, laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche nel 2016, dal 2016 infermiere presso la terapia intensiva poli-funzionale di Fondazione Poliambulanza.

CONTI MARIA AUDENZIA

Professione: Infermiere

Candidato per: COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Curriculum: Nata a Paternò il 15/2/61 residente a Brescia in Via San Zeno 79. Diploma infermiere Professionale nel 1980 Master in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento nel 2004, Laurea Magistrale in "Scienze Infermieristiche e Ostetriche" nel 2010.

Esperienze lavorative: dal 1980 al 1988 infermiere presso gli "Spedali Civili" Brescia dall'1988 al 2005 infermiere coordinatore

presso servizi territoriali Casa Albergo, RSA. Dal 205 al 2015 infermiere coordinatore all Brescia presso ASL Brescia. Dal 2016 ad oggi infermiere coordinatore del personale del centro screening dell'ATS Brescia. Docente a contratto di Infermieristica di Comunità presso Uni BS dal 2014 al 2017 corso di laurea di Infermieristica.

DI GIAIMO ANGELA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiera dal 1982. Esperienza ospedaliera ma soprattutto territoriale prevalentemente con attività di coordinamento. Abilitazione per Funzioni Direttive nel 1988, Master in Management Sanitario nel 2001. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche nel 2010. Dal 2010 libera professionista Consulente Organizzativo e Formatrice. Svolgo attività di Docenza da circa 25 anni in vari ambiti (Università, corsi ASA e OSS, Corsi formativi per personale sanitario). Sono in fase di continua formazione sia per il lavoro che svolgo sia per i vari corsi che frequento; prediligo le tematiche che mi sono più congeniali e l'approccio psico sociologico nella gestione delle organizzazioni. Attualmente sono Consulente presso Fondazione S. Chiara di Lodi come responsabile U.O. Servizio Infermieristico e svolgo, per il resto, attività di Formatore. Da due mandati faccio parte del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Brescia e, attualmente, sono membro delle Commissioni Etica e Territorio. Credo che gli Infermieri debbano costantemente essere protagonisti della loro professione e si debbano mettere in gioco su ambiti specifici e istituzionali, togliendosi dalla politica del lamento per proporsi invece come interlocutori privilegiati nei vari livelli organizzativi e non solo. Siamo una grande forza, forse

dobbiamo averne maggiore consapevolezza. Guardiamo avanti con professionalità, saperi e determinazione. Uniti e dalla parte dei cittadini, si vince sempre!

DO CINZIA MARINA

Professione: Infermiere

Candidato per: COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Curriculum: 1989: conseguimento del certificato di abilitazione alle funzioni direttive all'assistenza infermieristica.

1988: conseguimento del Diploma di maturità professionale per Assistenti di comunità infantili.

1987: conseguimento del Diploma di Assistente Sanitaria.

1984: conseguimento del Diploma di infermiera professionale.

Dal 2014 svolgo le funzioni di coordinatore infermieristico presso l'U.O. di cardiologia dell'ASST di Valcamonica; precedentemente ho ricoperto lo stesso ruolo nei reparti di medicina, chirurgia e ambulatori polispecialistici.

Dal 1997 sono docente di corsi presso la Facoltà di Infermieristica dell'Università degli Studi di Brescia e dal 2014 insegno a corsi OSS nell'area igienico-sanitaria e tecnico-operativa.

Attualmente sono uno dei Revisori dei Conti del Nostro Collegio.

GOINGS MARITA MAUD

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiera presso ASST Spedali Civili di Brescia (distaccamento montichiari) dal 2014 referente servizio dimissioni protette in possesso del titolo di studio: A/A 2010/2012 Laurea Specialistica/Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (Facoltà di Medicina e Chi-

rurgia dell'Università degli Studi di Brescia), A/A 2008 / 2009 Master di I Livello in Management nelle Organizzazioni Sanitarie, A/A 2007/2008 Master Universitario I livello in Infermieristica ed Ostetricia Legale e Forense presso l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Milano.

GUERRIERO GUGLIELMO

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Sono Tutor Professionale del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica, sede Fondazione Poliambulanza di Brescia, autore di pubblicazioni in ambito infermieristico e sociosanitario. Fino al 2011 Coordinatore Infermieristico dell'Ospedale Sant'Orsola di Brescia. Ho conseguito il Diploma di Infermiere Professionale nel 1991, la Laurea in Infermieristica presso l'Università di Verona nel 2002, la Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche presso l'Università di Brescia nel 2007. Consigliere Direttivo del Collegio nel triennio 2002-2005 e Coordinatore della rivista Tempo di Nursing nel 2009. Ho insegnato Evidenze in Infermieristica, presso il corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università di Brescia, e svolto attività di docenza e valutazione nella formazione professionale.

GUIDETTI LARA

Professione: Infermiere

Candidato per: COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Curriculum: coordinatore orlo urologia Desenzao del Garda.

MAGRI ANDREA

Professione: Assistente Sanitario

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Mi chiamo Andrea Magri, ho 25 anni e mi sono laureato in Assistenza Sanitaria a Novembre 2016. Ho iniziato fin da subito a lavorare nell'ambito della medicina del lavoro dove mi sono occupato di sorveglianza sanitaria, predisposizione delle cartelle sanitarie, organizzazione delle visite mediche, programmazione mensile delle attività ambulatoriali, raccolta dati riguardanti i lavoratori ed esecuzione di esami strumentali (audiometria, spirometria, ECG, visiontest), vaccinazioni, prelievi. Attualmente sto facendo un periodo di tirocinio presso il Centro Sanitario San Giovanni di Brescia. Le principali attività riguardano la gestione delle prenotazioni, appuntamenti dei medici, servizio di reception, accettazione e accoglienza dei pazienti, sistemazione ambulatori, esecuzione esami strumentali e prelievi.

MAZZACANI MICHELA

Professione: Infermiere

Candidato per: COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Curriculum: Laurea infermieristica nel 2002; 11/2002 - 08/2003 Infermiera in terapia intensiva polifunzionale; 09/2003 - 06/2007 Infermiera in reparto di medicina e lungodegenza; 07/2007 - 10/2013 Infermiera in blocco operatorio in qualità di nurce di anestesia; 12/2013 - 10/2015 Infermiera in punto prelievi ed assistenza a domicilio in libera professione; 06/2017 ad oggi infermiera libera professionista; 2016/2017 Corso Professione Formatori

MOZZANICA PATRIZIA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: diplomata nel 1981 e lavorata prevalentemente nel dipartimento cardio polmonare: rianimazione cardiocirurgica, nurse d'anestesia cardiocirurgica, emodinamica ed elettrofisiologia, cardiologia, ecocardiografia della cardiologia e nell'ultimo anno in poliocardiografia. Non ho conseguito altri titoli di studio, ma ho sempre lavorato in ambienti all'avanguardia sia in ambito tecnologico che assistenziale; ho contribuito alla creazione ed organizzazione del laboratorio di ecocardiografia.

PACE STEFANIA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Referente Area Organizzazione Direzione Infermieristica Fondazione Poliambulanza, Docente a contratto Università Cattolica del Sacro Cuore.

PADERNO MASSIMO

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiere Coordinatore presso la Fondazione Don Carlo Gnocchi di Rovato. Tesoriere del Consiglio Direttivo uscente. Master I° livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento. Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche. Docente e tutor nei corsi per la formazione degli operatori di supporto.

PAROLARI DANIELA

Professione: Assistente Sanitario

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: FORMAZIONE

Nata a Paternò il 18/07/1983 residente a Cedegolo (BS) - Via Nazionale 107. Mi sono laureata in Assistenza Sanitaria nell'Anno Accademico 2006/2007 e nell'Anno

Accademico 2015/2016 ho conseguito anche la Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione.

Esperienza professionale: Opero come Assistente Sanitaria dal 2009 e fino al 2015 mi sono occupata prevalentemente di Igiene e Medicina Preventiva nelle Comunità (ambito vaccinale, gestione malattie infettive, Medicina dei Viaggiatori e delle migrazioni e interventi di educazione alla Salute). Dal 13/07/2015 ad oggi opero come Tutor di tirocinio e docente dei Laboratori Professionali del 1° e del 2° anno per il Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria nell'ATS di Brescia. Fino al 2015 ho svolto anche attività di docenza per il corso di formazione aziendale "Re-training su BLS e PBLIS" dell'allora ASL di Brescia.

Capacità e competenze personali: Nel tempo libero mi occupo di programmazione e organizzazione di eventi culturali ed enogastronomici con e per il Comune di Padenghe.

PEDERCINI CHIARA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Attività attuale: Tutor della Didattica Professionale presso l'Università degli studi di Brescia, sezione di Chiari ASST Franciacorta con esperienza maturata di 9 anni

Curriculum formativo: Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, conseguito presso l'Università degli studi di Brescia; Master di 1° livello in Management per le funzioni di Coordinamento, conseguito presso l'Università Cattolica del S.Cuore, sede Fondazione Poliambulanza Brescia; Corso di alta formazione universitaria in Evidence Based practice conseguito presso l'Università degli studi di Bologna.

POCHETTI GIOVANNI

Professione: Infermiere

Candidato per: COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Curriculum: Nato 01/04/1970, coniugato, 2 figli; Infermiere dal 1995, con prima assunzione come ASA e poi infermiere in RSA; dall'aprile 1996 al settembre 1999 infermiere volontario in URUGUAY; dall'ottobre 1999 a tutt'oggi infermiere in riabilitazione presso Domus Salutis (BS) e fondazione "Don Gnocchi" a Rovato; ricoperti incarichi di referente operativo per la Qualità, Auditor Interno, infermiere Case Manager, assistente di tirocinio corso di laurea infermieristica. In possesso di Diploma Dirigente di Comunità, Master Infermiere Coordinatore, studi in scienze della formazione; cultore della materia e docente al corso di Educazione Terapeutica presso la facoltà di Infermieristica, sede di Chiari; docente di Igiene e infermeria presso CFP "Dedalo", (BS).

SIGURTA' FRANCESCO DONATO

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Diplomato nel 1995, nel 2014 master di management e coordinamento delle professioni sanitarie, infermiere dal '95 al 2003 presso Poliambulanza Lumezzane come strumentista ortopedia e chirurgia, dal 2003 al 2009 libera professione come strumentista, istruttore BLSD IRC, dal 2009 ad oggi responsabile servizio infermieristico Istituto Clinico Città di Brescia. Docente corsi 81/08, corsi ASA/OSS.

TOMASELLI LIDIA ANNAMARIA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiera dal 1983 e assistente sanitaria dal 1989. Laurea magistrale

in scienze infermieristiche e ostetriche nel 2007. Infermiera dirigente presso la Casa di Riposo di Manerbio. Consigliera del collegio IPASVI di Brescia, responsabile della commissione Etica.

ZANNI MONICA

Professione: Infermiere

Candidato per: CONSIGLIO DIRETTIVO

Curriculum: Infermiera in UTIC presso ASST Spedali Civili Brescia dal 1989

Diploma regionale di infermiera presso Paola Di Rosa, successiva laurea in Infermieristica presso università degli studi di Verona

Laurea in triennale e magistrale in scienza dell'educazione presso Università Cattolica sede di Brescia.

Componente del Consiglio Direttivo IPASVI BS nell'ultimo triennio e membro delle commissioni etica, formazione, territorio e rete dei servizi.

Come può essere migliorato il modello organizzativo del Nue 112 RETE DEL SOCCORSO, IL «NODO» PROFESSIONI

STEFANIA PACE - Consiglio Direttivo Ipasvi Brescia

Vorremmo tentare un'analisi con spirito propositivo esprimendo vicinanza per quanto accaduto a Valentina Ruggiu. «È questo racconto è perché nessun altro padre, marito o figlio, nessun altro amico o cugino, possa morire con una voce che ti dica "Rimanga in attesa"» (09/08/17 La Repubblica). È una lezione profonda per le professioni del soccorso pubblico: ha riportato al centro la mission di un sistema integrato di sicurezza. Già in Lombardia nel 2013, avvenne un caso simile a quello che ha causato la morte del papà della giornalista. Si doveva rivedere allora l'attuazione di questo modello organizzativo del Nue 112 e non solo ora, come affermato dal presidente della Regione Toscana. Si registra una risposta non competente in un momento delicato e unico, come la chiamata di emergenza. Valentina ci riporta ai contenuti innovativi di una tesi di Laurea in Scienze Strategiche nell'ambito del 112 Nue» del collega infermiere di Torino, Stefano Agostinis, ove

si legge che mai il richiedente dovrebbe sentirsi dire «attenda che le passo...» Della Catena del Soccorso universalmente riconosciuta che se ne è fatto? In Italia abbiamo circa 800 centrali operative di emergenza. Costi e organizzazione non sono più sostenibili. Ne basterebbero meno di 50, ma interforze, integrate e interconnesse, bilanciate in base ad epidemiologia di eventi e caratteristiche territoriali. Il Collegio infermieri della provincia di Brescia, fu tra i primi ad accorgersi dell'anomalia di un modello organizzativo anacronistico, con un'analisi che si sta avverando ovunque tale modello si attivi. Con tutte le attività a disposizione, ha sostenuto e vuole sostenere (offrendo disponibilità alla stesura e realizzazione progettuale) le rappresentanze delle altre due componenti del Soccorso pubblico: Vigili del fuoco e Polizia di Stato. I vantaggi funzionali, strutturali ed economici di un sistema integrato di sicurezza che comprenda le centrali operative interforze afferenti al Nue 112, sono noti e di tendenza europea. Il Collegio di Brescia è tra i Collegi lombardi che hanno presentato ricorso al

Tar in quanto nelle centrali operative del soccorso sanitario si è introdotto un passaggio in più (il secondo dopo quello del Nue 112), ovvero la presenza di operatori non professionisti, che svolgono la funzione di triage telefonico, che per legge è di competenza infermieristica con esperienza e alta formazione. Occorrono coscienza, consapevolezza, appropriatezza, competenza e autorevolezza nei confronti del cittadino. Ancora poco si scrive di questi valori che devono essere propri delle professioni operanti nel contesto discusso. La «moda» di professionalizzare figure che non esistono giuridicamente è lesivo in primis della nostra Carta costituzionale. L'aspetto tecnologico, non è la «pezza» e la sostituzione delle professionalità. Che vi sia la necessità di rivedere la formazione accademica e le modalità operative del personale dei tre enti citati, rendendole trasversali, è ormai una necessità intrinseca a una riforma del soccorso pubblico non più procrastinabile. Il Nue 112 è una

opportunità che con un modello organizzativo all'altezza può diventare la spina dorsale del sistema integrato di sicurezza oggi costantemente in affanno. La sicurezza è il vanto dei paesi che la pongono al primo posto come obiettivo di sviluppo. Di fronte a una sanzione europea non siamo stati capaci di presentare un progetto di sistema integrato di sicurezza che avrebbe avuto un ritorno finanziario utile a far evolvere il sistema. Al Governo il compito di bandire una selezione nazionale di esperti veri, delegati da ogni compromesso. Una tempesta di cervelli seria che produca, anche «copiando» dal migliore e reale sistema integrato di sicurezza, un sistema evoluto. Allo stesso modo la politica (anche professionale), faccia emergere le testate d'angolo e non le sabbie facilmente «mobili». Abbiamo bisogno di persone prima di tutto. Altrimenti perdiamo tutti. Per non dimenticare quanto accaduto a Valentina. E ad altri che non hanno voce.

Non è ammissibile che un cittadino in difficoltà debba «restare in linea»

GIORNALE DI BRESCIA
Mercoledì 13 settembre 2017

La «filiera» della cura fra volti e testimonianze per dare voce alle idee

Il convegno

Sabato Aps e Ipasvi presentano lo studio sulla «continuità» tra ospedale e territorio

■ Non numeri ma persone. Parte da questo approccio metodologico il progetto di ricerca - condotto dallo Studio Aps e dai Collegi Ipasvi di Brescia e Milano - che verrà presentato durante il convegno «Ricompone la frammentazione nel prendersi cura: risultati di una indagine qualitativa sulla continuità tra ospedale e territorio». L'appuntamento è alle 8 di sabato nella sala convegni della Camera di commercio. Attraverso l'incontro ravvicinato con gli assistiti, il team di

ricerca, composto da professionisti e ricercatori, ha voluto identificare gli aspetti che incidono negativamente sulla continuità dei processi curativi e assistenziali, processi che prevedono sia il coinvolgimento di più enti e di molteplici figure assistenziali sia l'intervento dei caregivers, rendendo il panorama frammentario, composto da realtà che agiscono in modo autoreferenziale e, a volte, conflittuale. «Abbiamo selezionato dodici casi sul territorio di Brescia, Milano e Bologna, età diverse, maschi e femmine - spiega Angela Di Giaimo, docente formatore e coordinatore infermieristico - e abbiamo proposto loro un'intervista. La narrazione ci ha fatto scoprire dimensioni inaspettate, tanti modi di vivere la malattia. Solo con l'ascolto e l'analisi

si possono capire i bisogni».

Queste interviste hanno evidenziato situazioni di scollamento tra l'assistito, i suoi familiari (a sua volta il contesto familiare può incidere sulla continuità della cura) e le istituzioni, oltre a difficoltà di tenuta dei percorsi assistenziali e problemi di personalizzazione delle cure. «Va ripensato il sistema sanitario, orientandolo a un'integrazione di competenze, facendo rete e - conclude Stefania Pace, presidente del Collegio Ipasvi Brescia - garantendo una continuità assistenziale con la figura, per ora sulla carta, dell'infermiere di famiglia, anello di congiunzione tra ospedale e territorio». Il convegno è aperto a tutti (per iscrizioni www.ipasvibs.it). // L. N.

GIORNALE DI BRESCIA
Mercoledì 13 settembre 2017



Prendersi cura: il dibattito è aperto

Quali sono gli aspetti che incidono negativamente sulla continuità dei processi curativi ed assistenziali dei malati? Una domanda che si sono posti i collegi Ipasvi di Brescia e Milano. I risultati della ricerca, condotta con lo Studio Aps, saranno il cuore del convegno organizzato dal collegio degli infermieri di Brescia per sabato alla Camera di Commercio di Brescia. «Ricompone la frammentazione nel prendersi cura: risultati di una indagine qualitativa sulla continuità fra ospedale e territorio» metterà in luce le esigenze di 12 assistiti di Brescia, Milano e Bologna nel loro cammino verso un percorso di cura senza intoppi. Lo

studio ha evidenziato situazioni di scollamento tra assistito e familiari e il macro contesto delle istituzioni che lo hanno in carico. Un esempio è quello di una totale mancanza di comunicazione tra la persona in cura e i suoi operatori di riferimento a fronte dell'alta qualificazione delle risorse e dei professionisti messi a disposizione oppure l'abitudine di una comunicazione meramente prescrittiva senza spiegazioni. I dati raccolti hanno rivelato inoltre che il contesto familiare dell'assistito può incidere sulla continuità della cura e che manca una comprensione adeguata del significato che la malattia assume per il malato stesso. Per il collegio Ipasvi bisogna allora ripensare il sistema sanitario orientandolo a un'integrazione di competenze tra diversi professionisti trasformando il carattere dispersivo degli enti socio-sanitari in una rete. «Nell'ottica di un'assistenza sanitaria che punti alla prevenzione e renda l'assistito sicuro dovrebbe essere implementato — sottolinea il collegio — il cosiddetto Chronic care model, una struttura organizzativa che promuova una cura non soltanto reattiva ed erogata dai professionisti sanitari ma anche proattiva e di autosostegno». (s.g.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RICERCA. Una figura nuova da definire. Sabato convegno a Brescia

Gli studi promuovono l'infermiere di famiglia

I dati raccolti evidenziano come il contesto domestico possa incidere in maniera positiva sulle cure prestate

La figura dell'«infermiere di famiglia» potrebbe diventare l'anello di congiunzione ora mancante fra ospedale e territorio, per aiutare nella gestione della cronicità. Su questo stanno lavorando i Collegi infermieri lombardi, fra cui quello di Brescia. «La previsione della legge regionale di riordino del sistema sanitario pone le basi di questo nuovo servizio, anche se la figura dell'infermiere «di famiglia» non è ancora ben definita e rimane al momento sulla carta – spiega Stefania Pace, presidente Collegio Ipasvi Brescia -. Siamo all'inizio: l'obiettivo è promuovere ed implementare il servizio dell'infermiere di famiglia in tutta la Regione». L'importanza di una figura di «regia», che sia baricentrica fra territorio e ospedale, è confermata dalla ricerca qualitativa «Storie di malattie e presa in carico: sviluppo di modelli organizzativi per la continuità della cura», realizzata da Studio Aps e Collegi Ipasvi di Brescia e Milano, che sarà presentata sabato 16 settembre dalle 9 nella sala conferenze della Camera di Commercio, in occasione del con-



Da sinistra Fulvio Lonati, Stefania Pace e Donatella Albini

vegno «Ricompone la frammentazione nel prendersi cura: risultati di una indagine qualitativa sulla continuità fra ospedale e territorio», promosso da Ipasvi Brescia.

LA RICERCA, che ha coinvolto 12 pazienti nei territori di Brescia, Milano e Bologna, ha messo a fuoco i vissuti delle persone, evidenziando uno scollamento fra la micro-realtà di cura e di vita del paziente e il macro-contesto delle istituzioni che hanno in carico la persona. Pur a fronte dell'alta qualificazione di risorse e professionisti, si è riscontrata talora una totale mancanza di comunicazione tra il paziente e gli operatori di riferimento e l'abitudine

di una comunicazione meramente prescrittiva. I dati raccolti hanno rivelato che il contesto familiare dell'assistito, diverso da caso a caso, può incidere sulla continuità della cura. «Bisogna ripensare il sistema sanitario - spiega Pace, affiancata dalla delegata del sindaco per la sanità, Donatella Albini, da Angela Di Giaimo, docente formatore e Fulvio Lonati presidente di Aprire -, orientandolo a un'integrazione di competenze tra i diversi professionisti della salute -: un punto di forza sarà rappresentato dalla collaborazione stabilita a Brescia con l'Ordine dei Medici - e trasformando il carattere dispersivo degli enti socio-sanitari in una rete». • **L.I.C.E.**

Bresciaoggi

Mercoledì 13 settembre 2017

ESINE. La scelta di Impronta camuna per il suo nuovo riconoscimento

La sanità valligiana? Un servizio da premio

Medici e infermieri ricevono un «grazie» speciale

È stato soprattutto un riconoscimento a una storia di umanità ed eccellenza assistenziale quello consegnato nei giorni scorsi nella cornice dell'ospedale di Esine: una affollatissima sala convegni dell'ospedale ha fatto da sfondo alla cerimonia di assegnazione del nuovo premio «Impronta camuna», un istituto ideato da Roberto Bontempi, presidente dell'associazione omonima che raccoglie i camuni che hanno lasciato la valle per la città.

QUESTA volta l'attenzione del gruppo si è focalizzata sull'Azienda sociosanitaria

territoriale di valle, e il premio, una scultura dell'artista Marco Bontempi raffigurante l'antico cavaliere camuno, ha voluto sottolineare soprattutto l'impegno dei quasi 1200 collaboratori delle strutture sanitarie valligiane: un piccolo esercito in larga parte operativo molto prima dell'entrata in vigore della riforma sanitaria regionale.

Il «grazie» è stato consegnato da Bontempi al direttore generale dell'Asst, Raffaello Stradoni, affiancato in questa occasione da due responsabili della direzione strategica, Maria Assunta De Berti e Marcello Acciaro, e dal diret-

tore del dipartimento di Prevenzione veterinaria Giancarlo Battaglia. Nel suo intervento introduttivo Roberto Bontempi ha motivato la scelta ricordando che «gli operatori della sanità della valle si prendono carico ogni giorno instancabilmente dei malati, offrendo loro soprattutto conforto e speranza e distinguendosi per l'alto livello di preparazione, per l'attenzione e per la dedizione verso tutti, rappresentando una risposta efficace alle sofferenze dei pazienti e un sostegno ai loro familiari».



La consegna del premio di Impronta camuna ai vertici dell'Asst

Bresciaoggi

Mercoledì 13 settembre 2017

Recensione

a cura della Redazione

Filosofia della cura

Luigina Mortari

La cura è un atto culturale e non esiste vita senza cura. Eppure, nella pratica è continuamente svilita: i medici prescrivono terapie e gli infermieri le somministrano senza più prendersi il tempo di stabilire una relazione vera con il paziente, costretti dai tagli di bilancio a sacrificare l'empatia all'efficienza, a stare dentro i tempi dettati dal mercato del lavoro. «L'attenzione è un gesto cognitivo primario. E quando è appassionata, concentrata sull'altro - afferma Luigina Mortari - niente la può smuovere. Diventa anche un gesto etico. Tenere l'altro nel proprio sguardo è il primo gesto di cura». Esistono cose essenziali per la vita umana. La cura rientra nell'ordine delle cose essenziali, perché per dare forma al nostro essere possibili dobbiamo aver cura di noi, degli altri e del mondo.

Il nostro modo di stare con gli altri nel mondo è intimamente connesso con la cura che abbiamo ricevuto e con le azioni di cura che mettiamo in atto. Siamo quello che facciamo e quello di cui abbiamo cura. È irrinunciabile aver cura della vita, per conservarla nel tempo, per farla fiorire e per riparare le ferite dell'esserci. Poiché la vita umana è fragile e vulnerabile, il lavoro di cura è intensamente problematico; il primo compito di una filosofia impegnata a cercare la misura di senso dell'esperienza consiste dunque nel prendere in esame il fenomeno della cura al fine di comprenderlo nelle sue qualità essenziali.



«La cura è non è un sentimento o un'idea ma un atto, perché è qualcosa che si fa nel mondo in relazione con altri. E se - conclude Mortari - gli esseri umani 'sono ciò che vanno facendo', allora si può dire che il modo di fare la cura rivela il modo di essere».

Filosofia della cura

Luigina Mortari

Raffaello Cortina Editore, 2015

225 p.

L'autrice

Luigina Mortari è professore ordinario all'Università di Verona, dove dirige il Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia.

Insegna Epistemologia della ricerca qualitativa alla Scuola di Medicina e Chirurgia della stessa università.

Da tempo si occupa di teoria e pratica della cura, tema sul quale ha pubblicato studi di carattere sia teoretico sia empirico.

Ha raccolto oltre 400 storie di infermieri e ostetriche, alcune delle quali sono state presentate in occasione dei convegni organizzati dal Collegio IPASVI di Brescia.

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. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

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 chiara-

mente 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).

È 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 IPAS.VI. di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194
www.ipasvibs.it - info@ipasvibs.it

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 72/2017

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Comitato di redazione: Silvia Chiari, Angela Chiodi, Roberto Ferrari, Milena Guarinoni, Carla Noci, Nadia Regonasi, Valeria Rosa, Marco Torriani, Donigi Tortelli, (Coord. Stefano Bazzana)

Hanno collaborato a questo numero: Stefania Pace, Marco Torriani, Silvia Chiari, Stefano Bazzana, Roberto Ferrari, Rainiero Rizzini

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:

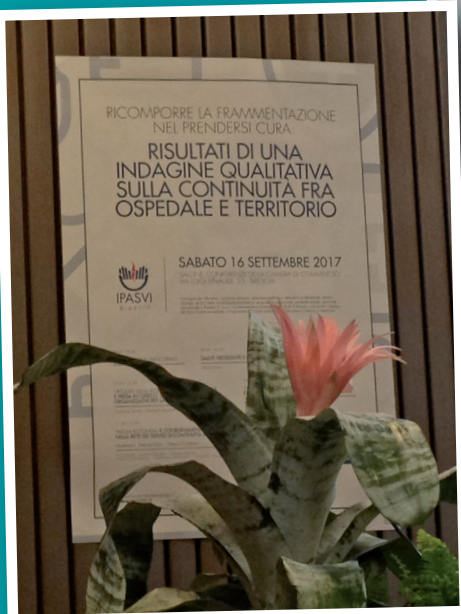
La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

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

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



Proclamazione dei primi 24 formatori certificati Ipasvi Bs



Si è conclusa positivamente sabato 23 settembre la prima edizione del Corso Pro.F a cura dell'Accademia Ipasvi Brescia. Abbiamo festeggiato gli ottimi risultati dei primi 24 formatori "laureati" da Ipasvi Brescia che hanno ottenuto la certificazione europea Formazione Formatori. Con il discorso di rito e bacio accademico a ciascuno è stata consegnata una pergamena unitamente all'attestato ECM (50 crediti) e al diploma regionale riportante la certificazione "Profilo professionale Formatore".



Collegio IPASVI Brescia
Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA
Tel. 030.291478 - Fax 030.43194 - info@ipasvibs.it
www.ipasvibs.it

