

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 60, Ottobre 2011

www.ipasvibs.it

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Brescia.

1 EDITORIALE

Dall'etica dei principi all'etica della responsabilità
di **Stefano Bazzana**

3 FOCUS

Etica e professione infermieristica: un percorso metodologico
per l'analisi dei dilemmi etici
di **Luca Maffei**

Il limite massimo dell'amore
di **Lorena Cazzoletti**

Un caso di conflitto di valori in due atti
di **Loredana Affò**

Con te o contro di te. Un dilemma morale
di **Anna Iannelli**

Il peso delle decisioni del singolo infermiere all'interno della
gerarchia dell'unità operativa
di **Nadia Regonaschi**

Etica nella ricerca in Europa
di **Gianluca Raineri e Laura Fanetti**

34 OSSERCATORIO

Brevi dal coordinamento
a cura della **Redazione**

35 COMUNICAZIONI del COLLEGIO

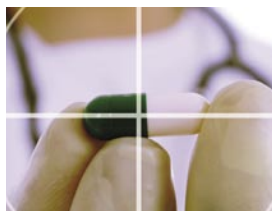
...e con questo sono 60!
a cura di **Moreno Crotti Partel e Marina Bertoli**

Candidature elezioni 2012-2014
a cura del **Consiglio Direttivo**

45 NonSoloLibri

La scuola della vita
di **Carla Noci**

Sommario



EDITORIALE

Dall'etica dei principi
all'etica della responsabilità
di Stefano Bazzana

Pag. 1

L'etica professionale come "render-si conto" e "rendere conto" va composta con l'etica del sistema (sanitario, economico, sociale...) per dare valore alla persona, al lavoro, alla qualità della vita.

Pag. 1



FOCUS

Etica e professione
infermieristica

Pag. 3

Etica e professione infermieristica:
un percorso metodologico per l'analisi dei dilemmi etici
di Luca Maffei

Pag. 3

Il limite massimo dell'amore
di Lorena Cazzoletti

Pag. 7

Un caso di conflitto di valori in due atti
di Loredana Affò

Pag. 11

Con te o contro di te.
Un dilemma morale
di Anna Iannelli

Pag. 16

Il peso delle decisioni del singolo infermiere all'interno della
gerarchia dell'unità operativa
di Nadia Regonasci

Pag. 20

Etica nella ricerca in Europa
di Gianluca Raineri e Laura Fanetti

Pag. 24



Brevi dal Coordinamento
A cura della Redazione

Pag. 34

Pag. 34



COMUNICAZIONI

a cura della Redazione

Pag. 35

Valutazione dei dati di customer satisfaction 2011 delle
pubblicazioni IPASVI-BS:
Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News
di Moreno Crotti Partel e Marina Bertoli

Pag. 35

Candidature elezioni 2012-2014
a cura del Consiglio Direttivo

Pag. 39



NONSOLOLIBRI

Pag. 45

La scuola della vita. Manifesto per la terza formazione
di Carla Noci

Pag. 45

Dall'etica dei principi all'etica della responsabilità

di Stefano Bazzana

In questo momento di trapasso epocale l'etica professionale come "render-si conto" e "rendere conto" va composta con l'etica del sistema (sanitario, economico, sociale...) per dare valore alla persona, al lavoro, alla qualità della vita. Per imprimere una nuova direzione all'esistenza di ciascuno e alla società di domani

Parlare di etica della responsabilità e di dilemmi etici in questo periodo di profonda e drammatica crisi mondiale mi ha portato ad intrecciare la dimensione professionale con la dimensione sociale ed economica.

Secondo il sociologo Prandstraller le professioni si accingono a diventare vere e proprie forze sociali, e la presenza di un'etica atta a regolare i comportamenti dei membri è importante per definire la loro identità. Il lavoro professionale è quello che più conta, che più incide sui meccanismi di una società -come la nostra- la cui produzione è fondamentalmente basata sulla conoscenza tecnico-scientifica. Conseguenza logica vorrebbe che il peso assunto dal lavoro professionale in una tale società conferisse un elevato

ruolo sociale ai professionisti che lo attuano.

Anche a livello internazionale le responsabilità professionali si giocano su uno sfondo ormai ridisegnato. Gli infermieri si muovono in un contesto fortemente segnato dal fattore economico e dalle sue profonde contraddizioni. Sono sempre più sensibili alle esigenze del villaggio globale e consapevoli, come cittadini e professionisti, che la crisi può essere un'opportunità per imprimere una direzione diversa alla vita di ciascuno e a quella sociale.

Deve far riflettere la paradossale situazione sanitaria mondiale, in quanto influenza il dibattito bioetico, le scelte dei sistemi sanitari e, in definitiva, le decisioni nella pratica clinica quotidiana. I paesi che hanno raggiunto un livello di benessere globale (e quindi anche sanitario) sono un quinto della popolazione mondiale e spendono migliaia di milioni in profumi, cibi per cani, tele-

fonini e automobili. Queste nazioni consumano nove decimi delle risorse del pianeta, mentre i loro vicini muoiono di fame, morbillo e lebbra. Secondo padre Alex Zanotelli, il nostro paese poteva recuperare circa 60 miliardi di euro (più della durissima manovra finanziaria) semplicemente evitando di aumentare le spese militari nei prossimi 10 anni!

Sappiamo che uno dei più importanti principi etici è quello di giustizia e un esempio è la giustizia distributiva (equità): come un infermiere deve saper “distribuire” secondo i bisogni dei suoi assistiti i minuti di assistenza nell’arco di un turno di lavoro, così un sistema sanitario dovrebbe essere in grado di rispondere a ciascuno, ovvero secondo i bisogni di salute dei propri cittadini.

Il Consiglio d’Europa, quasi a voler sancire quanto sopra, dichiara che, la “responsabilità essenziale dell’infermiere è di assicurare un’assistenza personalizzata e globale all’individuo, alla famiglia, alla comunità”. Ora, se riflettiamo sui termini che sono contenuti in questa definizione ci possiamo rendere conto di quale sia la sua portata etica, e di come questa recuperi il senso più autentico della nostra professione.

L’infermiere, infatti, non è più solo incaricato di eseguire le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, ma è anche colui che, stando accanto al malato o al morente, quotidianamente, ne rileva i bisogni in ambito fisico, psicologico e sociale, diventandone l’interprete responsabile di fronte all’equipe sanitaria. È inoltre sempre più evidente il ruolo di contatto e mediazione che esplica nei confronti dei familiari, soprattutto nelle cure di fine vita. Può capitare, infine, che anche di fronte alle terapie e agli interventi di decisione medica egli possa e debba avanzare obiezioni di coscienza ad esempio di fronte al problema della interruzione volontaria di gravidanza, dell’accanimento terapeutico o della prassi abusiva dell’eutanasia, tanto per citare alcuni casi etici trattati in questo numero. Il nostro Codice deontologico è molto chiaro sia nell’opporci ad interventi non proporzionati alla condizione clinica dell’assistito (art. 36) sia nel trattare il tema dell’eutanasia. L’art. 38 recita infatti “L’infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall’assistito”. In molti altri casi, non regolamentati da specifiche leggi, l’infermiere potrà avvalersi della “clausola di coscienza” come previsto dall’art. 8 del Codice stesso.



Alcune di queste situazioni critiche sono identificabili come dilemmi etici, che implicano capacità di discernimento e la conseguente presa di decisioni etiche. L’Infermiere è chiamato a perseguire il miglior bene possibile per la persona e a rispondere con competenza, tempestività e responsabilità, attraverso un’ottica positiva di quest’ultima.

Nelle pagine che seguono, il lettore potrà trovare alcuni elementi utili per questo discernimento, nella consapevolezza dell’intreccio fra la dimensione etica personale e la dimensione strutturale o sistemica. L’etica professionale come “rendersi conto” e “rendere conto” va rapportata infatti all’etica del sistema (sanitario, economico, sociale...) per dare valore alla persona, al lavoro, alla qualità della vita. A partire da noi stessi, dalla nostra professione e... per un nuovo orizzonte culturale e sociale.

Etica e professione infermieristica: Un percorso metodologico per l'analisi dei dilemmi etici

A cura di Luca Maffei *

“**L**’Infermiere si attiva per l’analisi dei dilemmi etici vissuti nell’operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all’approfondimento della riflessione bioetica.”

(art. 16 Codice Deontologico dell’Infermiere – 2009)

Nell’ambito clinico assistenziale le considerazioni di natura etica assumono una speciale rilevanza soprattutto quando si è chiamati a scegliere cosa dovrebbe essere fatto tra le molte cose che possono essere fatte per il paziente nella specifica situazione clinica. Se, fino a poco tempo fa, erogare una “buona assistenza infermieristica” o una “buona medicina” significava portare il maggior beneficio al paziente (riesaminando i propri comportamenti allo scopo di basarli su prove di efficacia), oggi l’intervento sanitario non può più essere deciso solo dai professionisti sanitari, ma deve essere innanzitutto concordato con il Paziente che è persona autonoma e capace di determinare le proprie scelte. L’Etica, ma ancor di più la bioetica, intesa come

“lo studio sistematico del comportamento umano nell’ambito delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale comportamento è esaminato alla luce dei valori e dei principi morali” (Van Potter, 1971), fornisce un Metodo per trovare risposte ai nuovi problemi che scaturiscono dalla relazione tra professionista sanitario e paziente. Negli ultimi anni, sono stati predisposti diversi metodi per l’analisi etica e la presa di decisioni nella pratica clinico-assistenziale.

Ma, prima di descrivere alcuni di questi metodi è essenziale una premessa: per poter assumersi la responsabilità di decisioni, spesso difficili, l’Infermiere in aggiunta a una buona preparazione ed esperienza dev’essere portatore di una elevata maturità morale. Infatti una professione, che

ha il compito di far crescere la società attraverso interventi di natura preventiva, curativa e riabilitativa/palliativa, ha bisogno di avere operatori la cui professionalità sia la sintesi di una solida maturità personale e professionale.

La qualità delle decisioni del singolo infermiere è sì determinata dalle norme di riferimento e dal Codice Deontologico, ma dipende innanzitutto dalla sua maturità etica. L'infermiere è infatti un Agente Morale, cioè una persona che compie scelte di natura etica poiché il suo agire è condizionato, ma non del tutto determinato, dalle disposizioni che riceve, dall'organizzazione del lavoro e dalle richieste degli altri professionisti. Tornando all'analisi etica è opportuno ricordare che il primo passo da compiere, in una determinata situazione clinico-assistenziale, è quello di stabilire se oltre ai problemi tecnico-professionali, siano in gioco anche valori morali. Un atto o una situazione diventano moralmente significativi quando sono in gioco valori morali. L'analisi etica diviene indispensabile, non soltanto quando si tratta di distinguere il bene dal male e il giusto dall'ingiusto, ma anche e soprattutto quando due valori entrambi moralmente accettabili non possono essere contemporaneamente scelti perché, in una determinata circostanza, configgono fra loro; emergono così i problemi ed i dilemmi etici.

Un problema etico nasce quando si tratta di decidere ciò che si deve fare per un paziente in una determinata situazione clinica.

Un dilemma etico nasce invece quando si è costretti a scegliere tra due valori che, pur essendo entrambi eticamente accettabili, sono in conflitto

tra loro.

Secondo M.D.M. Fowler (1987) *“Esiste un metodo per analizzare e valutare una situazione, scegliendo un'azione, agendo e poi rivalutandola. Tuttavia bisogna fare attenzione. Nel prendere una decisione, anche con un metodo di analisi e di valutazione di un dilemma morale, le scelte etiche rimangono difficili per la natura perché ci impongono doveri ed esigenze conflittuali o ci offrono alternative che sembrano ugualmente insoddisfacenti.... Tuttavia un metodo per prendere una decisione etica ci può fornire una guida generale per una considerazione riflessiva dei problemi morali”*.

Una riflessione su un problema etico impone le seguenti fasi:

1) Esaminare attentamente la situazione per stabilire se vi siano fatti moralmente rilevanti

Non tutte le situazioni cliniche offrono fatti moralmente rilevanti; d'altra parte in una stessa situazione clinica vi possono essere diversi fatti moralmente rilevanti.

2) Valutare il problema etico

Significa esaminare i valori morali che sono in gioco, stabilire una scelta di priorità fra i diversi valori e riflettere se vi sono conflitti di valori e di principi etici.

3) Identificare ed analizzare le diverse azioni alternative

Ciò significa identificare le varie soluzioni possibili di un problema, stabilire quale o quali valori meritino la priorità e prevedere, nei limiti del possibile, quali sarebbero le conseguenze, quali i benefici o i danni per il paziente di ogni azione alternativa.

4) Scegliere ed agire

Sulla base della valutazione etica del dilemma, scegliere un piano di azione ed agire.

5) Valutare e modificare il piano d'azione

Ciò significa valutare i risultati dell'azione effettuata e valutare se lo stesso dilemma etico potrebbe essere evitato in futuro.

Un altro approccio metodologico per l'analisi etica è quello suggerito dal bioeticista S.Spinsanti. Secondo questo autore e specialista in materia il metodo più efficace per l'analisi etica è quello del confronto con i casi clinici, in quanto i professionisti della sanità preferiscono partire dalla prassi piuttosto che da considerazioni di tipo teorico, filosofico-storico o in ogni caso di natura accademica. La griglia di analisi proposta da Spinsanti, di seguito riportata, non offre soluzioni preconfezionate ai dilemmi etici, ma



è finalizzata all'apprendimento di un metodo di elaborazione delle proprie osservazioni al fine di valutare e prendere decisioni. La griglia assicura

inoltre che non vengano trascurate delle dimensioni essenziali nell'analisi del caso clinico. Lo strumento proposto ha come specificità la

Griglia per l'analisi dei casi clinici

I. Il comportamento obbligato

A che cosa siamo tenuti:

- per legge?
- per deontologia professionale?
- per regolamenti e normative aziendali

Verifica: quali conseguenze medico-legali (penali/civilistiche) o deontologiche possono derivare dal comportamento in questione?

II. Il comportamento eticamente giustificabile

La difesa del minimo morale

1. evitare ciò che nuoce o danneggia il paziente (principio di non maleficità):
 - il paziente potrebbe ricevere un danno per la salute o per la sua integrità dal trattamento previsto?
 - si sta omettendo un intervento che potrebbe impedire un abbreviamento della vita del paziente o un danno permanente?
2. Opporsi a discriminazioni e ingiustizie (principio di giustizia):
 - In una società giusta tutte le persone meritano uguale considerazione e rispetto. In questo caso il paziente è discriminato per motivi di ordine ideologico, sociale, razziale o economico?
 - esistono considerazioni di ordine sociale (aziendale) che inducano ad affare al paziente un livello di assistenza medico/infermieristica inferiore a quanto clinicamente appropriato?

La promozione del massimo morale

3. L'orientamento al bene del paziente (Principio di beneficenza)
 - sulla base della diagnosi e della prognosi (o degli esiti), quali trattamenti medici, scientificamente corretti, si possono proporre?
 - tali trattamenti influenzano positivamente la prognosi nel caso specifico?
 - come vengono valutati rispettivamente i benefici ed i danni?
 - esistono alternative terapeutiche? Ognuna di queste alternative quali aspetti potrebbe comportare (abbreviazione della vita, sofferenze fisiche e morali, peggioramento dello stato di benessere)?
4. Il coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano (principio di autonomia):
 - chi prende la decisione diagnostico-terapeutica (il medico, la famiglia del malato, il malato stesso)?
 - se decide il malato, attraverso quale processo informativo è stato messo in grado di decidere (semplice presentazione delle alternative, modulo scritto da firmare, calde raccomandazioni di aderire al progetto terapeutico)?
 - cosa si conosce del sistema dei valori del paziente e del suo atteggiamento nei confronti dei trattamenti medici (intensivi, di rianimazione, palliativi, conservativi)?
 - il paziente è stato informato circa i trattamenti proposti, i rischi ed i benefici potenziali e le possibili alternative?
 - è stata offerta al paziente la possibilità di avere un secondo parere?
 - se il paziente non può essere coinvolto nella valutazione e nella scelta, chi può fare le veci del paziente nel prendere le decisioni?

III. Il comportamento eccellente

Riferendoci al "quadrilatero della soddisfazione" possiamo ottenere che le persone coinvolte nel trattamento del caso (professionisti, pazienti, familiari, autorità sanitarie) raggiungano la posizione della "giusta soddisfazione" (o almeno della "giusta insoddisfazione")?

giustamente soddisfatto
ingiustamente soddisfatto

giustamente insoddisfatto
ingiustamente insoddisfatto

preoccupazione di inserire organicamente la giustificazione etica del comportamento in ambito sanitario in un contesto più ampio, che includa i vincoli legali e deontologici “*il comportamento obbligato*”, (con riferimento sia alla normativa che regola l’esercizio professionale, sia agli specifici codici deontologici dei professionisti sanitari). Inoltre, promuove la ricerca di un modello di intervento sanitario che sia accettabile non solo in astratto “*il comportamento eticamente giustificabile*” (difesa del minimo morale – cioè rispetto dei principi di non maleficità e giustizia – e promozione del massimo morale – cioè rispetto dei principi di beneficenza e autonomia), ma in concreto e agli occhi dell’assistito “*il comportamento eccellente*” (cioè la qualità percepita dall’utente delle prestazioni ricevute).

Bibliografia

- A cura di A. Silvestro, Commentario al codice deontologico dell’infermiere 2009, Mc Graw Hill, Milano, 2009;
- C. Iandolo, L’etica al letto del malato, Armando editore;
- C. Cortese, A. Fedrigotti, Etica infermieristica, sviluppo morale e professionalità, Sorbona Editore;
- M.D.M. Fowler, Introduction to Ethics and Ethical Theory: a Road Map to the Discipline, in M.D.M. Fowler – J. Levine Ariff;
- S. Spinsanti, Bioetica e nursing. Pensare, riflettere, agire, Mc Graw Hill, Milano, 2001;
- P. Gobbi, Il percorso metodologico per l’analisi e la risoluzione delle questioni etiche, 9° corso multi professionale di nursing Firenze 2008, G. Gerontol, 2008;56:301-308.

* *Infermiere. Responsabile Servizio Qualità Azienda Ospedaliera “Mellino Mellini”. Chiari*



Il limite massimo dell'amore

A cura di Lorena Cazzoletti *

Ho percorso lentamente il corridoio del reparto fino a fermarmi davanti alla porta semichiusa di una stanza di degenza.

Attraverso lo spiraglio l'ho vista.

Era seduta accanto al letto di suo figlio e gli accarezzava la mano, inghiottendo lacrime e disperazione.

Un ragazzo giovane, immobile nel labirinto di tubicini che invadono il suo corpo.

Sembrava dormire, cullato dal suono ritmico e monotono del monitor, sullo schermo del quale una linea verde saltellava regolarmente.

Il tubo che usciva dalla sua bocca rendeva, però, tutta la gravità della situazione; da nove mesi, in seguito ad uno spaventoso incidente in moto, il ragazzo *"dormiva"* e lo farà per sempre, perché il danno cerebrale provocato è troppo grande per poter sperare in un suo *"risveglio"*.

Stamattina sua madre ha chiesto di me ad un'infermiera.

Quando l'ho raggiunta nella stanza, si è alzata dalla sedia accanto al letto, mi ha rivolto un sorriso riconoscente e mi ha indicato il piccolo divano dicendo:

"Grazie per essere venuta, ho bisogno di un po' del suo tempo...e di lei."

La stanza, ben illuminata, non è molto grande, quanto basta a contenere un letto, un tavolino, un paio di sedie ed un divanetto. Sulla parete di testa alcune mensole sostengono diverse apparecchiature elettromedicali in funzione.

Nella camera c'era ordine ed un leggero profumo di talco.

La donna non è molto alta i capelli scuri, con qualche filo bianco, erano trattiene da un fermaglio e la maglia beige che indossava, faceva risaltare maggiormente le occhiaie scure

sul viso pallido.

"Mi dica pure", l'ho invitata cercando di mostrare una disponibilità che il tempo tiranno avrebbe voluto limitare.

Con una tranquillità che, all'inizio, mi è parsa innaturale, mi ha raccontato di suo figlio. Una storia di cui non conoscevo i dettagli, i risvolti, gli angoli più intimi e nemmeno i più bui.

Ascoltarla è stato toccante.

Dalla sua voce, quasi piatta, non trasparivano emozioni, parevano taciute, nascoste, raffreddate.



‘Forse per spirito di sopravvivenza’ mi son detta. Poi, lentamente, il controllo forzato e schiacciante ha iniziato a sgretolarsi, lasciando intravedere uno scenario nuovo, inesplorato, dove tutto era senza forma, senza nome, terribilmente confuso, ma incredibilmente vivo!

Guardandola negli occhi credo di aver capito il motivo per cui ha voluto incontrare proprio me: probabilmente sono stata l’unica persona ad essermi accorta veramente di lei, del suo dolore, del suo sguardo triste e silenzioso.

“A volte” ha continuato *“ripenso agli anni precedenti l’incidente, quando i miei pensieri erano comunque importanti anche se andavano in un’altra direzione: promuovevano la crescita e l’educazione di mio figlio.*

Di lì a breve sarebbero diventati pensieri tristi e preoccupati con un consistente sfondo di angosce.”

Un lungo sospiro le ha, dapprima, allargato il torace e poi l’ha come svuotata, lasciandola con le spalle ricurve.

Sono trascorsi diversi secondi prima che si rad-drizzasse e riprendesse a parlare, secondi durante i quali sono rimasta a guardarla, temendo le mancassero le forze per continuare.

“Chissà se mio figlio guarirà, è stata la domanda che ho cominciato a farmi ogni giorno.”

Incrocia in grembo le dita delle mani, come vedevo sempre fare a mia nonna quando pregava.

“Vede, il senso di colpa è il sentimento più deva-

stante, non ti abbandona mai, non ti fa respirare, non ti dà tregua. Vivo la situazione attuale come un fallimento personale e ne provo vergogna, come se ne fossi proprio io la causa...e chissà, magari lo sono.” ha aggiunto dopo una breve pausa, come se parlasse a se stessa.

Un’altra pausa e, nel silenzio, mentre mi chiedevo se dovessi dire qualcosa, è tornata a guardarmi ed ha ripreso con calma a parlare.

“Io sono certa, devo esserlo, che le strategie terapeutiche messe in atto sono state quelle giuste. Forse, però, le mie aspettative erano sproporzionate alle effettive probabilità di riuscita o, forse, i medici stessi avrebbero dovuto ridimensionarle, in base alle sue reali condizioni.”

E così dicendo ha voltato la testa verso il ragazzo, rivolgendogli uno sguardo rassegnato. Seguendo il suo sguardo ho dato un’occhiata ai monitor, forse sperando in una qualsiasi variazione che naturalmente non c’è stata.

“Poi è arrivata la fase in cui mi sono resa conto che nessuno poteva aiutarmi a condividere paure tanto intense ed inesprimibili a parole.

Allora per quale motivo gridare? A che pro piangere e disperarsi?

Non c’era nessuno con me. In questa terra, desolata e desertica, dove lo sguardo non incontra un cuore fino all’estremo lembo di orizzonte, dolorosamente, mi sono detta che dovevo farcela da sola.”

Mi ha guardato, giocando con l’anello che porta



all'anulare sinistro e che non è una fede.

“E’ stata poi la volta di momenti di tristezza abissale che rifuggivo attraverso il ‘fare qualcosa’, l’impegno e la lotta mi sono apparse come l’unico mezzo di difesa contro il senso di impotenza e di disperazione; quante volte ho rivisitato i miei vissuti ritenendoli, col senno di poi, sempre inadeguati. Ed ora me ne sto qui, ormai stanca, dopo aver compreso come non sia affatto funzionale darsi da fare. Mi sono fermata, accanto a lui ed ho cominciato a riflettere.

Dapprima allontanavo con ogni mezzo l’idea della morte, era un pensiero doloroso e mi spaventava, poi mi sono costretta ad affrontarlo per non esserne completamente travolta, mi sono imposta di riconoscere e rispettare la fine come evento naturale della vita.”

Si è morsa il labbro inferiore cercando le parole per continuare e solo in quel momento ho notato l’assenza di lacrime, ma forse in quegli occhi non ce n’erano più.

“La morte di mio figlio era una cosa alla quale non potevo arrendermi, ma dalla quale non potevo sottrarmi. Ho cercato di fare mie filosofie secondo le quali, la vita continua ad essere tale anche al di là delle forme e delle sembianze assunte, anche quando appare incomprensibile in tutta la sua drammaticità, essa assume il significato che ognuno sa darle.

Mio figlio rimarrà, per me, come Peter Pan, un bambino mai cresciuto e dovrò trovare dentro di me quello che verrà a mancarmi fuori.

Solo quando avrò seppellito i miei desideri insoddisfatti ed i miei sogni irrealizzati potrò riconsiderare la vita.”

Nel suo sguardo, fisso sul mio viso, ho letto, per un breve istante la necessità di trovare in me una conferma a quanto stava dicendo ed il mio sguardo si è fatto il più incoraggiante possibile.

“Così, dopo averci pensato molto, ho deciso di raccontarmi a lei senza timore di essere fraintesa o giudicata, perchè lei sa ascoltare le parole ed anche i silenzi.

I miei, ora, si traducono in una richiesta d’aiuto. Tutto ciò richiede coraggio, non crede?”

Mi ha domandato inaspettatamente, ma senza aspettarsi da me una risposta poiché ha subito continuato:

“Non posso pensare a mio figlio come ad una persona che vive, perchè non lo è più, non posso pensarlo come una persona morta, perchè non lo è ancora.

Io sento di non essere in grado di resistere a



lungo, ma non posso morire prima di lui, glielo devo.

In fondo noi eravamo insieme quando sei nato ed io sarò qui con te quando morirai, te lo prometto.”

Ha pronunciato quest’ultima frase con calma determinazione, rivolgendo al suo ragazzo un sorriso stanco ed un brivido è partito dalla mia nuca ed ha attraversato il mio corpo causandomi la pelle d’oca.

Il nostro incontro non è durato a lungo ed è stato un colloquio a senso unico, perchè in pratica io non sono riuscita a spicciare parola, sono semplicemente rimasta in silenzio, dandole la possibilità di esprimere i suoi vissuti, ho ascoltato i suoi bisogni, i suoi desideri e le sue motivazioni, offrendo un’opportunità alle sue soluzioni.

Mai avevo ricevuto una richiesta d’aiuto di questo tipo, mai mi avevano chiesto l’eutanasia.

Seduta su quel divanetto, parola dopo parola, dentro di me hanno cominciato a prendere corpo sentimenti molteplici e contraddittori.

Credo di essere rimasta lì seduta con aria incredula senza sapere cosa dire né cosa fare.

Lei mi ha preso una mano tra le sue, si è alzata e guardandomi come se fosse sul punto di scusarsi, mi ha detto ancora:

“So di averle chiesto di prendere una decisione molto difficile, capirò se non se la sentirà di

aiutarmi, le chiedo solo di pensarci. Per tutto il tempo che le sarà necessario.”

Mi sono ritrovata fuori dalla stanza senza ricordare come ne sono uscita.

E' strano, ma non ho memoria nemmeno della mia voce che dice qualcosa.

Me ne sono andata in silenzio?

Certo è che mi sono ritrovata di nuovo nel corridoio col bisogno di stare da sola.

Così mi sono diretta verso la cappella dell'ospedale, è sempre aperta e molto tranquilla, forse il luogo adatto per fare ordine nel garbuglio che ho dentro.

Nella chiesa, deserta ed avvolta nella penombra, un lieve odore di candele accese si mescolava a quello dei fiori freschi.

Mi sono seduta in un banco, ho guardato la statua della Madonna chiedendomi se sapesse già qual'era il mio problema. Chissà!

Mentalmente ho cercato di riordinare le idee e, chiudendo gli occhi, ho rivisto quella piccola donna che ha compiuto un viaggio così lungo e faticoso attraverso le zone più buie del suo animo.

Ha raggiunto un'accettazione di tipo incondizionato, sperimentando emozioni sempre più negative quali l'impotenza e l'abbandono, la perdita di speranza e la passività.

Eppure tutto ciò ha costretto questa madre a non fermarsi mai, fino ad ora, ed a cercare un'alternativa a questa situazione e la soluzione che ha trovato è l'ultima risorsa che possiede per affrontare ed attraversare la realtà.

Cosa sarà di lei, mi sono chiesta, quando suo figlio, la causa prima del suo dolore e della sua forza, non ci sarà più?

Lei non mi ha chiesto di non prolungargli la vita, bensì di porre fine alla sua esistenza e, in questo modo, ha completamente appoggiato sulle mie spalle il suo pesantissimo fardello costringendomi ad interrogarmi, di nuovo, su cos'è che separa la necessità delle cure fino all'accanimento terapeutico dal diritto del paziente, o dei suoi familiari, a decidere della qualità della sua morte.

Uno stato di confusa insicurezza e di malessere mi impediscono di gestire il senso di quasi terrore e di angoscia che si è impadronito di me.

Mi sono accorta di aver riaperto gli occhi, di aver guardato il viso sereno della statua di Maria e, muovendo appena le labbra di averle rivolto un pensiero:

“Sarò in grado di esserle vicino e di fare i conti con la mia coscienza senza fuggire?”

Non so con precisione da quanto tempo sono qui, ma pochi minuti o alcune ore non fanno certo la differenza.

Ora devo tornare in reparto.

Avanzo lentamente nel corridoio fino a fermarmi davanti alla porta semichiusa della stanza di degenza.

Attraverso lo spiraglio la vedo.

E' ancora seduta al letto di suo figlio e gli accarezza la mano, inghiottendo lacrime e disperazione.

Forse sente la mia presenza alle sue spalle, si gira, mi vede.

Si alza e viene verso di me mentre entro nella stanza.

Ci incontriamo ai piedi del letto ed entrambe appoggiamo le mani sulla struttura di metallo.

I nostri occhi sono posati su quel corpo adagiato.

Non dice nulla.

Mi sta concedendo tutto il tempo di cui ho bisogno per cominciare a parlare.

** Infermiera. Unità operativa DH oncologico.
Istituto clinico S. Anna. Brescia*



Un caso di conflitto di valori in due atti

A cura di Loredana Affò *

Casi in cui è necessario affrontare situazioni e prendere decisioni implicanti scelte di valore sono all'ordine del giorno nell'attività dirigenziale in ambito assistenziale. Oserei esprimere l'idea che non c'è decisione da prendere che non presenti un risvolto etico.

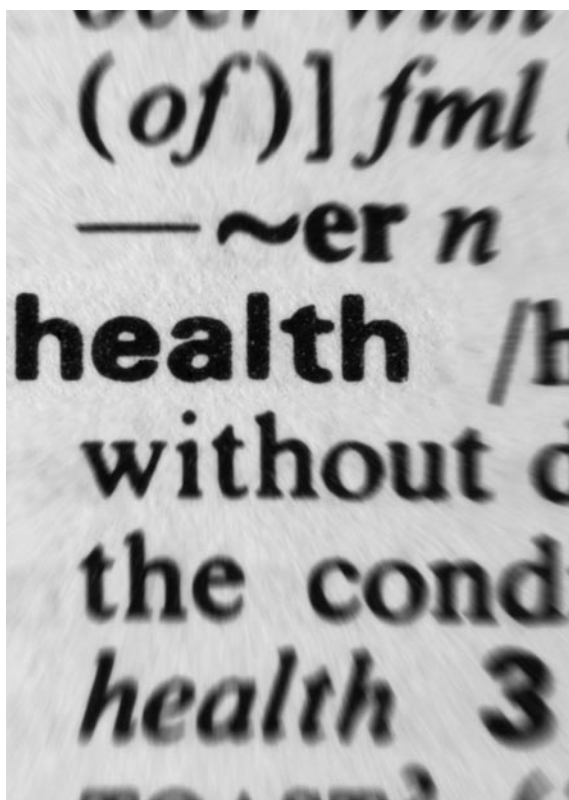
L'attività di direzione, a qualsiasi livello si collochi, implica sostanzialmente decisioni. Chi non decide non dirige, non sta svolgendo la funzione che gli compete. Tuttavia decidere comporta di schierarsi con determinazione, affrontare e farsi carico di rischi, giudicare persone apprezzando o svalutando comportamenti, promuovere o troncare relazioni, persuadere o imporre, motivare o punire. Tutto ciò è oneroso, richiede una continua attenzione e riflessione e la tentazione di sottrarsi è forte, soprattutto quando ci si trova di fronte a incalzanti conflitti valoriali. Non prendere decisioni, ossia - nel caso della funzione dirigente - non agire, non blocca immediatamente l'organizzazione, ma ne disgrega progressivamente l'efficacia. Dunque al dirigente è richiesta una forte dose di responsabilità, poiché la sua condotta non è spesso immediatamente controllabile. Il processo che conduce dall'azione o non azione, alle conseguenze è spesso lungo. In quell'intervallo di tempo chi svolge la funzione di direzione può, per così dire, nascondersi dietro il proprio ruolo, essere solo "chiacchiere e distintivo" (citazione liberamente tratta dal film

"Gli intoccabili" di Brian De Palma).

Ne consegue che il principio etico che deve innanzitutto muovere un dirigente è quello della *fedeltà*, in quanto soggetto della fiducia dell'azienda. Non decidere significa principalmente non obbedire al principio della fedeltà, a prescindere dall'opportunità delle scelte effettuate. La questione se le decisioni prese siano o meno adeguate è questione diversa e successiva e comporta in primo luogo la messa in gioco di valori quali la *competenza* e la *responsabilità*. Le conseguenze dell'incompetenza e della mancata assunzione di responsabilità conducono a situazioni in cui risulta difficile intravedere il rispetto degli altri fondamentali valori della professione, ossia i principi di *beneficenza* e *non maleficenza*, *autonomia*, *caring*, *collaborazione*, *condivisione*, *aggiornamento continuo* e in cui risulta *ipocrita accreditarsi come promotori di advocacy*¹.

Il caso che segue è emblematico di decisioni che hanno richiesto un'analisi etica delle implicazioni valoriali delle scelte che si prospettavano a soluzione di un problema di organizzazione dell'assistenza. Sono coinvolti operatori neo-laureati e altri che da lungo tempo prestano servizio nell'unità, hanno assimilato i valori e le modalità di lavoro e di relazione cementate da una lunga tradizione. A prescindere da quale sia la validità della cultura professionale che la tradizione esprime, è fuor di dubbio che la tradizione tranquillizza. Di fronte al disorientamento che proviene dalla difficoltà di leggere il

singolo caso, l'appello a quanto è sempre stato fatto è rassicurante. Bisogna tuttavia osservare che se riconosciamo alla tradizione, ossia alle pratiche e alle culture ripetutamente sperimentate, un valore euristico, dobbiamo ravvisare in essa un potente strumento da utilizzarsi in casi di incertezza, vale a dire in casi in cui gli elementi di informazione e i nessi causali tra fattori sono insufficienti a prendere una decisione di fronte a un'alternativa. L'appello alla tradizione occupa dunque un posto nelle tavole dei valori della professione accanto a quelli citati, anche se con questi ultimi può entrare in conflitto. Non v'è dubbio che l'appello alla tradizione presenti tuttavia un risvolto negativo: di fronte alla necessità di aggiornare continuamente le proprie competenze, essa costituisce un freno.



Il caso: un dramma in due atti

Giacomo ha 67 anni, dall'età di 25 ricoverato prima in manicomio, poi, in seguito alla legge Basaglia del '78, presso una Comunità. Il reinserimento presso la famiglia non è stato possibile perché la sua famiglia è sparita. Le condizioni generali, buone fino ad un anno prima, sono compromesse: ha un'artrosi importante e deambulava a fatica, ha difficoltà nella deglutizione. Ha

avuto una polmonite ab ingestis che lo ha condotto in pericolo di vita. Dopo 15 giorni di terapia intensiva è stata posizionata una PEG (enterogastrostomia percutanea) ed è stato trasferito presso il reparto per acuti. Giacomo è abbastanza tranquillo, del resto in tutti questi anni ha risposto positivamente alla terapia farmacologica ed è ben compensato. Di carattere mite, manifesta paure per grandi spazi aperti e il suo confine è il giardino della comunità, dove passa gran parte del suo tempo. Ha subito delle aggressioni verbali e fisiche da parte di altri ospiti a cui non reagisce e che si risolvono solo con l'intervento degli operatori. La PEG è definitiva, è allettato ed è seguito dagli infermieri della degenza che sono attenti alla sua igiene, alla somministrazione della terapia infusiva attraverso un catetere venoso centrale. Giacomo ha iniziato anche la somministrazione nutrizionale.

Primo atto: dove deve essere ospitato Giacomo?

Gli infermieri e i medici della degenza insistono per il suo trasferimento: "Questo è un reparto per acuti non una lungodegenza, servono posti letto". Il servizio sociale esclude la lungodegenza poiché il paziente è psichiatrico cronico. Si verifica la disponibilità in casa di riposo: il posto c'è ma chi paga la retta? La diatriba non si risolve, i giorni passano e la decisione è presa: Giacomo deve rientrare in comunità. Gli viene comunicato, è contento, si torna a "casa" tra le sue cose nel suo giardino!

Gli infermieri e il medico responsabile della comunità sollevano perplessità, affermano che Giacomo ora non è più da comunità psichiatrica, l'assistenza richiesta va oltre. La caposala, Maria, inserita in comunità da un anno e con esperienza nell'area medica, ammette che ci sono carenze sia strutturali sia organizzative nell'accogliere quel paziente, ma gli operatori della psichiatria sono tutti infermieri e operatori socio sanitari, inoltre pazienti come Giacomo sono seguiti a domicilio! Questa è la casa di Giacomo, perché non tenere conto dei suoi bisogni, dei suoi desideri?

Il paziente psichiatrico è portatore di una singolarità mai del tutto riconducibile a una casistica corroborata. Dunque, per queste ragioni, si comprende il timore degli operatori a seguire strade nuove, percorsi innovativi e per questo rischiosi. Gli infermieri e il medico sono animati nella loro azione dal principio di *beneficenza/non maleficenza*, e sentono la *responsabilità* che deriva

dal fatto che potrebbero creare danno al paziente in conseguenza di una decisione errata. Ne consegue che ricercando una maggiore certezza per fondare le loro scelte si appellano alla tradizione. Di diverso avviso, rispetto agli infermieri e al medico, è la caposala. Maria dimostra di voler assumere la responsabilità del proprio ruolo. Ha accettato la sfida di innescare la crescita professionale nel reparto in cui è stata inserita. E' una persona che di fronte al dilemma tradizione vs. innovazione sceglie il nuovo. Ha lo spirito per assumersi i rischi, sa navigare a vista in un mare aperto in cui non si intravedono rassicuranti sponde. Per questa ragione vive gli eventi con frustrazione, interpreta la posizione degli operatori come un venir meno a *valori* della professione quali la *competenza* e la *responsabilità*, e quindi teme che siano compromessi il *prendersi cura* e l'*advocacy*, ossia la promozione dei *diritti fondamentali della persona*.

Se osserviamo la situazione dal punto di vista del paziente - per quanto caratterizzato da una misura di infermità mentale, ossia da una compromessa capacità di intendere e volere, comunque non al di sotto di un livello di soglia che ne determinerebbe l'eterotutela - egli avanza con le sue richieste implicite, che si manifestano prevalentemente in modalità non verbali, una volontà di *autonomia* e di *autodeterminazione* che lo spingono a scegliere l'ambiente più consono al mantenimento di un labile equilibrio psichico. Questo è un bisogno che l'operatore deve considerare, seppur di fronte a un paziente psichiatrico. Ne va del valore fondante dell'*advocacy*.

In quanto dirigente dell'assistenza ho il dovere di rispondere alla mission aziendale che mi si presenta tuttavia con differenti volti: il primo è rappresentato dalla caposala che, in quanto elemento chiave dell'organizzazione, devo sostenere; il secondo è il volto dell'unità operativa che non devo far "esplodere", assumendo esclusivamente, e quindi, avventatamente la difesa di una parte in causa. Inoltre in un'organizzazione il gioco dei ruoli e le modalità in cui i ruoli sono vissuti dalle persone, non si cambiano per decreto. Un'organizzazione presenta sempre resistenze al cambiamento che sarebbe da incompetenti non considerare. L'inerzia organizzativa è della stessa natura di quel fenomeno denominato inerzia sociale, determinato dal fatto che gli attori sociali hanno una storia e un corredo di esperienze che, fungendo da strumenti d'azione, permettono loro di non ritrovarsi completamente

sprovveduti di fronte agli eventi, ossia paralizzati. In questo senso le società e le organizzazioni sono come barriere coralline: la parte morta sottostante sorregge la parte viva e permette ad essa di collocarsi vicina alla luce e alla superficie.

È necessario allora tener conto delle ragioni degli infermieri e del medico, contemporaneamente rispondere alle istanze etiche rappresentate dalla caposala e non da ultimo dai bisogni del paziente. La scelta che compio è di dare una gerarchia ai valori in gioco. Devo infatti rispondere al principio di tutela dei diritti del paziente e al valore del prendersi cura, ai valori della competenza e dell'aggiornamento continuo e al principio di fedeltà verso l'organizzazione.



La decisione

Nei giorni successivi con Maria, la caposala, elaboriamo un piano, lo condividiamo e decidiamo di presentarlo alla Direzione del dipartimento. E' importante in questa fase la condivisione che proviene dal *coinvolgimento* per costruire una soluzione. La condivisione soltanto può promuovere la *collaborazione*, valore estremamente importante che costituisce la cornice entro cui si collocano tutti gli altri, in quanto senza di esso si risponde esclusivamente, malgrado le buone intenzioni, ai propri bisogni.

Per il giorno successivo fisso un'incontro con il capo di Dipartimento, il direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. Maria ed io illustriamo la situazione, chiediamo quindici giorni per organizzare il trasferimento e il loro pieno appoggio per attuarlo.

Il piano prevede: un incontro tra i caposala, i due infermieri, il medico della comunità con rispettivi colleghi del servizio per acuti al letto del paziente con il compito di stendere un piano di assistenza personalizzato a cui far seguire la verifica e la richiesta di presidi necessari - letto articolato, materassino antidecubito, pompa per infusione e altro; l'attivazione di una consulenza periodica medica e infermieristica dell'U.O di chirurgia; la consulenza della dietista. Prevediamo anche un breve corso di formazione - tre incontri di tre ore - per tutto il personale medico e infermieristico su responsabilità e ruolo dell'infermiere e del medico nella gestione del paziente portatore di PEG, catetere venoso centrale, catetere vescicale. Si opta poi per un eventuale ricorso ad orario aggiuntivo incentivato allo scopo di incrementare le presenze in alcune fasce orarie ritenute critiche. Infine, un incontro con tutti gli operatori della comunità, per illustrare il piano. La Direzione condivide e accetta. Maria ed io ci attiviamo e ci dividiamo i compiti. La macchina si mette in moto, troviamo consenso e anche interesse da parte dei colleghi di chirurgia, della dietista e del reparto acuti. Grazie al contributo della Direzione Sanitaria e Amministrativa, i

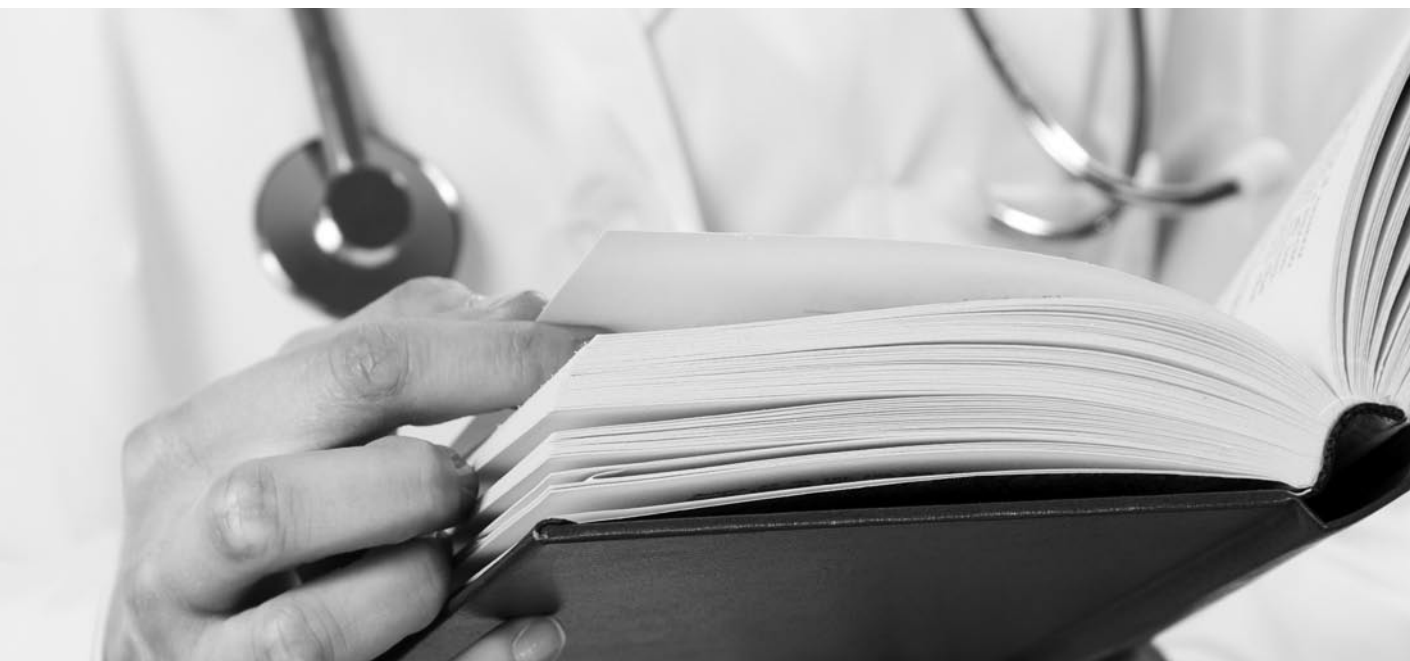
presidi sono disponibili in tempi brevi.

L'incontro con gli operatori della comunità non è facile, ci sono dubbi, ma anche disponibilità. Due infermieri, si offrono per visitare Giacomo e stendere un piano di assistenza, il medico si incontrerà con i colleghi. I quindici giorni diventano venti, ma il grande giorno arriva! Tutto è pronto! Giacomo con l'ambulanza arriva in comunità. C'è fermento, gli altri ospiti sono stati contagiati e con gli operatori sono sulla porta ad accoglierlo, parte anche un applauso! Giacomo è commosso, piange, è un po' confuso, la sua stanza non è più la stessa che occupava da anni: la nuova situazione richiede una stanza singola.

Secondo atto: la porta

Il primo giorno sembra vada tutto bene. Maria è soddisfatta, il clima sembra positivo, ma il mattino successivo, al suo arrivo, prima di recarsi in infermeria passa da Giacomo e con grande sorpresa trova la stanza chiusa. Chiede cosa sia successo. Mario, infermiere, spiega che sono tutti occupati nell'igiene dei pazienti. Giacomo è tranquillo, l'ha visto da poco, la porta è momentaneamente chiusa per evitare che altri ospiti entrino e lo aggrediscano mentre gli operatori sono occupati.

Maria pone il problema e chiede agli operatori di discuterne. Laura, da alcuni mesi in servizio alla comunità, si offre di sorvegliare Giacomo. Il dibattito è acceso. Maria, la caposala, propone di rivedere l'organizzazione delle attività della



giornata e, se necessario, richiedere altre risorse incentivate.

Tutti accettano, anche se alcuni non condividono: intensificare la sorveglianza a loro avviso non è sufficiente, basta un attimo e a Giacomo possono fare del male, come già accaduto in passato quando è stato vittima di aggressioni senza nemmeno urlare per chiedere aiuto. Maria mi chiama, mi riferisce il nuovo problema.

Ancora si confrontano due paradigmi: il modello della tradizione e la spinta all'innovazione. La situazione si presenta caratterizzata questa volta non tanto da un conflitto di valori, quanto da una contraddizione scaturita dalla volontà di appellarsi a un valore.

Un gruppo di operatori si appella alla necessità etica di salvaguardare l'incolumità del paziente, costoro fanno appello al valore del *caring* e all'*advocacy*. Tuttavia, agendo mossi da tali valori, incorrono inconsapevolmente nella violazione di quegli stessi moventi valoriali che hanno motivato la loro azione: infatti per assicurare l'incolumità al paziente decidono di privarlo dell'autonomia; l'appello all'*advocacy* naufraga.

Al contrario, il gruppo di operatori rappresentati da Laura e dalla caposala, mostrano di provenire da una scuola di valori che, in sintonia con i recenti sviluppi della deontologia professionale in linea con una maggiore coscienza diffusa nella società negli ultimi decenni, pone in primo piano l'integrità della persona, portatrice di diritti fondamentali inalienabili.

Da parte mia, interpellata dalla caposala, aderisco alla prospettiva valoriale ultima delineata. Innanzitutto ogni paziente è una persona, in quanto tale è il fine dell'azione assistenziale. Se il paziente è una persona dotata di esistenza fisica e morale, il prendersi cura degli aspetti di fisicità non può comprometterne l'integrità morale. Si tratta di trovare soluzioni organizzative e tecniche che permettano di formulare interventi caratterizzati dalla salvaguardia dei valori in gioco.

La decisione

Con Maria studiamo la possibilità di incrementare nelle fasce orarie più a rischio le presenze, ricorrendo all'orario aggiuntivo incentivato e di rivedere la distribuzione delle attività nella giornata. Quindi autorizzo l'incremento degli incentivi. Convinta che la tecnologia ci possa soccorrere anche sulla via della risoluzione di conflitti, faccio richiesta all'ufficio tecnico di

installare alla porta della stanza di degenza del paziente un ordinario segnalatore acustico a codice, affinché ogni intrusione venga segnalata.

Note

- 1 - Confronta per un'analisi sistematica della letteratura e per una soluzione di grande interesse Sara T.Fry e Megan-Jane Johnstone, *"Etica per la pratica infermieristica"*. La tavola di valori etici e deontologici che le autrici propongono contempla sostanzialmente: fedeltà alla mission, competenza, responsabilità, beneficenza e non maleficenza, autonomia, caring, collaborazione, condivisione, aggiornamento continuo, advocacy

Bibliografia

- Carlo Calamandrei, Laura D'Addio *"Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere"* Mc Graw-Hill 1999- Milano
- Sara T.Fry e Megan-Jane Johnstone *"Etica per la pratica infermieristica"* Casa Editrice Ambrosiana 2004-Milano
- Antonia Peroni, Milko P.Zanini *"L'organizzazione tra sociologia ed etica"* Mc Graw-Hill 2007 Milano
- Benci *"Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria"* Mc Graw-Hill 2003- Milano
- Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi *"La dirigenza infermieristica"* Mc Graw-Hill 2002-Milano
- Emma Carli (AA.VV.), *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*

* *Infermiera. S.I.T.R. Presidio ospedale dei Bambini Azienda Spedali Civili Brescia*



Con te o contro di te.

Un dilemma morale

A cura di Anna Iannelli *

Raccontami una storia e ti dirò quello che penso”.

Così esordisce Paolo Cattorini nell'introduzione al libro "Bioetica e cinema" e si riferisce alla necessità che un evento, sul quale possiamo essere chiamati ad esprimere un giudizio morale, non può e non deve essere separato dal contesto in cui si è verificato. *"Conoscere la trama degli eventi è condizione e strategia necessaria... quando si vogliono identificare i valori che configgono in un caso dilemmatico... e suggerire, se possibile, una via d'uscita dal conflitto"*.¹

Da più parti viene sottolineato che in un contesto sanitario complesso, quale quello in cui oggi siamo inseriti, le scelte morali, quelle che attengono cioè al giudicare giusta o sbagliata una condotta, vanno riferite alle specifiche situazioni concrete piuttosto che ad astretti principi teorici; citando Calamandrei, *"la presa di decisioni morali ha una valenza situazionale e relazionale"*.²

La storia presentata prende spunto da un episodio reale che ho vissuto in modo indiretto e nel racconto alcuni elementi sono stati modificati, altri aggiunti oppure omessi. Ho provato a ricostruire la trama degli eventi cercando di non alterare il contesto in cui le azioni e i comportamenti delle persone si sono inseriti allo scopo di proporre uno scenario su cui innestare la riflessione relativa ai valori etici e morali in campo.

Ecco la storia.

Sono un'infermiera ed esercito la libera professione. Mi è capitato tempo fa, di occuparmi della gestione del servizio assistenziale di una piccola casa di riposo in cui c'era qualche problema nell'assicurare la copertura infermieristica. Ho tirato un sospiro di sollievo quando si è resa disponibile una giovane collega, residente proprio nel comune di interesse, con l'esperienza di alcuni anni in ospedale, intenzionata a lavorare molto ed esclusivamente per noi. Una manna! Niente più gastriti quotidiane, salti mortali, preghiere in ginocchio, per riuscire a coprire i turni.

La collega, che chiameremo Viola Rossi, viene presentata alle altre infermiere, effettua qualche turno in affiancamento, ma afferma di poter velocemente essere autonoma, dato che le attività previste non sono impegnative e la sua esperienza precedente le facilita il compito. Certo ci sono gli ospiti da conoscere e il gruppo degli operatori di supporto con cui stabilire una relazione di collaborazione, ma lei si afferma sicura di riuscire a colmare queste lacune in breve tempo.

Informo la collega Rossi del fatto che ci sono alcune differenze rispetto al lavoro in ospedale e in particolare le faccio presente che l'infermiere è l'unico professionista costantemente presente per cui deve essere sua cura anche la supervisione del lavoro assistenziale svolto dal personale di supporto. Dal momento che la casa è piccola, che il medico è presente per poche ore al giorno ed è il medico del paese, che non è prevista la presenza fissa di una figura di coordinamento, il ruolo dell'infermiere è complesso ed è sia di tipo tecnico professionale specifico, che di tipo organizzativo, che di tipo relazionale ed educativo.

Da questo colloquio ricavo un'impressione abbastanza positiva, la persona sembra motivata e competente, anche se non mi convince completamente la motivazione addotta in relazione alla

scelta di lavorare in casa di riposo per avvicinarsi al domicilio. Non ho motivi oggettivi per dubitarne, ma mi sembra strano che una ragazza giovane e dinamica, laureata da pochi anni, autonoma (vive sola, ha un fidanzato, buoni rapporti con la famiglia di origine) faccia una scelta di cambiamento professionale così importante senza forti motivazioni o di “sofferenza” per il lavoro in ospedale o di “attrazione” per il lavoro con gli anziani.

Dopo un paio di mesi dall’inserimento dell’infermiera Rossi, una collega chiede di parlarmi. Questa infermiera, che chiameremo Margherita Bianchi, è quella che da più tempo lavora nella RSA e a lei è affidata la gestione dell’approvvigionamento dei farmaci e del materiale di uso corrente. E’ combattuta, dichiara che non è sicura di agire correttamente, ma ritiene doveroso segnalare alcuni fatti verificatisi di cui è venuta a conoscenza in modo indiretto, su segnalazione delle operatrici assistenziali.

Le osservazioni che mi riferisce riguardano la collega Rossi. Spesso manifesta un comportamento e un atteggiamento altalenanti, nel senso che in certi giorni è allegra, disponibile, gentile con colleghi e pazienti e in altri è scontroso, irritabile, sgarbata senza apparente motivo scatenante. Più di una volta è capitato che non si sia presentata in turno senza avvisare e fosse irreperibile. Le ASA riferiscono che capita sempre più spesso di cercarla senza trovarla. Non riferisce quando si assenta, non dice dove va, e talvolta queste assenze durano anche un’ora e più. Ci sono dubbi anche rispetto all’esecuzione corretta delle prestazioni: alcuni ospiti precisi e affida-

bili, riferiscono che quando lei è in turno ci sono frequenti errori o omissioni nella somministrazione della terapia.

L’infermiera Bianchi mi comunica che ha cercato di parlarne con lei, ma si è dimostrata sfuggente, si è affrettata a scusarsi per gli errori giustificando il suo comportamento con una delusione sentimentale e ha pregato la collega di non parlarne con i superiori e di darle la possibilità di modificare il comportamento. Dal momento che però le situazioni strane sono perdurate si è decisa a segnalarle.

Del tutto casualmente, durante una pizza con colleghe di tempi andati, mi capita di confrontarmi con una vecchia amica rispetto alle situazioni difficili che ci si trova a vivere quotidianamente e lei mi racconta di una collega che l’aveva messa molto in difficoltà: una collega che arrivava in servizio stanca e assonnata e si giustificava con le ore piccole in discoteca, che spariva per ore senza dire dove andava, che chiedeva in prestito neurolettici agli altri reparti senza che ciò fosse motivato dalla necessità di somministrare la terapia ai pazienti. Mi racconta della sua difficoltà ad affrontare la situazione, a capire come doveva comportarsi e del suo sollievo per non aver dovuto affrontare in prima persona il problema *“per fortuna è andata via quasi subito, non so cosa sia successo esattamente. Mi hanno detto che è stata indotta a licenziarsi”*.

Mentre la ascoltavo, uno strano presentimento si faceva strada dentro di me..... Le ho chiesto se sapeva dove era andata a lavorare. Le ho chiesto il nome: era lei, Viola Rossi!

Confusione, sgomento, preoccupazione per gli



ospiti a lei affidati, in un contesto in cui nessun altro poteva intervenire a tamponare le sue mancanze, sono i sentimenti che ho provato in quel momento.

Ho chiesto un colloquio con il responsabile dello Studio di cui faccio parte per informarlo della situazione e per chiedere se fosse a conoscenza di questi fatti, se avesse indagato presso i precedenti datori di lavoro, chiesto referenze. La risposta che ho ricevuto è che queste informazioni sono protette, riservate, tutelate dalla legge sulla privacy.

Al confronto diretto con la collega Bianchi e in mia presenza, la sig.a Rossi ha protestato la sua estraneità, ha ammesso qualche piccola mancanza, che del resto può capitare a tutti ed ha affermato che le colleghe parlavano così per invidia nei suoi confronti.

Prima di avere il tempo di prendere una decisione sul da farsi, ha comunicato allo Studio, per iscritto, senza farsi più vedere, la sua decisione di non tornare più al lavoro in RSA.

Questa vicenda si verifica in un contesto particolare che è quello di una piccola RSA gestita da personale religioso, non accreditata. Il servizio di assistenza infermieristica è garantito da uno studio professionale e il personale di assistenza diretta è in parte dipendente della struttura e in parte viene fornito da una cooperativa; il turn over è piuttosto elevato.

La responsabilità infermieristica in questo contesto è ampia, il coordinamento degli operatori, la risposta alle situazioni di emergenza, sia clinica che organizzativa fa capo all'infermiere. Ancora, l'infermiere ha un ruolo rilevante nella gestione delle relazioni con i familiari degli ospiti e con la Direzione della struttura.

Ad un ampio margine di responsabilità, corrisponde in questa situazione anche un ampio margine di libertà, di discrezionalità dal momento che il controllo e la supervisione diretta sull'infermiere sono molto limitati. Questi elementi del contesto aiutano a mettere in luce come il "controllo sociale" in una situazione di questo tipo sia molto meno efficace e tempestivo rispetto ad una situazione più strutturata quale è per esempio quella dell'ospedale.

In questa vicenda sono coinvolte varie figure professionali, a un diverso livello di responsabilità e il loro coinvolgimento nella vicenda determina riflessioni, sentimenti, comportamenti diversi: vediamoli un po' più da vicino.

Il coordinatore a distanza, è la voce narrante, co-

lui che viene a conoscenza del problema ed è chiamato a cercarne una soluzione. Il sentimento principale è rappresentato dalla sensazione di ingiustizia legata al fatto che una collega che ha creato problemi sia stato lasciato libero di andare a lavorare altrove, senza che fosse in qualche modo segnalato. La legge sulla privacy giustifica un tale comportamento da parte del responsabile infermieristico della struttura dove lavorava in precedenza? La tutela del lavoratore, perseguita attraverso il far sì che le persone problematiche si licenzino, invece di adottare procedimenti disciplinari adeguati è sufficiente a giustificare il fatto di mantenere professionalmente attivi colleghi che potrebbero nuocere alle persone a loro affidate? In una situazione di questo tipo, qual è il comportamento migliore da tenere? Le informazioni ricevute richiedono che il primo intervento sia quello di tutelare i pazienti e quindi di sollevare l'infermiera dall'incarico. In una situazione di carenza di professionisti come risolvere il problema della copertura del turno che si determina di conseguenza?

E' perfettamente conscio del fatto che un infermiere non ha problemi a trovare lavoro in tempi brevi e che quindi la persona in questione non farà altro che cambiare contesto: il problema non è risolto, è solo spostato. Come può l'associazione professionale, "mettere in guardia" i futuri clienti di un collega che esercita la libera



professione e che ha dimostrato incompetenza e inaffidabilità?

Da ultimo esiste la preoccupazione legata alla possibilità che il comportamento di un membro dell'equipe possa far mettere in discussione da parte dell'Amministrazione, il buon nome e il prestigio dell'intero Studio Professionale e determinare di conseguenza il mancato rinnovo del contratto.

La collega Bianchi si trova nella situazione di affrontare un conflitto morale. Si trova in una situazione in cui sente il dovere di tutelare i pazienti (advocacy) e di intervenire ritenendo la situazione a rischio. D'altro canto ritiene importante anche il valore della solidarietà da dimostrare ad una collega appena arrivata che ha qualche difficoltà. Nella situazione raccontata il sentimento di solidarietà probabilmente è malinteso e porta a "coprire" la collega nelle sue mancanze e a sottovalutare i fatti che si verificano piuttosto che aiutarla ad affrontare consapevolmente il disagio palese che manifesta e le difficoltà personali che andrebbero approfondite e affrontate. Pur nella consapevolezza che la situazione deve essere segnalata l'idea di farlo la fa sentire una delatrice, una che tradisce il rapporto di collaborazione di cooperazione e di lealtà con la collega.

L'infermiera protagonista, è sicuramente una persona che ha dei problemi, problemi che lei tende a negare ma che devono essere affrontati e superati per poter esercitare la professione infermieristica.

La competenza professionale intesa come consapevolezza adeguata del proprio ruolo e del proprio spazio operativo, competenza che è di natura tecnica, ma anche relazionale, pare inappropriata su tutti i fronti: sul versante tecnico vengono segnalati errori ed omissioni nella somministrazione della terapia, sul versante relazionale siamo in presenza di una persona non equilibrata, che si lascia dominare dalle emozioni del momento, che non è in grado di stabilire rapporti costruttivi e collaborativi con i colleghi, rapporti finalizzati a fornire al paziente la migliore assistenza.

L'esercizio professionale, centrato sul prendersi cura delle persone e dei loro bisogni, richiede la conoscenza e la comprensione preliminare dei propri bisogni e dei propri problemi. Richiede inoltre equilibrio personale e capacità di gestione delle proprie reazioni emotive.

L'infermiera in esame ha dimostrato attraverso il

suo comportamento di non ottemperare a fondamentali norme di condotta verso gli altri, pazienti e colleghi. Il codice deontologico parla del contributo che l'infermiere dà, con il suo comportamento, alla tutela della dignità e del prestigio della professione. La condizione professionale in grado garantire ciò è l'integrità professionale. "Per integrità professionale si intende la situazione in cui la persona che svolge un'attività è matura sia nel senso affettivo cognitivo morale, sia nel senso professionale."

Nella storia raccontata diversi sono i principi etici e i valori in gioco. Il conflitto che emerge è quello fra il dovere di denuncia, a tutela della persona assistita, e il valore della solidarietà professionale. Se ci riferiamo al Codice Deontologico emerge come il dovere di controllo deontologico da parte di tutti i membri della categoria diventa un dovere etico e tale dovere di denuncia interna al Collegio prevale sulla stessa solidarietà professionale. La "delazione" etica degli iscritti permette al Collegio Professionale di venire a conoscenza degli illeciti disciplinari, unica possibilità per esercitare una delle sue principali funzioni istituzionali.

E' importante mantenere un rapporto di collaborazione con i colleghi, ma la responsabilità principale dell'infermiere è quella di promuovere la salute e il benessere delle persone a lui affidate e questo ha la precedenza rispetto ad ogni altra responsabilità.

Note

1 - P.Cattorini – *Bioetica e cinema* – F. Angeli

2 - C. Calamandrei – *Le forme di conoscenza infermieristica* – Nursing oggi 4,2002

Bibliografia

- Cortese Fedrigotti. Etica infermieristica. Sorbona 1992.
- Cattorini. Bioetica e cinema. F. Angeli 2004
- Calamandrei. Le forme di conoscenza infermieristica. Nursing oggi 4,2002.
- Fray Johnstone. Etica per la pratica infermieristica. Ambrosiana 2004.
- Calamandrei, D'addio. Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere. McGraw Hill 1999.
- Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009. McGraw Hill 2009.

* *Infermiera. Libera professionista. Consigliere Collegio Ipasvi*

Il peso delle decisioni del singolo infermiere all'interno della gerarchia dell'unità operativa

A cura di Nadia Regonaschi *

Il caso

Il caso esaminato è accaduto molti anni fa, quando la cosiddetta “cultura del rischio” non si era ancora fatta strada all'interno delle aziende sanitarie.

A metà degli anni '90 lavoravo in un blocco operatorio, dove le funzioni di caposala erano esercitate da un mio collega “anziano” incaricato.

Con la frequenza di due o tre volte la settimana venivano effettuati interventi su pazienti portatori di particolari patologie tumorali. Questi interventi si protraevano fino a tarda sera.

Per questo motivo, era importante tenere il paziente il più possibile stabile nelle funzioni vitali, e riscaldarlo mantenendo una buona temperatura corporea aiuta allo scopo. In quegli anni, però, non esistevano ancora le copertine ad aria calda che sono a disposizione oggi.

Il caposala prese accordi con una ditta di materassini riscaldanti a resistenza e si fece consegnare il materassino coinvolgendo un medico anestesista per la prova.

Per la prova del materassino fu scelto il sig. X, affetto da patologia neoplastica, e quindi destinato a subire un lungo intervento chirurgico.

La data dell'intervento fu fissata in un giorno che mi vedeva in quella sala operatoria con il ruolo di infermiera di sala, quindi toccava a me allestire la nuova apparecchiatura, prepararla sul

lettino e adagiarvi sopra il paziente. Per questi motivi, il giorno prima dell'intervento, quando arrivò il materassino, volli leggere le istruzioni della ditta fabbricante, e sincerarmi che l'ufficio tecnico avesse fatto il collaudo, autorizzandone l'utilizzo.

Ma alle mie domande il caposala mi rispose di non preoccuparmi e di fare ciò che mi veniva ordinato, tuttavia il fatto di dover adagiare sopra una resistenza elettrica coperta di plastica (questo era in effetti il materassino!), per almeno 12 ore un paziente, non mi convinceva affatto.

Espressi chiaramente la mia contrarietà, al punto che dichiarai che non l'avrei posizionato, e il caposala mi liquidò con un minaccioso “vedremo se non lo farai!”. L'intervento chirurgico era programmato per il giorno dopo.

La mattina successiva, vidi scritto sulla consegna l'ordine del caposala di preparare e utilizzare l'apparecchiatura. Nonostante questo, io preparai la sala operatoria senza posizionare il materassino. Però, quando il caposala se ne accorse, entrò lui stesso in sala operatoria, mise il materassino sul letto operatorio, e mi ordinò di prepararlo a dovere.

A quel punto lo feci, sovrapponendo un doppio lenzuolo al materassino, così come era prescritto dalla ditta costruttrice. Non collegai, però il cavo tra la resistenza e la macchina di controllo collegata alla rete elettrica.

Accolsi e preparai il paziente sul lettino. Il sig. X era un paziente intorno ai cinquant'anni, tran-

quillo e fiducioso, con un fisico tonico e allenato, apparentemente nulla traspariva della sua malattia.

All'arrivo dell'anestesista, mi affrettai a prenderlo da parte, gli illustrai tutte le mie perplessità e sottolineai che non avrei collegato il materassino all'apparecchiatura perché non me ne volevo prendere la responsabilità, visto che poteva essere rischioso per il paziente.

L'anestesista sbuffò, disse che esageravo, e collegò il cavo ridendosela dei miei timori.

L'apparecchiatura di controllo serviva a regolare le 4 aree in cui era diviso il materassino e in cui passavano le resistenze, impedendo alla temperatura di salire troppo. Quando tutto fu pronto, l'intervento chirurgico iniziò.

Durante la mattinata effettuai numerosi controlli sulla parte di paziente che mi era permesso raggiungere compatibilmente con le esigenze dei chirurghi, cioè le gambe e la parte sinistra del corpo, mentre la parte destra, regolata da un diverso quadrante di resistenze elettriche, non era accessibile. L'apparecchiatura di controllo non dava segni di anomalie, tutto sembrava a posto.

Alla fine del turno di lavoro passai le consegne ai colleghi del pomeriggio e andai a casa.

Il giorno dopo arrivai in ospedale per il turno del mattino, e venni a sapere che la sera precedente, alle 23,30, quando ad intervento concluso i colleghi infermieri reperibili si erano apprestati a spostare il paziente dal lettino operatorio alla barella della Rianimazione, si erano accorti che tutta la parte destra della schiena presentava ustioni gravissime.

Nel corso dei mesi successivi il paziente ha poi subito numerosi interventi di chirurgia plastica per innestare pelle in tutta l'area cutanea coinvolta dall'ustione. Per questo motivo gli fu prelevata la pelle da innestare da entrambe le cosce e anche da parte dei glutei, compromettendo, quindi, anche la capacità di stare seduto, almeno per un certo periodo di tempo.

Riflessione

Passai dei giorni bruttissimi, chiedendomi: avevo fatto abbastanza per evitare quello scempio, o avrei potuto fare di più?

Mi aspettavo di essere chiamata, dal Primario, o comunque da qualcuno che volesse anche la mia versione dei fatti. Ma nessuno mi chiamò.

L'anestesista, nei giorni successivi, quando regnava un gran fermento perché non si sapeva se il paziente avrebbe sporto denuncia o meno,

venne a parlarmi e provò a dire che comunque ero stata io a posizionare il materassino, e che forse non l'avevo preparato bene. Ma i colleghi che avevano disfatto il letto testimoniarono che la preparazione era consona alle istruzioni. Oltretutto, tutti sapevano quanto mi ero opposta all'uso dell'apparecchiatura e lo ricordai caldamente anche all'anestesista. A quel punto nessuno mi interpellò più.

A una verifica tecnica risultò che il quadrante destro del materassino si riscaldava senza nessun controllo, e quindi era andato a temperature altissime, mentre la macchina non aveva alcun allarme.

I chirurghi e l'anestesista parlarono con il paziente ed i parenti e questi non sparsero denuncia.

Ho rivisto più volte il paziente nei mesi successivi, in occasione degli interventi di innesto cutaneo, io con uno stato d'animo disperato alla vista dello scempio che era stato provocato, lui sereno e fiducioso ha sempre sopportato tutto con il sorriso.

Non essendo emersa alcuna riflessione in merito alla vicenda da parte sia dell'equipe infermieristica, che da quella medica, si può dire che il conflitto etico è stato vissuto solo da me, anche se non si può escludere che a livello personale l'anestesista si sia interrogato in tal senso circa la sua decisione. Per quanto riguarda il caposala, penso che si sia preoccupato solo degli eventuali risvolti penali della vicenda: una volta risolti



quelli, non credo si sia interrogato circa i problemi etici emersi con questo caso. L'istituzione non è stata coinvolta visto che non è venuta a conoscenza del fatto.

Prendersi cura di un paziente sottoposto ad un intervento chirurgico è una responsabilità senza eguali, a maggior ragione nel caso di un paziente neoplastico. Il paziente è entrato in sala operatoria animato dalla speranza di veder risolti i suoi problemi, ma carico di ansie sul suo presente e sul futuro. Egli ci ha affidato la sua vita, fiducioso che medici e infermieri l'avrebbero preservata come la propria. Vedere disillusa questa speranza è gravissimo, e getta un'ombra sui professionisti coinvolti. Per questi motivi avrebbe dovuto essere doveroso procedere all'accertamento delle cause e quindi delle responsabilità degli attori coinvolti.

Penso che in questa vicenda, l'intervento di un rappresentante legale avrebbe avuto senso, in quanto il comportamento del caposala e dell'anestesista denota imprudenza e imperizia nel gestire la situazione, a tutto danno del paziente, e imprudenza e imperizia di un professionista della salute sono reati puniti dalla legge.

Oltretutto, il danno provocato al paziente è stato pesante, con conseguenze nefaste non solo per gli esiti conseguenti all'ustione, ma anche per le ridotte capacità di ripresa e di guarigione dalla neoplasia provocate dalla compromissione dello stato di salute generale.

Ho creduto di poter mantenere la mia integrità etica demandando la responsabilità dell'atto e delle conseguenze all'autorità professionale dell'anestesista, che in quanto medico, viene ritenuta preponderante rispetto a quella dell'infermiere. Infatti, il campo proprio di attività e responsabilità dell'infermiere, come sancito dal D.lgs. 502/92, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

La decisione finale di usare l'apparecchiatura nonostante non ci fossero le garanzie di un perfetto funzionamento, su un paziente sottoposto ad un intervento così lungo è stata presa, no-

nostante tutto, dalla figura medica che in quel momento aveva "in carico" la gestione del paziente.

L'ambiente di lavoro non sereno e disteso, i rapporti conflittuali con il caposala, non hanno facilitato il soddisfacimento delle mie richieste di chiarimenti. Mentre per me la cosa più importante era la sicurezza del paziente, la preoccupazione che non corresse rischi inutili, per l'anestesista era la prova del materassino, che doveva tradursi in un maggior confort del paziente durante l'intervento, quindi, nel suo caso le finalità erano di tutto rispetto. Per il caposala probabilmente era più importante imporre la sua volontà, facendomi percepire così di essere un collaboratore "senza importanza", piuttosto che rimandare la prova a collaudo avvenuto. Purtroppo l'assunzione di decisioni che ne è conseguita ha avuto l'esito nefasto che abbiamo visto, in grado di influenzare la qualità di vita del paziente per il resto dei suoi giorni. Non mi è dato di sapere se addirittura ne sia stata influenzata la durata della vita.

Considerando a posteriori il mio operato, credo di aver fatto la cosa che in quel momento mi sembrava giusta. La presenza del materassino era "garantita" dalla competenza del caposala che ne imponeva l'uso dichiarando che era tutto a posto, e dall'anestesista che in definitiva si è preso l'onere di decidere per l'uso del presidio.



Le mie obiezioni si possono ricondurre ad un ragionamento di prudenza, in quanto una resistenza elettrica coperta di plastica non mi sembrava adatta per farci stare il paziente per molte ore, e, in più, ebbi l'intuizione di leggere tra le righe delle risposte del caposala e capire che il collaudo non era stato effettuato, ma non avevo la certezza di avere ragione.

L'urgenza di preparare il paziente per quel particolare tipo di intervento mi imponeva di occuparmi velocemente di altre attività atte allo scopo.

Tuttavia, a posteriori, penso che avrei dovuto tenere in considerazione sia il Patto infermiere-cittadino che riporta come dovere dell'infermiere il segnalare agli organi e alle figure competenti le situazioni che possono causare danni o disagi, che lo stesso Codice Deontologico, che al capo VI art. 48 recita: *"L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito"* e all'articolo 51: *"L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale"*.

Conclusioni

Dopo l'analisi etica effettuata ritengo, perciò, che la cosa giusta da fare sarebbe stata informare il primario di quanto stava per accadere, anche se questo avrebbe voluto dire avere scarse possibilità di successo a fronte di una ulteriore compromissione dei miei rapporti con il caposala. Inoltre, ritengo che una volta avvenuto il malaugurato incidente, il comportamento corretto avrebbe dovuto essere quello di:

- Chiedere un colloquio chiarificatore con il Primario, per avere modo di esporre la mia versione dei fatti.
- Informare il Dirigente Infermieristico, attraverso un colloquio richiesto presso il collaboratore che si occupava di quell'unità operativa.
- Segnalare al Collegio degli Infermieri la vicenda, così come raccomanda l'articolo 51 del Codice deontologico.

Questa serie di azioni avrebbe sicuramente compromesso la mia permanenza lavorativa in quell'unità operativa, ma la gestione etica del caso impone che i fatti non siano gestiti con lo scopo di tacitarne l'eco, ma dall'accaduto bisognereb-

be trarre insegnamenti atti ad evitare il ripetersi di danni ai pazienti.

La discussione degli eventi presso gli organi deputati all'indirizzo della professione non può che produrre azioni positive in tal senso.

Inoltre, attualmente, il tema del rischio clinico si pone come argomento di rilevante interesse. Il Ministero della Salute, in tema di qualità dei Servizi Sanitari, ha istituito la Commissione Tecnica del Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003), avente come finalità lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico, la formulazione di indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e gestione del problema. La Commissione ha elaborato il documento "Risk management in Sanità. Il problema degli errori" che partendo dall'analisi approfondita del tema del rischio clinico, fornisce una raccolta di riflessioni e raccomandazioni utili agli operatori che lavorano in ambiente sanitario.

Il concetto, quindi, è quello di considerare l'errore come componente ineliminabile della realtà umana, ma anche come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare, e mettere in atto iniziative finalizzate a ridurre l'incidenza.

Bibliografia

- Benci, L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- Calamandrei, C., D'Addio, L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, McGraw-Hill, 1999.
- Fry, S., Johnstone, M., *Etica per la professione infermieristica*, Milano, CEA, 2004.
- IPASVI, *Commentario al codice deontologico dell'infermiere* 2009, Milano, McGraw-Hill, 2009.
- IPASVI, *Linee d'orientamento alla lettura del Codice Deontologico degli Infermieri, l'Infermiere*, 6/1999.
- Lusignani, M., Mangiacavalli, B., Casati, M., *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, 2001.
- Orlandi, C., *"Gli infermieri possono essere in disaccordo con i medici? Un caso emblematico di deontologia professionale"*, Management Infermieristico, n 3/2005, pp. 30-37.

* *Infermiera. S.I.T.R. Presidio ospedale dei Bambini Azienda Spedali Civili Brescia.*

Etica nella ricerca in Europa

A cura di Gianluca Raineri * e Laura Fanetti **

Abstract

L'etica (dal greco antico εθος, o ήθος, èthos, "carattere", "comportamento", "costume", "consuetudine") è definita quella branca della filosofia che studia i fondamenti oggettivi e razionali che permettono di assegnare ai comportamenti umani uno status deontico, ovvero distinguerli in buoni, giusti, o moralmente leciti, rispetto ai comportamenti ritenuti cattivi o moralmente inappropriati; l'etica può anche essere descritta come la ricerca di uno o più criteri che consentano all'individuo di gestire adeguatamente la propria libertà nel rispetto degli altri¹.

La ricerca (atto, effetto del ricercare, indagine volta a raccogliere documenti, prove, ad accertare una situazione di fatto, ecc.) è invece definita, in particolare per quanto riguarda la ricerca scientifica, come un'attività umana avente lo scopo di scoprire, interpretare e revisionare fatti, eventi, comportamenti o teorie relative alla natura usando i metodi scientifici, cioè basati sul metodo scientifico. La ricerca scientifica è la metodologia usata per accrescere la conoscenza all'interno della scienza. In un senso più generale, il termine "ricerca" viene usato anche per indicare la raccolta di informazioni su un determinato soggetto².

L'etica, è la base per un "buon comportamento" e quindi per una ricerca eseguita nel rispetto della persona come individuo avente una propria dignità intrinseca.

Con l'aiuto di codici etici e deontologici internazionali e nazionali si è cercato di definire il filo conduttore che porta ad unire l'etica alla ricerca scientifica in ambito infermieristico.

Parole chiave: etica, ricerca infermieristica, codice deontologico, infermiere europeo

Introduzione

La necessità di eseguire ricerca e, nel contempo, la paura di veder commessi nuovi crimini simili a quelli portati alla luce dal processo di Norimberga, ha portato la comunità internazionale a produrre nel 1947 il *Codice di Norimberga*: la prima codificazione internazionale di regole sui diritti umani nell'ambito della sperimentazione, che pose molta attenzione all'importanza del consenso informato e quindi alla libertà di scelta dell'individuo di sottoporsi a sperimentazione clinica. Una nota storica spesso sottintesa, ma doverosa e dolente, riguarda il fatto che la maggior parte dei crimini commessi dai medici del Reich nazista furono perpetrati con l'avallo e, in taluni casi, l'aiuto di personale infermieristico, il quale, sebbene in secondo piano, certamente non fu meno colpevole.

Nel 1964 l'associazione medica mondiale integrò la normativa attraverso la *Dichiarazione di Helsinki* ("Raccomandazioni a guida dei medici nella ricerca clinica"), documento attraverso il quale venne esplicitato l'obbligo da parte del medico di tutelare la vita, la sicurezza e il benessere dell'individuo prima che della società e l'importanza di un valido protocollo di ricerca, da far validare ad un comitato etico.

La storia dell'etica nell'ambito della ricerca iniziò, quindi, dopo la seconda guerra mondiale, in un mondo dove ogni confine valoriale era stato superato e dove era necessario porre limiti adeguati per non cadere nuovamente nella violazione della dignità e dei diritti umani.

Da allora si è continuato a promulgare Codici, Dichiarazioni, Carte dei diritti, al fine di proteg-

gere l'uomo dalla scienza non controllata fino ai giorni nostri, dove all'interno di ogni Nazione e ogni professione sanitaria (e, invero, anche in alcune professioni non sanitarie), si osserva la produzione di codici deontologici che definiscono l'agire del professionista, basandosi sui principi generali di beneficenza/non maleficenza, autonomia, giustizia, equità.

L'importanza del ruolo giocato dall'infermiere nella ricerca è tuttavia arrivata non immediatamente, ma in un secondo momento.

Per lungo tempo, in Italia, la professione infermieristica è rimasta legata ad una concezione ancillare rispetto al medico, e solo poco più che

nell'ultimo decennio (a dispetto di Nazioni nelle quali questo passaggio è avvenuto con molti anni di anticipo) il suo ruolo ha avuto un'evoluzione positiva, favorita dagli sviluppi legislativi, che collocano l'infermiere nel gruppo dei professionisti sanitari non ausiliari. Si è, quindi, iniziato da poco ad osservare con spirito critico la pratica clinica e a porre problemi e quesiti che potessero trovare risposte grazie ad una ricerca.

Sebbene vi sia ancora poca esperienza nell'ambito della stessa e ancora poca considerazione dell'infermiere come produttore di conoscenza, il codice deontologico sottolinea e ribadisce la necessità e l'obbligatorietà di essere partecipi e fautori della ricerca stessa.

Obiettivo

Il presente elaborato si propone di mettere a confronto le varie idee di etica nella ricerca in ambito europeo, partendo da studi precedentemente eseguiti per poi valutare alcuni codici deontologici europei e confrontare le conoscenze precedenti con le opinioni di chi scrive.

Scopo

Fornire un quadro attendibile dello stato dell'arte sull'etica nella ricerca scientifica in ambito infermieristico nel contesto europeo, col fine di sensibilizzare l'attenzione dell'infermiere ricercatore ad un aspetto che non sempre è posto al vertice delle sue priorità.

Metodi

Revisione della letteratura reperita sulla tematica in corso di trattazione.

Revisione della letteratura

Le ricerche individuate su questo tema non sono state molte. Tuttavia, tra queste si citano:

- *Moral Obligations of Nurses Based on the ICN, UK, Irish and Polish Codes of Ethics for Nurses* - Dobrowolska B., Wrońska I., Fidecki W., Wysokiński (Medical University, Lublin, Poland).

In questa pubblicazione ci si occupa del rapporto tra il codice internazionale degli infermieri (codice dell'ICN) e il codice di condotta professionale inglese, irlandese e polacco, avendo come scopo dello studio quello di identificare le indicazioni comportamentali anche di carattere morale degli infermieri presenti nei codici presi in considerazione, comprendendo tanto le implicazioni pratiche quanto quelle cognitive.



Ne risulta che in tali codici non sono comprese esclusivamente norme universali sulla relazione con le persone assistite e sull'assistenza infermieristica, ma anche indicazioni specifiche riguardo problemi che nascono dall'esperienza degli infermieri nella pratica propria di ogni paese, dove influenze storiche e culturali possono creare piccoli "universi a se stanti".

Il presente studio fa, inoltre, seguito ad un precedente studio sui codici etici in infermieristica, che si è deciso di non prendere in considerazione in quanto basato su codici non più attualissimi.

- *The value of nurses' codes: European nurses' views* - Tadd W, Clarke A, Lloyd L, Leino-Kilpi H, Strandell C, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, Zalewski Z, Bialecka A, van der Arend A, Heymans R (Department of Geriatric Medicine, Wales College of Medicine, Cardiff University, 3rd floor Academic Centre, Llandough Hospital, Penlan Road, Cardiff CF64 2XX, Wales, UK.)

In questo articolo si discute delle diversità tra i vari codici etici europei al fine di sottolineare l'importanza degli stessi e della loro diffusione, che dovrebbe essere, a visione degli autori, maggiormente implementata anche all'interno delle stesse istituzioni universitarie, per renderli parte integrante dell'essere professionisti.

In effetti, sulla scorta delle interviste ad infermieri e a testimoni privilegiati e dei "focus group" analizzati e comparati a seguito dei tre anni che hanno impegnato tale studio nei vari paesi europei dove esso è stato sviluppato, si è giunti alla conclusione che, salvo rare eccezioni (che ad onor del vero comprendono il campione italiano), vi è una conoscenza ed un'applicazione piuttosto superficiale delle indicazioni comportamentali prodotte dai vari codici etici e deontologici europei. Per amore di chiarezza, però, va specificato che la scarsa conoscenza dei succitati codici viene, a detta degli autori, in buona parte compensata dal comune buonsenso che guida la pratica nelle sue applicazioni etico-deontologiche.

Nel Codice Deontologico degli infermieri italiani del 1999 si può individuare un solo articolo che contestualizza l'importanza della ricerca e l'applicazione della stessa:

Articolo 3.1. *L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su cono-*

scenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

Nel nuovo Codice Deontologico degli infermieri italiani, elaborato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel gennaio del 2009, si individuano, invece, due articoli a riguardo:

Articolo 11: *L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione perma-*



nente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12: L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

Da sottolineare, come novità rispetto al precedente, è l'importanza data alla sperimentazione clinica, nonché alla centralità dell'assistito come beneficiario dei risultati della ricerca.

Nel Codice Deontologico dell'International Council of Nurses (ICN) del 2005, (utilizzato anche dagli infermieri svizzeri), è l'articolo 3 a focalizzare il problema:

L'infermiere assume il ruolo principale nella definizione e nell'applicazione di standard accettabili nella pratica assistenziale clinica, nel management, nella ricerca e nella formazione infermieristica.

L'infermiere contribuisce attivamente a sviluppare un nucleo centrale di conoscenze professionali fondate sulla ricerca.

Vi sono, inoltre, specifiche riguardo ai comportamenti che, sulla base di spinte etico-deontologiche, dovrebbero tenere gli infermieri precipuamente dedicati all'assistenza diretta, al coordinamento, alla dirigenza, all'insegnamento e alla ricerca, nonché al ruolo delle Associazioni infermieristiche nazionali.

Nel Codice di comportamento degli infermieri inglesi del 2008, sono molteplici i punti che richiamano l'attenzione sull'importanza della ricerca nelle sue varie sfaccettature:

fornire un elevato standard di pratica e assistenza in ogni momento
utilizzare le migliori evidenze scientifiche possibili.

- *È necessario fornire le cure basate sulla migliore evidenza disponibile o sulla buona pratica clinica.*
- *È necessario garantire che tutti i consigli che dai siano basati su prove di efficacia nel momento in cui suggerisci prodotti o servizi di assistenza sanitaria.*
- *È necessario assicurare che l'uso di terapie complementari o alternative sia sicuro e nel miglior interesse dei tuoi assistiti.*

Mantenere abilità e conoscenze aggiornate

- *È necessario avere le conoscenze e le competenze per una pratica sicura ed efficace quando si lavora senza supervisione diretta.*

(Provide a high standard of practice and care at all times).

Nel Codice Deontologico spagnolo, risalente al 1988, sono tre gli articoli che interessano l'argomento:

Articolo 17: L'infermiera/e non potrà partecipare alla ricerca scientifica o a trattamenti sperimentali, su pazienti sottoposti alla sua assistenza, se in precedenza non è stato ottenuto da loro, o dai loro parenti o tutori, il consenso libero e informato.

Articolo 30: L'infermiera/e partecipa a gruppi di lavoro multidisciplinari che sviluppino le indagini epidemiologiche e sperimentali, finalizzate ad ottenere informazioni sui rischi ambientali che possono influenzare il miglioramento della salute nella vita quotidiana e nel lavoro,





definendo le azioni e valutando gli effetti di un intervento di assistenza infermieristica.

Articolo 75: L'infermiera/e, nell'agire sia come ricercatore, sia come assistente di ricerca e sia come esperto per valutare i risultati di un'indagine, deve tenere presente i principi stabiliti dalla Dichiarazione di Helsinki che disciplinano l'etica della pubblicazione scientifica.

Nel Codice Deontologico degli infermieri francese del 2004 si trovano un paio di rimandi all'argomento in trattazione:

Sezione A. 4312-20: L'infermiere/a non può svolgere attività al di fuori di assistenza, prevenzione, educazione sanitaria, formazione o attività di ricerca che consentano di trarre profitto dai poteri riconosciuti dalla normativa. Esso non può impegnarsi in un'altra attività professionale che non sia coerente con la dignità e la qualità richiesti dalla sua pratica professionale e che sia escluso dalla normativa in vigore.

Sezione A. 4312-27: Quando partecipa alla ricerca biomedica, l'infermiere/a deve farlo nel rispetto delle disposizioni del titolo II del libro I della parte I del presente codice .

Nel Codice Deontologico degli infermieri portoghesi un solo articolo è, seppur non direttamente, focalizzato sulla ricerca e sugli aspetti etici della medesima:

Articolo 88: L'eccellenza dell'esercizio.

L'infermiere cerca, in tutti gli atti professionali, l'eccellenza del servizio, facendosi carico di:

- a – analizzare regolarmente il lavoro effettuato, riconoscendo eventuali errori che meriterebbero il cambiamento di un atteggiamento.*
- b – cercare di adeguare a standard di qualità le cure sulle necessità concrete delle persone assistite.*
- c – mantenere un aggiornamento continuo sulle conoscenze e utilizzare le competenze tecnologiche senza dimenticare la formazione*

permanente e approfondite della scienza umana.

- d – assicurarsi di avere strumenti che garantiscano le migliori condizioni per esercitare la professione con dignità e autonomia, comunicando attraverso le vie competenti la carenza della qualità che possa pregiudicare l'assistenza.*
- e – garantire la qualità e assicurarsi sulle continuità dell'assistenza anche nelle attività delegate, delle quali ci si assume la responsabilità.*
- f – astenersi dall'esercizio sotto l'influsso di sostanze proibite o che possano perturbare l'integrità fisica o mentale.*

Discussione

Dopo aver analizzato i sopraccitati codici e articoli scientifici, che certamente non rappresentano la totalità di quelli a disposizione, si può dire che, benché il materiale analizzato provenga da varie regioni europee, in una logica che dovrebbe essere quella dell'interscambio culturale e professionale tra nazioni, tuttavia emergono numerose differenze, verosimilmente dettate dalla profonda difformità di substrato storico-culturale tra le diverse aree.

Parafrasando un'affermazione di Herman Blumgart in merito al rapporto tra pratica clinica e ricerca, si potrebbe sostenere che "...ogniquale un infermiere fa assistenza infermieristica ad un paziente, in un certo senso egli sta realizzando un esperimento...". Non è, di conseguenza, possibile condurre esperimenti senza un rigore, oltre che metodologico, anche etico, alla luce di quanto è successo negli anni probabilmente più bui della storia della ricerca in campo biomedico, ossia quelli dei crimini perpetrati da medici ed infermieri nazisti ai danni di "cavie umane". Tale percorso ha portato a numerose riflessioni e alla necessità di giungere alla condivisione di principi e valori etici nel campo, oltre che della pratica clinica, anche della ricerca. Risultati di queste riflessioni sono stati il sopra citato Codice di Norimberga (1947), seguito dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964, con le successive revisioni. In ultima istanza, non certamente per importanza, si sono sviluppati negli anni, sia a livello nazionale che, tramite l'associazionismo, sovra-nazionale, numerosi Codici Deontologici, come descritto nella revisione della letteratura. Uno dei principali assunti che potremmo fare nostri, come affermato da Jean Bernard, è la

convinzione che l'esercizio dell'assistenza infermieristica basato su pratiche non validate dalla ricerca è di per sé già eticamente scorretto, in quanto potenzialmente dannoso per la persona assistita, o quantomeno non ottimale per la stessa, fermo restando che non tutto ciò che è validato scientificamente non è necessariamente corretto dal punto di vista etico; se si accetta la definizione di James A. Fain (*"La ricerca infermieristica è un processo che permette agli infermieri di porsi quesiti, con l'obiettivo di generare nuova conoscenza per migliorare l'assistenza al paziente"*), infatti, alla ricerca si possono attribuire due finalità principali, ossia il contributo sia alla soluzione di problemi pratici che allo sviluppo dell'infermieristica medesima. L'infermiere ha, dunque, il dovere deontologico di contribuire allo sviluppo del corpus di conoscenze dell'infermieristica.

Sebbene la ricerca in ambito infermieristico sia destinata a contribuire al miglioramento delle procedure, delle prestazioni e dell'assistenza in genere, rimane il fatto che tanto il metodo quanto i risultati della ricerca debbano passare attraverso una sorta di filtro che ha lo scopo di proteggere gli oggetti di studio (che in alcuni casi sono proprio gli assistiti) dalla violazione dei diritti e della dignità personali.

In tal senso non è certamente facile la *mission* scientifica assegnata ai Comitati Etici, che in alcuni casi potrebbero essere percepiti come ostacoli al progresso scientifico e tecnologico offerto dal ricercatore: il miglioramento del processo di indagine è il loro obiettivo primario, che ha come diretta conseguenza la tutela dei diritti degli individui coinvolti. Le finalità dei comitati etici sono così riassumibili:

- valutazione dei protocolli di sperimentazione clinica proposti dai ricercatori ospedalieri ed universitari convenzionati, secondo le disposizioni del D.M. 12/05/2006 e DGR n. VIII/3780 del 13/12/2006, allo scopo di supportare, con il proprio parere motivato, la Direzione Generale dell'Azienda di appartenenza nella decisione di autorizzare o meno la conduzione dei medesimi studi sperimentali;
- espressione di specifiche valutazioni su tematiche a particolare valenza etico-deontologica e formulazione di pareri o raccomandazioni utili ad indirizzare le scelte del personale sanitario, nella pratica di interventi clinico-assistenziali;
- promozione di iniziative a carattere formativo

vo-informativo per lo sviluppo e la conoscenza della bioetica, con riferimento particolare alle problematiche etico-deontologiche attinenti all'opera del personale operante nelle strutture dell'Ente di appartenenza.

Conclusioni

Per permettere un corretto sviluppo della ricerca scientifica, anche infermieristica resta come strumento insostituibile il consenso informato. Troppo spesso si è evidenziato un utilizzo solo di facciata del consenso informato, che invece deve (e non a caso si evita l'uso del condizionale!) essere inderogabilmente reale e non fittizio. Il consenso informato è la manifestazione della volontà (nella fattispecie da parte della persona assistita oggetto di ricerca o coinvolta nella stessa), di sottoporsi a studi che lo coinvolgono. Questa manifestazione di volontà non può prescindere da un'accurata ed esauriente illustrazione della natura del percorso che verrà seguito, ivi comprese eventuali conseguenze e sviluppi che ne possano derivare. E' un momento importante del rapporto che nasce tra il ricercatore e la persona oggetto di studio, in quanto funzionale a confermare fiducia reciproca e a responsabilizzare entrambe le parti. Anche per questo motivo il consenso non è meramente un diritto di chi lo sottoscrive, ma un dovere metodologico per il ricercatore.

La ricerca scientifica deve dunque continuare a camminare di pari passo col progresso della disciplina e dell'etica per permetterne un corretto esercizio.

* *Infermiere. Primo Servizio di Anestesia e rianimazione Spedali Civili Bs.*

** *Infermiere. Primo Servizio di Anestesia e rianimazione Spedali Civili Bs.*

Bibliografia:

- Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, «CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE», 1999
- Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, «CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE», 2009
- Fry S. T., Johnstone M. J., «ETICA PER LA PRATICA INFERMIERISTICA» CEA 2004
- Silvestro A. (a cura di) «COMMENTARIO AL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE 2009» Mc Graw-Hill 2009
- De Rose «CHE COS'E' LA RICERCA SOCIALE» Carrocci 2003
- Fain J. A. «LA RICERCA INFERMIERISTICA: LEGGERLA, COMPRENDERLA E APPLICARLA» Mc Graw-Hill 2004
- LoBiondo-Wood G., Haber J. «METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA» Mc Graw-Hill 2002
- Dobrowolska B., Wrońska I., Fidecki W., Wysokiński «MORAL OBLIGATIONS OF NURSES BASED ON THE ICN, UK, IRISH AND POLISH CODES OF ETHICS FOR NURSES» Medical University, Lublin, Poland 2007
- Tadd W., Clarke A., Lloyd L., Leino-Kilpi H., Strandell C., Lemonidou C., Petsios K., Sala R., Barazzetti G., Radaelli S., Zalewski Z., Bialecka A., Van der Arend A., Heymans R. «THE VALUE OF NURSES' CODES: EUROPEAN NURSES' VIEWS» Department of Geriatric Medicine, Wales College of Medicine, Cardiff University, 3rd floor Academic Centre, Llandough Hospital, Penlan Road, Cardiff CF64 2XX, Wales, UK. 2006
- Appunti del corso di Deontologia infermieristica e ostetrica e regolamentazione della professione infermieristica e ostetrica in ambito formativo, organizzativo e della ricerca, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Anno Accademico 2009/2010.
- Appunti del corso di Metodologia della ricerca infermieristica ed evidence-based nursing, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Anno Accademico 2009/2010.
- www.ipasvi.it
- www.icn.ch
- www.infirmiers.com
- www.ordemenfermeiros.pt
- www.terra.es
- www.nmc-uk.org
- www.zw.unimaas.nl

ALLEGATO 1

Element of the Code # 1: NURSES AND PEOPLE

Practitioners and Managers

Provide care that respects human rights and is sensitive to the values, customs and beliefs of all people. Provide continuing education in ethical issues. Provide sufficient information to permit informed consent and the right to choose or refuse treatment. Use recording and information management systems that ensure confidentiality. Develop and monitor environmental safety in the workplace.

Educators and Researchers

In curriculum include references to human rights, equity, justice, solidarity as the basis for access to care. Provide teaching and learning opportunities for ethical issues and decision making. Provide teaching/learning opportunities related to informed consent. Introduce into curriculum concepts of privacy and confidentiality. Sensitise students to the importance of social action in current concerns.

National Nurses' Associations

Develop position statements and guidelines that support human rights and ethical standards. Lobby for involvement of nurses in ethics review committees. Provide guidelines, position statements and continuing education related to informed consent. Incorporate issues of confidentiality and privacy into a national code of ethics for nurses. Advocate for safe and healthy environment.

6

Element of the Code # 2: NURSES AND PRACTICE

Practitioners and Managers

Establish standards of care and a work setting that promotes safety and quality care. Establish systems for professional appraisal,

continuing education and systematic renewal of licensure to practice. Monitor and promote the personal health of nursing staff in relation to their competence for practice.

Educators and Researchers

Provide teaching/learning opportunities that foster life long learning and competence for practice. Conduct and disseminate research that shows links between continual learning and competence to practice. Promote the importance of personal health and illustrate its relation to other values.

National Nurses' Associations

Provide access to continuing education, through journals, conferences, distance education, etc. Lobby to ensure continuing education opportunities and quality care standards. Promote healthy lifestyles for nursing professionals. Lobby for healthy work places and services for nurses.

7

Element of the Code # 3: NURSES AND THE PROFESSION

Practitioners and Managers

Set standards for nursing practice, research, education and management. Foster workplace support of the conduct, dissemination and utilisation of research related to nursing and health. Promote participation in national nurses' associations so as to create favourable socio-economic conditions for nurses.

Educators and Researchers

Provide teaching/learning opportunities in setting standards for nursing practice, research, education and management. Conduct, disseminate and utilise research to advance the nursing profession. Sensitise learners to the importance of professional nursing associations.

National Nurses' Associations

Collaborate with others to set standards for nursing education, practice, research and manage

education and management. Foster workplace support of the conduct, dissemination and utilisation of research related to nursing and health. Promote participation in national nurses' associations so as to create favourable socio-economic conditions for nurses.

Educators and Researchers

Provide teaching/learning opportunities in setting standards for nursing practice, research, education and management. Conduct, disseminate and utilise research to advance the nursing profession. Sensitise learners to the importance of professional nursing associations.

National Nurses' Associations

Collaborate with others to set standards for nursing education, practice, research and management. Develop position statements, guidelines and standards related to nursing research. Lobby for fair social and economic working conditions in nursing. Develop position statements and guidelines in workplace issues.

8

Element of the Code #4: NURSES AND CO-WORKERS

Practitioners and Managers

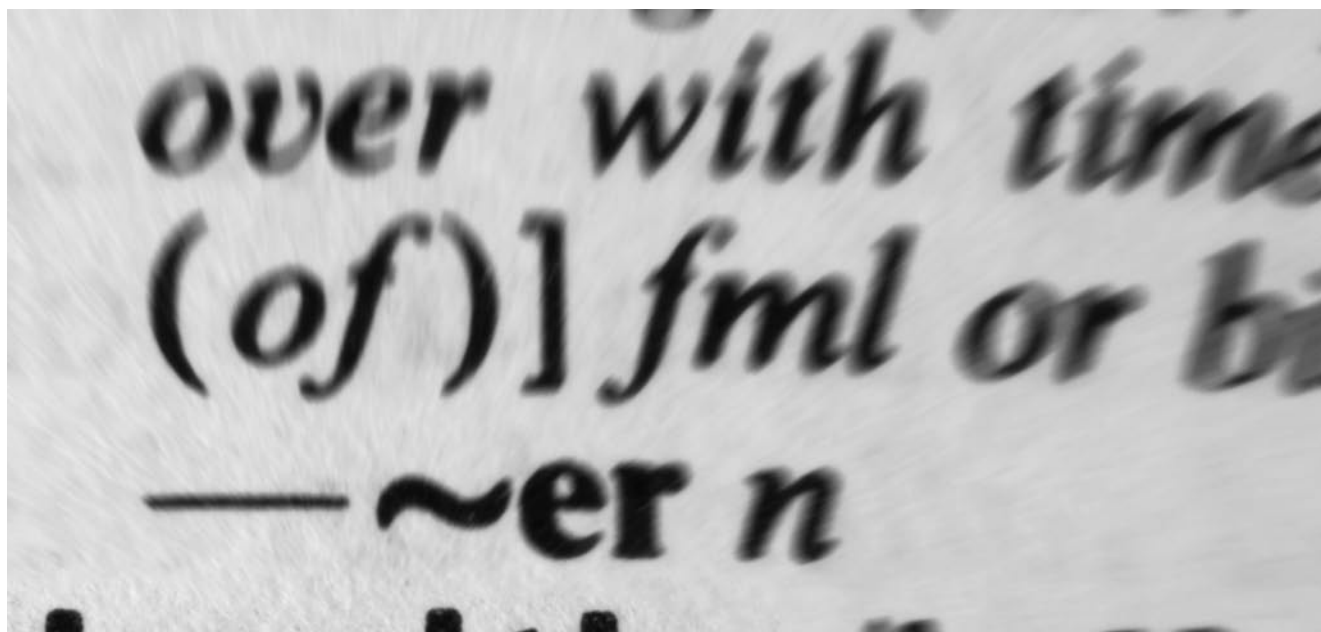
Create awareness of specific and overlapping functions and the potential for interdisciplinary tensions. Develop workplace systems that support common professional ethical values and behaviour. Develop mechanisms to safeguard the individual, family or community when their care is endangered by health care personnel.

Educators and Researchers

Develop understanding of the roles of other workers. Communicate nursing ethics to other professions. Instil in learners the need to safeguard the individual, family or community when care is endangered by health care personnel.

National Nurses' Associations

Stimulate co-operation with other related disciplines. Develop awareness of ethical issues of other professions. Provide guidelines, position statements and discussion fora related to safeguarding people when their care is endangered by health care personnel.



ALLEGATO 2

TITRE II : RÈGLES APPLICABLES AUX INFIRMIERS OU INFIRMIÈRES D'EXERCICE LIBÉRAL

CHAPITRE Ier : Devoirs généraux

Art. 33. - L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.

Art. 34. - L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet du département, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier.

Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article 51 du décret du 9 novembre 1979 susvisé.

Art. 35. - Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Art. 36. - L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Art. 37. - La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.

L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité.

La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.

Art. 38. - Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Art. 39. - Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA:

- Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, «CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE», 1999
- Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, «CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE», 2009
- Fry S. T., Johnstone M. J., «ETICA PER LA PRATICA INFERMIERISTICA» CEA 2004
- Silvestro A. (a cura di) «COMMENTARIO AL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE 2009» Mc Graw-Hill 2009
- De Rose «CHE COS'E' LA RICERCA SOCIALE» Carocci 2003

Brevi dal Coordinamento

Nei mesi estivi il Coordinamento Collegi Lombardi non è andato in ferie. Sono stati svolti numerosi incontri e si sono costituiti dei gruppi di lavoro che hanno portato all'elaborazione di proposte e documenti inviati sia agli interlocutori politici sia tecnici della regione. A giugno, dopo una raccolta dati riferita agli operatori di supporto che quantificava in 35.000 le persone formate in Lombardia (molte inoccupate), è stata inviata la nota sulla necessità di una programmazione e di una valutazione della ricaduta formativa della figura dell'OSS.

Si è ri-costituita la Commissione Regionale per la Formazione (ECM/CPD) che prevede la presenza di due rappresentanti dei Collegi IPASVI. Sono stati nominati la presidente del Coordinamento Mazzoleni e il presidente dell'IPASVI di Brescia, Bazzana.

Nel mese di luglio, a seguito della mozione del Consiglio Regionale n.142 concernente "L'istituzione nelle ASL e negli IRCCS di unità operative delle professioni sanitarie, in attuazione della Legge n.251/2000", il Coordinamento ha intrapreso un percorso di analisi che ha coinvolto i Dirigenti SITRA delle A.O., ASL e IRCCS. Nell'incontro del 30 giugno c'è stata la possibilità di un confronto fra le varie posizioni e tutti i presenti hanno convenuto sulla necessità di lavorare per ottenere un Servizio infermieristico in regione e di costituire subito un gruppo di lavoro ristretto. Il mandato era di produrre un documento che costituisse la sintesi e lo sviluppo di quanto già legiferato in materia, che potesse rappresentare un valido contributo per l'imminente stesura della circolare d'indirizzo

ai Direttori Generali per la stesura dei POA. Documento e nota sono stati inviati a fine luglio al DG Sanità Dr. Lucchina e per conoscenza al presidente Formigoni e all'assessore Bresciani. In particolare si è sottolineata la necessità della dirigenza unica (peraltro prevista testualmente dalla circolare regionale 15-SAN del 2005) con la possibilità null'affatto preclusa "alle singole Aziende di attivare ulteriori posizioni dirigenziali per specifiche aree professionali o funzionali, di particolare rilevanza aziendale."

A fine luglio il Coordinamento ha incontrato Federfarma e gli Ordini dei Farmacisti per un primo confronto sul Decreto 90/2011 sulla nuova farmacia dei servizi, mentre a Brescia un primo incontro con l'Ordine dei farmacisti si è tenuto nel mese di maggio, con l'impegno di produrre delle Linee Guida comportamentali che sono in corso di elaborazione.

Infine, ad agosto, il Coordinamento ha condiviso e inviato in regione una proposta di valorizzazione dei Coordinatori didattici di Sezione, dei Tutor e Assistenti di tirocinio dei corsi di Laurea in Infermieristica. Tale documento, sottoscritto da tutti i coordinatori didattici della Lombardia (7 della nostra provincia), sottolinea il prezioso apporto dei colleghi impegnati nella formazione dei futuri professionisti, essenziali al funzionamento del SSR e al mantenimento della qualità dell'assistenza erogata. Ma anche, da un punto di vista quantitativo, richiede che si possa favorire il raggiungimento dell'importante obiettivo di meglio corrispondere con l'offerta formativa delle Università lombarde, al fabbisogno regionale di infermieri.



Comunicazioni del Collegio

...e con questo sono 60!

A cura di Moreno Crotti Partel* e Marina Bertoli **

Valutazione dei dati di customer satisfaction 2011
delle pubblicazioni IPASVI-BS
Tempo di Nursing - TdN e Tempo di Nursing News - TdNN

Siamo alle nozze di diamante tra la rivista Tempo di Nursing e gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News sono le riviste ufficiali del collegio IPASVI di Brescia nell'ultimo triennio sono state pubblicate e spediti 6 numeri di TdN e 9 numeri di TDNN a circa 7600 iscritti.

Nella costante idea di dar voce alle opinioni degli iscritti, con la volontà di valutare con voi l'utilità delle pubblicazioni del Collegio e il vostro gradimento dei contenuti esposti e della veste grafica, è stata rilevata la soddisfazione utente relativa alle riviste "Tempo di Nursing" e "Tempo di Nursing News" per l'ultimo triennio.

Metodo di rilevazione

Distribuzione del questionario inserito nel nu-

mero 58/59 di aprile 2011.

Nel questionario proposto si è chiesto di esprimere un giudizio sugli aspetti, più salienti, riguardanti la rivista stessa e più precisamente:

- Veste grafica e impaginazione
- Interesse per gli articoli
- Utilità della rivista in riferimento all'attività svolta
- Tempi di consegna della posta rispetto alla data di emissione
- Congruità numero pubblicazioni annue

Per i singoli aspetti presi in considerazione nel questionario veniva chiesto di esprimere il proprio parere secondo una scala di 4 valori:

- 4 = Completamente soddisfatto
- 3 = Molto soddisfatto
- 2 = Poco soddisfatto
- 1 = Per niente soddisfatto

Inoltre erano presenti due domande aperte per capire le specifiche problematiche o preferenze

di chi rispondeva:

- Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?
- Eventuali osservazioni e/o suggerimenti

Al termine del questionario è stata proposta una domanda che chiedeva la preferenza sul ricevere la rivista in un diverso formato (cartaceo - elettronico o entrambi).

Risultati

I questionari pervenuti sono stati 260 pari al 3,4% degli iscritti (7684)

Il risultato seppur molto esiguo è da ritenersi soddisfacente in quanto dal confronto con i dati della precedente customer, datata aprile 2006 (33 questionari restituiti pari allo 0,45%), si può apprezzare un aumento particolarmente significativo dei responder.

Analizzando i singoli aspetti emergono i seguenti dati (tabelle 1 e 2).

Analisi dei dati

Tempo di Nursing - TdN

La maggioranza dei responders si dimostra sod-

disfatta su tutti gli aspetti della rivista TdN anche se permangono percentuali di “per niente soddisfatto”; il formato privilegiato rimane quello cartaceo, ma sono percentualmente significative le richieste di poterne fruire anche in formato elettronico.

Inoltre, per quanto riguarda gli aspetti fondamentali le richieste sono rivolte principalmente:

- alla pubblicazioni di lavori più vicini alla realtà lavorativa, territoriale e contenenti esperienze personali
 - alla diffusione di informazioni rispetto alla formazione universitaria e alla normativa di riferimento della professione infermieristica
 - alla pubblicazione di corsi di aggiornamento
- Per quanto riguarda le eventuali osservazioni e/o suggerimenti le richieste sono rivolte:
- alla veste grafica
 - alla pubblicazioni di lavori inerenti l'EBN
 - alla pubblicazione di esperienze di altri Collegi o Nazionali

Si elencano di seguito tutti i commenti ricevuti per TdN:

Tabella n° 1 – Tempo di Nursing

Soddisfazione	Completamente soddisfatto	Molto soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Veste grafica e impaginazione	15,4%	63,5%	18,1%	3,1%
Interesse	13,1%	70,0%	14,6%	2,3%
Utilità	12,1%	61,4%	22,0%	4,5%
Tempi di consegna	12,3%	55,8%	27,3%	4,6%
N. Pubblicazioni anno	13,5%	63,5%	18,8%	4,2%

Per quanto riguarda il formato della rivista TdN, i responders si sono espressi come segue.

Formato TdN	
elettronico	18%
cartaceo	61%
elettronico + cartaceo	21%

Quali aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?

- Esperienza nelle varie regioni italiane; master I e II livello (novità accademiche)
- Sul sito nazionale la rassegna stampa era meglio fruibile con il sistema di prima
- Meno numeri e più assistenza
- Trattare argomenti più tecnici e realistici da applicare nelle attività quotidiane
- Aumentare gli articoli contenenti esperienze personali
- Aspetti medico legali
- Offrire più spazio a narrazioni di esperienze personali
- Trattare argomenti più vicini alla realtà lavorativa, trattare argomenti di carattere giuridico (responsabilità) e contrattuale
- Territorio
- Cambiare la grafica (scrivere su un foglio con disegno di sottofondo rende poco visibile la scrittura e di conseguenza poco piacevole la lettura)
- Diritti dell'infermiere
- Maggior collaborazione con le università e con

le varie sperimentazioni nelle UU.OO.

- Ridurre il numero di argomenti trattati in ogni rivista
- Maggior attenzione alle problematiche del personale turnista in rapporto alla carenza del personale stesso
- Contenuto più ridotto, sostanziale e magari inerente maggiormente l'attività dell'U.O.
- Curare aspetti legislativi
- Tempi di consegna non idonei, spesso arriva in ritardo; maggiore spazio ad articoli che riguardino la metodologia della professione
- Diffondere la nostra professione attraverso la stampa nazionale e locale
- Aumentare il n. di pubblicazioni annue. Capisco il problema economico non è indifferente ma si potrebbe pubblicare tempo di nursing solo in formato elettronico e recuperare soldi. E' una bella rivista.
- Ricevere più informazioni sui corsi di aggiornamento limitrofi alla mia sede di servizio
- Più informazioni riguardo agli aggiornamenti

Osservazioni e suggerimenti

- Migliorare la grafica

Tabella n° 2 – Tempo di Nursing News

Soddisfazione	Completamente soddisfatto	Molto soddisfatto	Poco soddisfatto	Per niente soddisfatto
Veste grafica e impaginazione	15,3%	60,4%	22,4%	2,0%
Interesse	12,9%	65,5%	20,4%	1,2%
Utilità	13,8%	61,4%	23,6%	1,2%
Tempi di consegna	13,7%	61,2%	23,5%	1,6%
N. Pubblicazioni anno	10,2%	54,9%	29,8%	5,1%

Per quanto riguarda il formato della rivista TdNN, i responders si sono espressi come segue.

Formato TdNN		
elettronico		32%
cartaceo		68%
elettronico	+	0%
cartaceo		

- Articoli o argomenti più pratici facendo riferimento a LG più recenti, tenendo in considerazione dell'EBN/EBM (Es. Cateterismo venoso, vescicale, ecc); infermieri più anziani non aggiornati
- Maggiore qualificazione della professione a livello nazionale
- Per un miglior archivio personale suggerirei di raggruppare gli argomenti annessi ad ogni uscita della rivista (cos' da migliorare la mia ricerca personale al momento opportuno) oppure far emergere i temi trattati dalla rivista o in una prima pagina o lateralmente alla rivista in dicitura più evidente sempre per un miglior archivio personale
- Esperienze altri Collegi
- Proposte formative come master, ecc
- Aumentare il numero di pubblicazioni
- Farci conoscere al pubblico come professione e quale formazione hanno gli infermieri. Maggiore tempestività nella consegna della rivista.

Tempo di Nursing News - TdNN

In sintesi si può dire che per quanto riguarda sia gli aspetti fondamentali che le eventuali osservazioni e/o suggerimenti le richieste sono rivolte:

- aspetti legali
- al miglioramento del servizio postale (tempi di ricevimento lenti).
- alla possibilità di riceverle in altro formato

I suggerimenti ricevuti per TdNN sono stati:

Quali altri aspetti fondamentali, ritiene debbano essere presi in considerazione per migliorare ulteriormente il servizio?

- Aspetti legali
- Aspetti legali
- Più corsi di aggiornamento gratuiti
- Puntualità (spesso la rivista arriva quando gli eventi proposti dalla rivista sono già trascorsi: Qualità (servirebbero più articoli che riguardano esperienze lavorative reali)
- Spesso capita che la rivista arrivi dopo che gli eventi proposti sono già stati svolti
- Migliorare la grafica per stimolare la lettura
- Più numeri l'anno; maggiore interesse ai corsi d'aggiornamento ECM
- Maggiori corsi di aggiornamento accessibili aumentando il n. dei partecipanti
- Ridurre la quota di iscrizione al Collegio eliminando le spese relative alla rivista
- Inviare la rivista con mail e ridurre automaticamente il costo dell'iscrizione al Collegio

- Non mi interessa ricevere la rivista in nessun formato
- Fare in modo che la rivista venga spedita e quindi arrivi a domicilio in tempo utile per iscriversi a corsi di aggiornamento
- Va bene così; arriva in ritardo qualche volta
- Raramente sono articoli che possono interessare anche gli AS

Osservazioni e suggerimenti

- Non mi viene recapitata
- Non mi viene recapitata
- Non mi viene recapitata.
- Le date dei corsi/convegni sono spesso antecedenti alla data dell'invio della rivista TN
- Preferirei ricevere le news in formato elettronico
- TNN inutile: sostituire con posta elettronica o con blog sul sito IPASVI BS
- Più aggiornamenti inerenti alle patologie cliniche. Segnalazione di corsi di aggiornamento gratuiti
- Arriva in ritardo
- Mai arrivato per posta
- Non la ricevo
- Mi sembra che vivano in un paese fatato un altro stato. Più realtà di come stanno le cose
- Aumentare i corsi visto il numero di ECM che dobbiamo raggiungere e la nostra ASL non è in grado di garantirci 50 ECM
- Proporrei inserire TDNN nella rivista TDN

Commento

I risultati della rilevazione dimostrano che molto dell'impegno profuso dalla Commissione e dal Consiglio ha dato buoni frutti, anche i commenti dei colleghi raccolti in modo spontaneo, durante i numerosi momenti di incontro di questo ultimo triennio (corsi, convegni, ecc.) sono sintomo di quanto questi due semplici strumenti di informazione possono coagulare il lavoro, le aspettative, il cammino del Collegio.

Riporto le parole del collega G.Guerriero che sul n° 54 di TdN, presentando la nuova impostazione della rivista, scriveva: "Tempo di Nursing ha sempre rappresentato le vicissitudini dell'anima del Collegio e degli infermieri bresciani. Talora bello e impegnato, talora canuto e scarno, ma sempre espressione consapevole di una professione appassionata, dibattuta e amata."

** Consigliere IPASVI, Componente Comitato Redazione Tempo di Nursing*

*** Consigliere IPASVI*

Candidature per il rinnovo del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi per il triennio 2012-2014

A cura del Comitato di Redazione

*Cari Colleghi,
il mandato dell'attuale Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI termina a fine anno.
Nei giorni 26, 27 e 28 Novembre 2011 avranno luogo le elezioni dei rappresentanti provinciali della professione che assumeranno l'impegno di rappresentare i 7697 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.

I membri dell'attuale Consiglio Direttivo che rinnovano la loro disponibilità sono:

Carla Agazzi. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda ospedaliera di Desenzano d/g, presidio di Manerbio U.O.orl.

Principali esperienze formative:

Certificato di abilitazioni a funzioni direttive.

Master infermieristica legale forense

Esperienze professionali;

infermiera dal 1980 al 1993. Dal 1993 a tutt'oggi coordinatore AFD.

Docente in corsi asa e oss. Commissione esami oss e laurea infermieristica

Consigliere del Collegio Ipasvi dal 2009.

Diego Amoruso, infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Principali esperienze formative:

Master di I Livello in Management nelle Organizzazioni Sanitarie abilitante all'esercizio delle funzioni di Coordinamento ai sensi e per gli effetti dell'art 6, comma 1, lettera "b", Legge 01

febbraio 2006, n. 43.

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Diploma Universitario di Infermiere.

Esperienze professionali;

da marzo 2011 a tutt'oggi: azienda ospedaliera Apedali Civili di Brescia, infermiere presso il Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo (S.I.T.R.) del Presidio Ospedale dei Bambini, per il progetto di Accreditamento all'eccellenza Joint Commission International;

da dicembre 2004 a marzo 2011: Azienda ospedaliera Spedali Civili di Brescia, infermiere presso il Servizio di Anestesia e Rianimazione Pediatrica

Stefano Bazzana. Infermiere

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Principali esperienze formative:

1983 - Diploma di maturità Scuola "T. Olivelli" di Darfo Boario Terme

1986 - Diploma di Infermiere Professionale Scuola "Paola di Rosa" di Brescia

1992 - Attestato di Abilitazione alle Funzioni Direttive Scuola "Paola di Rosa", Brescia

1996 - Attestato IREF- Regione Lombardia per Responsabili Formazione in Sanità

2001 - "Postgraduate Diploma" Università di Birmingham-SDA Bocconi, Milano

2005 - Corso di Giornalismo - Ordine dei Giornalisti della Lombardia (iscr. Albo Pubblicisti)

2007 - Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche - Tesi di ricerca sull'Etica della Formazione

Esperienze professionali;

Dal 1986 al 1992 Infermiere Professionale (Spedali Civili e ASL Gardone VT)

Dal 1992 al 2001 Infermiere Coordinatore e Infermiere Insegnante (Gardone VT, Spedali Civili)

Dal 2001 Responsabile Processi Formativi Spedali Civili di Brescia. Responsabile Scientifico ECM/CPD per oltre 200 eventi/progetti formativi. Membro del Comitato Etico dell'A.O. Spedali Civili di Brescia dal 2001 al 2007.

Nel 2007 Esperienza presso il Centro OMS di Ginevra (per malati cronici) con il prof. Golay. Dal 2007 Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Brescia.

Dal 2009 Membro del Comitato Tecnico Scientifico ECM dell'ASL di Brescia.

Presidente uscente del collegio Ipasvi con incarichi in gruppi di lavoro regionali e responsabile di commissioni.

Angelo Benedetti. Infermiere.

Sede di lavoro: Rsa "Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus"

Esperienze professionali:

dal 1991 al 2006, Infermiere presso le U.O di Medicina, Otorinolaringoiatria ed Emodialisi del Presidio Ospedaliero di Manerbio (A.O di Desenzano del Garda), dal 2006 ad oggi Infermiere Coordinatore presso la RSA "Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus"; attuale componente del Consiglio Direttivo e Tesoriere del Collegio IPASVI di Brescia.

Giovanna Bertoglio. Infermiera. Assistente Sanitaria.

Sede di lavoro: libera professione.

Principali esperienze formative:

Infermiera. Tecnica di Anestesia Rianimazione, Assistente Sanitaria.

Esperienze professionali:

Da 20 anni esercito la libera professione, mi occupo di formazione operatori di supporto, interventi di docenza presso alcuni Collegi su tematiche della libera professione

Consigliere del Collegio all'interno del quale sono il coordinatore della commissione per la libera professione

Consigliere del Consiglio di Indirizzo dell'ente di previdenza e assistenza per gli Infermieri: ENPAPI dal 2007 al 2010, dal 2011 Amministratore di ENPAPI

Presidente nazionale di AILPI: Associazione infermieri liberi professionisti italiani.

Bruna Bertoli. Infermiera.

Sede di lavoro: ASL di Vallecamonica Sebino

Principali esperienze formative:

Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche

ed ostetriche, conseguito presso Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

Laurea per Infermiere, conseguito presso Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

Diploma Universitario di Infermiere, conseguito presso Università degli Studi di Tor Vergata, Roma

Diploma Universitario di Dirigente dell'Assistenza Infermieristica, conseguito presso l'Università Cattolica S. Cuore di Roma

Diploma di Infermiere professionale conseguito presso la scuola dell'Ospedale San Raffaele, Milano.

Valutatore di Sistemi di gestione per la Qualità nel settore Sanitario (corso 40 ore - attestato n. 14/2001)

Esperienze professionali;

Coordinatore presso l'Ufficio Qualità Aziendale dell'ASL di Vallecamonica Sebino dal 2002 a tutt'oggi
Docente di Teoria dell'assistenza presso Università degli Studi di Brescia I(Sezione di Esine) dal 1995 a tutt'oggi.

Componente Consiglio Direttivo e Responsabile Qualità presso Collegio IPASVI di Brescia (triennio 2009- 2011)

Moreno Crotti Partel. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Principali esperienze formative:

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (2007)

Master in Coordinamento (2010)

Laurea in scienze Infermieristiche (2004)

Esperienze professionali:

dal 2004 al 2010 Infermiere presso Terapia Intensiva Neonatale Spedali Civili di Brescia

dal 2010 Coordinatore Oncoematologia Pediatrica Spedali Civili di Brescia

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Brescia, nei corsi di Laurea in Infermieristica e in Ostetricia.

Consigliere e componente del Comitato di redazione della rivista Tempo di Nursing del Collegio IPASVI di Brescia dal 2006.

Anna Maria Iannelli. Infermiera.

Sede di lavoro: libera professione.

Principali esperienze formative:

Sono un'infermiera in possesso dell'attestato di abilitazione alle funzioni direttive e della laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche. Frequento attualmente un corso triennale di Counselling sistemico.

Esperienze professionali:

Ho esercitato dal 1981 come infermiera e successivamente, dal 1984, come caposala in ospedale e in RSA.

Attualmente esercito la Libera Professione e mi occupo soprattutto di formazione e consulenza. Dal 2007 sono Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Brescia.

Da febbraio 2009 sono Membro del Consiglio Direttivo e coordinatore della Commissione Tempo di Nursing del collegio IPASVI di Brescia.

Lidia Annamaria Tomaselli. Infermiera. Assistente Sanitaria.

Sede di lavoro: Rsa "Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus"

Principali esperienze formative:

Laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche.

Esperienze professionali;

Infermiera reparto chirurgia ospedale di manerbio 7 anni

Assistente sanitaria ussl 44 montichiari 7 anni

Infermiera coordinatrice rsa manerbio 7 anni

Infermiera dirigente rsa manerbio 5 anni

Docenza corsi asa e oss 11 anni

Consigliera consiglio direttivo collegio ipasvi di Bs 2006 - 2008; segretaria collegio ipasvi di Bs 2009 -2011; responsabile della commissione formazione operatori di supporto.

Silvia Rossini. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Principali esperienze formative:

Laurea Magistrale Scienze Infermieristiche e Ostetriche,

Master management infermieristico per le funzioni di coordinamento.

Esperienze professionali;

Dal 1997 al 2009 ho prestato servizio presso la 1° medicina e dal 2010 ad oggi lavoro come tutor professionale presso il Corso di Laurea in Infermieristica.

Svolgo attività di docenza diretta agli studenti del Corso di Infermieristica e Dietistica.

Ermellina Zanetti. Infermiera.

Sede di lavoro: Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia.

Principali esperienze formative:

Laurea Magistrale Scienze Infermieristiche e Ostetriche,

Esperienze professionali;

Responsabile della sezione progetti del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia.

Coordinatore della sezione nursing della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

Codirettore della rivista "I luoghi della Cura" organo ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.

Vice Presidente Collegio IPASVI di Brescia dal febbraio 2009.

Le altre candidature pervenute sono le seguenti:

Monica Altare. Infermiera.

Principali esperienze formative:

1991 Diploma di Infermiera Professionale

1996 Maturità: Assistente Comunità Infantili

1999 Laurea in Psicologia Clinica e di Comunità

Esperienze professionali;

2002 - 2009 Attività in Comunità Terapeutica - Riabilitativa

2007- ad oggi insegnamento tecniche di rilassamento presso i comuni

1999 al 2002 infermiera professionale di reparto (chirurgia generale e chirurgia vascolare presso Casa di Cura Sant'Anna

2001- 2002 insegnante corso di formazione per OSS presso Casa di Cura Sant'Anna di BS

1999-2002 Infermiera strumentista sala operatoria all'ospedale Fatebenefratelli di BS.

Barbara Apollonio. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda

Principali esperienze formative:

Diploma di Infermiere professionale conseguito presso la scuola Paola di Rosa (Brescia) nel 1990

Diploma di Tecnico dell'impresa turistica.

Master in coordinamento delle professioni sanitarie.

Diploma di maturità.

Esperienze professionali;

Dal 1990 al 2004 ho prestato servizio come infermiera presso l'ospedale di Gavardo nell'U.O. di ginecologia e ostetricia, dal 2005 al 2009 nel servizio di Medicina preventiva (Servizio medico competente).

Dal 2009 a tutt'oggi svolgo il mio servizio come infermiera/tutor presso il presidio ospedaliero di Desenzano al Corso di Laurea in Infermieristica.

Dall'A.A. 2009/10 a tutt'oggi sono Docente della disciplina di "Organizzazione della professione infermieristica". Sono membro della Commissione per l'accreditamento professionale del

Collegio IPASVI di Brescia. Dal febbraio 2011 partecipo al gruppo di lavoro sulla Consensus Conference sul tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Enrico Ballerini. Infermiere.

Sede di lavoro: SITR P.O. Montichiari

Principali esperienze formative:

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Diploma Universitario in Infermiere Insegnante Dirigente

Laurea in Infermieristica

Certificato di Abilitazione alle funzioni Direttive dell'assistenza

Esperienze professionali;

presso l'Azienda Spedali civili di Brescia: Infermiere nei reparti di degenza e blocchi operatori per 10 anni, Infermiere Coordinatore per 13 anni.

Responsabile MacroArea Infermieristica SIOTRA per 3 anni. Responsabile di SITR da 3 anni.

Docente presso il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e Corso di Laurea per Infermieri dell'Università di Brescia, Corsi OSS e ASA.

Bolandu Vasile. Infermiere.

Sede di lavoro: FSM Lumezzane

Esperienze professionali;

- Pneumologia

- Pediatria

- Specializzazione in Pediatria

- Pneumotisiologia

- riabilitazione e rieducazione funzionale

- Hospice

- RSA

Lucia Clementina Calzoni. Infermiera.

Sede di lavoro: Spedali Civili di Brescia Ospedale dei Bambini

Principali esperienze formative:

Master in area pediatrica. Master in area critica.

Master legale e forense

Corso di formazione permanente in management infermieristico per le funzioni di coordinamento

Esperienze professionali;

Dal luglio 2002 presto servizio presso la U.O. di Anestesia e Rianimazione pediatrica

Dal 2011 coordinatore e istruttore del corso Pbls-Pblsd-Rnp Ospedale dei Bambini

Maria Audenzia Conti. Infermiera.

Sede di lavoro: asl Brescia dipartimento di pre-

venzione medico

Principali esperienze formative:

Laurea Magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche; master 1° livello Management per le funzioni di coordinamento; corso di perfezionamento in epidemiologia, statistica, igiene e sanità pubblica, medicina di comunità.

Esperienze professionali;

Spedali civili 8 anni infermiera; casa albergo per anziani 3 anni; rsa 13 anni coordinatore infermieristico; asl 6 anni coordinatore infermieristico e sistemi di qualità iso 9001

Mariaelena De Silvi. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Esperienze professionali;

Lavora da quattro anni presso l'UO della Terza Medicina Femminile.

Iscritta ad ANIMO (Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera)

Angela Di Giaimo . Infermiera.

Sede di lavoro: libera professionista.

Principali esperienze formative:

Nel 2010 mi sono laureata in Scienze Infermieristiche e Ostetriche su una tesi sulla consulenza di processo secondo E. Schein.

Esperienze professionali;

Attualmente lavoro presso la Fondazione Villa Giardino RSA CDI di Orzinuovi in qualità di coordinatore infermieristico. Oltre a ciò svolgo attività di docenza presso CFP (corsi ASA e OSS)

Ho iniziato la mia attività infermieristica presso gli Spedali Civili di Brescia presso il 1° centro di Rianimazione e TI e successivamente presso la TI CCH.

Ho poi svolto attività infermieristiche presso il Distretto Socio Sanitario di Orzinuovi dove, dopo aver conseguito il certificato di Abitazione alle Funzioni Direttive, ho assunto il ruolo di coordinatore infermieristico. Successivamente ho lavorato presso l'A.O. di Cremona in staff alla Direzione Generale dove ero chiamata a coordinare i servizi formazione, qualità e comunicazione. Per circa un anno ho svolto funzioni di coordinamento presso la sede del corso di laurea per infermieri. Al termine del comando tecnico scientifico sono tornata all'ASL dove sono stata assegnata in staff al Direttore del Dipartimento di Prevenzione Medico. Da più di un anno ho scelto di svolgere la libera professione e lavoro presso la RSA CDI e svolgo anche attivi-

tà di docenza presso corsi ASA e OSS. da circa tre anni sono inserita nella Commissione sulla Formazione degli Operatori di Supporto.

Antonella Gandioli. Infermiere.

Sede di lavoro: blocco operatorio presidio Montichiari azienda Spedali Civili

Esperienze professionali;

Percorso professionale in area critica (rianimazione adulti e pediatria) ed emergenza sul territorio.

Esperienze sviluppate sia in ambito pubblico che nel privato come libera professionista.

Attualmente coordinatore presso il blocco operatorio certificato e polispecialistico di Montichiari.

Grande attenzione ai percorsi di qualità e standard Joint commission nonché alla formazione professionale (esperienze anche di docenza) e alla stesura delle definizioni di job description del personale assistenziale.

Luca Maffei. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda ospedaliera M.Mellini di Chiari (Bs).

Esperienze professionali;

In questi ultimi anni ho maturato importanti esperienze nell'ambito del miglioramento della qualità e nella gestione del rischio clinico nel ruolo di Dirigente delle Professioni Sanitarie presso il Servizio Qualità Aziendale. Intendo quindi mettere a disposizione queste conoscenze ed il mio impegno candidandomi per il Consiglio Direttivo del nostro Collegio.

Michele Mancini. Infermiere.

Sede di lavoro: A.O. Mellino Mellini Chiari DEA -Ps-

Principali esperienze formative:

2000 Diploma di Maturità: Dirigenti per comunità

2004 laurea in infermieristica.

2010 Master : tutoring infermieristico ed ostetrico.

2011 Iscritto al 1°AA Scienze Cognitive e Processi Decisionali.

Esperienze professionali;

2004/2005 Cardio/Pneumo Riabilitazione S. Maugeri Gussago

2005/2006 Medicina A-O M.Mellini Chiari

2006 ad oggi A.O.M.Mellini DEA-PS- Chiari: Infermiere Soccorritore Certificato AREU 118

Paola Melzani. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Esperienze professionali;

Lavora da tre anni presso l'UO della Terza Medicina Femminile.

Iscritta ad ANIMO (Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera)

Paolo Musatti. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Mellino Mellini - Chiari- Brescia

Esperienze professionali;

Direttore del SITRA A.O. Mellino Mellini di Chiari - BS

Coordinatore C.d.L. Infermieristica, sezione di Chiari, dell'Università degli studi di Brescia - Facoltà di Medicina e Chirurgia

Monica Orsatti . Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Esperienze professionali;

Lavora da tre anni presso l'UO della Terza Medicina Femminile.

Iscritta ad ANIMO (Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera)

Massimo Paderno. Infermiere.

Sede di lavoro: Casa di riposo "Maggi" di Castrezzato. C.F.P. di Rezzato (scuola delle belle arti Vantini). Centro servizi Mandy per la formazione Cologne.

Principali esperienze formative:

Master I° livello in management infermieristico per le funzioni di coordinamento.

Corso annuale dal titolo "interventi di adeguamento delle metodologie formative"

Esperienze professionali;

Docente, tutor e coordinatore per i corsi A.S.A., O.S.S.e riqualifiche.

Raffaella Poli. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Spedali Civili Brescia, presidio di Gardone V.T.

Esperienze professionali;

Diplomata nel 1982 ho lavorato come infermiera presso l'Azienda Spedali Civili in ortopedia e in CR. Dal 1985 ho lavorato presso la coop.va "l'aquilone" come educatrice e dal 1998 come responsabile dei servizi per disabili gestiti in convenzione con l'ASL e con le amministrazioni comunali. Dal 1996 al 1999 ho lavorato come nurse presso il blocco operatorio dell'Ospedale dei bambini e dal 1999 al 2005 come collaboratrice al servizio Infermieristico dell'ospedale dei bambini: dal 2005 al 2008 presso il SIOTRA

degli Spedali Civili ho rivestito il ruolo di responsabile coordinatore del dipartimento chirurgico e dal 2008 ad oggi lavoro presso il SITR del presidio di Gardone V.T. in qualità di collaboratore. Partecipo al gruppo NIC dell'azienda Spedali Civili.

Gianluca Raineri. Infermiere.

Sede di lavoro: A.O. Spedali Civili di Brescia, Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione.

Principali esperienze formative:

Laureando in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (discussione Tesi presumibilmente a novembre).

Esperienze professionali;

Infermiere di terapia intensiva polifunzionale da gennaio 2004. Da ottobre 2009, dopo aver frequentato apposito corso, sono a disposizione dell'azienda come istruttore BLS – D. Da gennaio 2007 opero come infermiere nel ruolo di TEAM LEADER anche nell'emergenza extra-ospedaliera sulle varie ambulanze infermierizzate, mezzi di soccorso intermedio (MSI) e medicalizzate, mezzi di soccorso avanzato (MSA) della provincia di Brescia. Dal 2006 sono stato nominato assistente di tirocinio per l'affiancamento e l'addestramento degli studenti infermieri che effettuano tirocinio clinico presso il 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione degli Spedali Civili di Brescia. Da novembre 2005 sono referente di reparto per i contatti infermieristici con il Nord Italian Transplant, in quanto membro unico per l'area bresciana del "Gruppo di lavoro Infermieri di Rianimazione NITp", del quale da poco sono referente ad interim.

Simona Sanga. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Esperienze professionali;

Lavora da tre anni presso l'UO della Terza Medicina Femminile.

Iscritta ad ANIMO (Associazione Nazionale Infermieri Medicina Ospedaliera)

Fabio Stanga. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Esperienze professionali;

Infermiere presso Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione dal 2005;

Istruttore aziendale BLSD dal 2009;

Infermiere Soccorritore dal 2007

Gennaro Stefanelli. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda ospedaliera di Desenzano.

Principali esperienze formative:

Corso istruttore IRC BLSD

Master di 1° livello in Coordinamento

Esperienze professionali;

Esperienza ventennale area Urgenza- Emergenza Pronto Soccorso, Elisoccorso, Auto Medica, intra ed extra Ospedaliera esperienza di coordinamento 118.

Trica Pierangelo. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia.

Esperienze professionali;

diplomato nel 1995 presso la Scuola "Paola di Rosa", dopo una breve esperienza nel settore privato dal 2000 sono attualmente dipendente presso la Neurochirurgia Maschile degli Spedali Civili di Brescia con mansioni di Infermiere.

Docente in più percorsi diagnostici terapeutici assistenziali per pazienti afferenti al Dipartimento di Neuroscienze e della Divisione di Neurochirurgia.

Dall'anno accademico 2004/2005 svolgo incarico di assistente di tirocinio per gli studenti infermieri presso l'Università degli Studi di Brescia.

Sara Visani. Infermiera.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia, Presidio Pediatrico

Principali esperienze formative:

- corso di perfezionamento in area critica

- master I°L in infermieristica legale e forense

- master I°L in coordinamento delle professioni sanitarie

Esperienze professionali;

- blocco operatorio adulti e pediatrico con funzioni di nurse d'anestesia

- rianimazione pediatrica

- coordinatrice poliambulatori

- collaborazione al progetto JCI per stesura nuovi format per il presidio, audit nei reparti.

Ettore Zoli. Infermiere.

Sede di lavoro: Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Esperienze professionali;

I° ortopedia dal 1991 al 2000

poliambulatori divisionali dal 2001 al 2009

ambulatori Libera professione ex area Stauffer dal 2009 a tutt'oggi.

La scuola della vita

A cura di Carla Noci

Gian Piero Quaglino

“La scuola della vita. Manifesto per la terza formazione”

Raffaello Cortina Editore (2011)

E' curioso e intrigante il titolo scelto dall'autore per questo libro e porta subito a chiedersi: “che sarà mai questa “terza formazione”? “Esistono, dunque, anche una prima e una seconda formazione?”

L'indiscussa autorevolezza di Gian Piero Quaglino, autore di questo e di altri importanti testi sul tema della formazione, non consente di mettere in dubbio che sia necessario cercare una risposta e, se possibile, approfondire la questione.

Per questa e per molte altre ragioni vale la pena immergersi nella lettura di questo bel libro, che cattura, fin dalle prime pagine, l'interesse del lettore e ne soddisfa immediatamente la curiosità.

Quaglino stesso, nella premessa iniziale, raccon-



ta come l'idea di affrontare il tema della formazione da una prospettiva inconsueta sia nata, in fondo, da una insoddisfazione, da una sorta di scontentezza che lo aveva assalito al termine di uno dei suoi ultimi e molto apprezzati testi sul "come fare formazione".

Ferme restando le condizioni necessarie per formare, ossia quella di avere qualcosa di cui parlare (un sapere da esporre) e quella di conoscere le modalità con cui gestire gli eventi formativi (progetti, processi, condizioni organizzative), facendo in modo che le conoscenze acquisite vengano elaborate, restava un'area poco esplorata che, a suo giudizio, rischiava di non rendere evidenti le ragioni profonde che inducono ad occuparsi della formazione.

Restavano inevasi altri interrogativi, altri fondamentali quesiti a cui né il "che cosa dire" quando si fa formazione, né il "come dirlo" offrivano risposte soddisfacenti.

A chi giova davvero la formazione? Perché una persona, dopo un percorso scolastico magari lungo e faticoso, attraverso cui è arrivata a possedere competenze professionali precise, dovrebbe ritenere non conclusa la propria formazione? E, a maggior ragione, chi fa formazione (nel senso di chi se ne occupa in termini di progettazione e docenza) non può, un bel giorno, sentirsi soddisfatto della propria esperienza e riproporre percorsi ormai consolidati?

Esistono, naturalmente, risposte ovvie e note ai più: la formazione è utile per tutte le attività produttive umane, perché necessaria per mantenere aggiornate le competenze di chi lavora entro contesti in continua evoluzione. Tuttavia siamo certi che questa formazione "utile e necessaria" sia sufficiente per corroborare la motivazione, il desiderio, la fantasia, la volontà di chi lavora?

Non ne è certo l'autore e, per tale ragione, sostiene di essersi avventurato nella scrittura di un testo che individua, nell'immenso e indefinibile spazio della "vita nel suo stesso divenire", quell'area inesplorata che egli definisce "la terza formazione".

Vale la pena chiarire subito che, in questo ambito, non ci sono evidenze rassicuranti né mete preordinate. Ci sono però percorsi suggeriti e vie d'accesso che conducono, in tempi e modi scanditi dal proprio, personalissimo ritmo, ad una esplorazione del mondo interiore che costituisce la forma e il fondamento di ciascuno di noi.

La terza formazione non è dunque un luogo di saperi, ma un luogo di pensieri, i nostri pensieri

che, nella più completa libertà che ci deriva dal non avere precisi scopi né obiettivi, emergono senza costrizioni nel nostro mondo interiore, popolandolo di ricordi, di fantasie, di immagini, di storie.

Riacquistare familiarità con il proprio mondo interiore non è, come molti credono, una inutile perdita di tempo. È, al contrario, un percorso che ci riporta verso l'origine di ciò che i frettolosi ritmi quotidiani ci hanno fatto dimenticare, che è la fonte stessa della vita, il nostro esclusivo, ineliminabile e silenzioso mondo interiore. Paradossalmente, anche i concetti che abbiamo appreso (teorie, modelli, ecc.) costituiscono spesso un ingombro per la ricerca del nostro orizzonte personale. Accantonandoli per alcuni istanti e provando a concentrarsi su ciò a cui abbiamo riservato meno attenzione, il paesaggio cambia totalmente. Aspetti dimenticati o trascurati acquistano voce e rilievo, proprio come accade quando si vaga senza una meta precisa, per il puro piacere di passeggiare e si affrontano sentieri secondari che permettono alla nostra vista l'affacciarsi di panorami mai visti.

"Per la scuola della vita, -sostiene l'autore- la formazione deve riuscire ad essere quello spazio riservato ed esclusivo, appartato e privilegiato, in cui si pensa e si fa il dare forma a sé, senza che ciò rappresenti alcun compito definito, alcun risultato atteso".

La traccia che Quaglini suggerisce di seguire rappresenta un cammino che attraversi i territori della riflessione e dell'interpretazione, della immaginazione e della narrazione, itinerario dall'esito imprevedibile ma non per questo meno significativo per chi lo compie.

Non si tratta certamente di una deriva intimistica o di una fuga dalla realtà, alla ricerca di chissà quali mistici approdi. Si tratta di mettere fra parentesi, per il tempo che sarà scandito solo dalla lentezza del nostro passo, il mondo esteriore che così bene conosciamo, il mondo della superficie e dell'apparenza quotidiana, per dedicarci alla più suggestiva esplorazione del nostro intimo sottosuolo e delle profondità che esso racchiude.

Probabilmente solo lì, e non altrove, sono custodite le segrete sorgenti che offrono senso e significato alle attività, alle parole, ai progetti e agli slanci che costituiscono la trama del nostro vivere quotidiano.

Avviso per i colleghi che esercitano la libera professione

Informiamo che, unitamente alla convocazione elettorale, riceverete le credenziali di accesso all'area riservata degli iscritti al collegio Ipasvi di Brescia.

E' necessario accedere all'area ed aggiornare i propri dati relativi all'esercizio professionale. Questo consentirà al Collegio di diffondere ai cittadini e alle Istituzioni, che sempre più frequentemente lo richiedono, informazioni aggiornate relative all'esercizio libero professionale degli infermieri.

Per eventuali informazioni è possibile contattare la segreteria.

La Commissione libera professione.



Errata Corrige

I riferimenti all'autore dell'articolo "*Scegliere la qualità*" apparso sul numero 58-59 di Tempo di Nursing non erano corretti. I riferimenti corretti sono i seguenti:

Bruna Marina Bertoli, Infermiere Coordinatore, Ufficio Qualità Aziendale ASL Vallecamonica Sebino, Consigliere e Responsabile Sistema Qualità del Collegio IP.AS.VI. di Brescia.

Ce ne scusiamo con l'autore e con i lettori.

Il comitato di Redazione

Sul prossimo numero

Il tema che si vorrebbe affrontare nel prossimo numero della rivista Tempo di Nursing riguarda la formazione, nelle sue differenti sfaccettature e declinazioni.

Vorremmo che, con il contributo qualificato sia degli “addetti ai lavori”, sia dei semplici fruitori della formazione, si possa avere un quadro abbastanza preciso ed aggiornato sullo stato dell’arte delle attività intraprese per formare i nuovi infermieri (la formazione di base), per “specializzare” gli infermieri in particolari settori (corsi di perfezionamento, master di 1° e di 2° livello, laurea specialistica), per mantenere e, se possibile aumentare la competenza dei professionisti che già lavorano presso le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, o in regime di libera professione (la formazione continua).

Il tema sarà, come sempre, affrontato riportando pensieri, riflessioni o pareri da un punto di vista astratto, ma si vuole dare anche spazio ad esperienze e metodologie che rappresentano oggi una risposta interessante alla diffusa domanda di formazione.

Sarà, naturalmente, anche affrontata l’annosa questione del sistema ECM, croce e delizia di tutti i professionisti (non solo infermieri) che lavorano nella sanità e si tenterà di inquadrare il tema del cosiddetto “debito formativo” in una prospettiva di senso, quale dovrebbe essere quella a cui la norma si ispira.

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 60/2011

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Anna Iannelli

Comitato di redazione: Piera Baiguera, Enrico Ballerini, Patrizia Bevilacqua, Paola Busi, Moreno Crotti Partel, Luca Maffei, Carla Noci, Nadia Regonasci

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

Prestampa e fotografie: IMK.IT di Gio Lodovico Baglioni – www.giolodovico.it -

Fotocomposizione e Stampa: Com & Print (BS) - Via della Cascina Pontevica, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291 - Fax 030.266140

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.

Presidente: Stefano Bazzana

Consiglio Direttivo: Bazzana Stefano, Zanetti Ermellina, Tomaselli Lidia A., Benedetti Angelo, Agazzi Carla, Amoruso Diego, Bertoglio Giovanna, Bertoli B. Marina, Crotti Partel Moreno, Iannelli Anna M., Magna Elisa, Massussi Daniela, Rossini Silvia

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.

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

