Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 61, Maggio 2012 www.ipasvibs.it

1 EDITORIALE
Non si finisce mai di imparare
di **Stefano Bazzana**

3 OSSERVATORIO
Breve cronaca del Congresso Nazionale
di **Anna Maria Iannelli**

CENSIS: l'infermiere protagonista della buona sanità del futuro
di **Moreno Crotti Partel**

8 FOCUS
L'infermiere che vorrei
a cura del **Comitato di Redazione**

Perfezionare l'istruzione quando si è già infermieri:
spunti di riflessione sulla formazione post-base
a cura di **Carla Noci**

Educazione Continua in Medicina: novità in arrivo
di **Ermellina Zanetti**

La formazione nelle organizzazioni
di **Micaela Lo Russo**, **Stefano Bazzana**

La metodologia del Focus Group applicata dal Collegio Ipasvi di Brescia
per l'indagine di fabbisogno formativo dei propri iscritti
di **Monica Coccoli**, **Laura Manara**

31 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO
www.ipasvibs.it - Novità per tutti i naviganti
a cura di **Carlamaria Bonometti**

33 FUORI FOCUS
La stregoneria in Valcamonica: una ricerca storica dei legami
tra persecuzione e competenze assistenziali
di **Gian Andrea Polonioli**, **Sara Bonfadini Samanta Ottelli**

38 NonSoloLibri
The Artist
a cura di **Angela Di Giaimo**

Giancarlo Bisinella - "Quel soffio di vita che ci pervade"- Aracne Editrice, Roma 2011
a cura di **Giovanni Chiarini**

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.

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

Sommario

EDITORIALE
Non si finisce mai di imparare
di Stefano Bazzana
Pag.1

Sia il profilo professionale dell'infermiere sia il codice deontologico descrivono chiaramente il ruolo educativo e formativo nei confronti di colleghi e studenti, di altri operatori, dei pazienti e delle loro famiglie; esso è dunque parte integrante della nostra professionalità.

Pag.1

OSSERVATORIO
Breve cronaca del Congresso Nazionale
di Anna Maria Iannelli
Pag. 3

Parole chiave della sanità del futuro sono dunque le cure primarie, l'integrazione, la comunità, la famiglia. Diventeranno centrali i luoghi in cui la tecnologia abbandona il campo e torna importante il gesto.

Pag. 3

CENSIS: l'infermiere protagonista della buona sanità del futuro
di Moreno Crotti Partel
Pag .5

FOCUS
L'infermiere che vorrei
a cura del Comitato di Redazione
Pag.8

Riguardo alle caratteristiche richieste all'infermiere nella sanità del futuro le questioni oggi sul tappeto sono molte e complesse. La sfida di un sistema sanitario che anche nel futuro sia in grado con equità, appropriatezza, efficacia, ma anche sostenibilità di rispondere ai bisogni delle persone, soprattutto le più fragili, ci vede in prima linea

Pag .8

Perfezionare l'istruzione quando si è già infermieri: spunti di riflessione sulla formazione post-base
a cura di Carla Noci
Pag.12

Educazione Continua in Medicina: novità in arrivo
di Ermellina Zanetti
Pag.17

La formazione nelle organizzazioni
di Micaela Lo Russo, Stefano Bazzana
Pag.20

La metodologia del Focus Group applicata dal Collegio Ipasvi di Brescia per l'indagine di fabbisogno formativo dei propri iscritti
di Monica Coccoli, Laura Manara
Pag.25

COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO
www.ipasvibs.it
Novità per tutti i naviganti
a cura di Carlamaria Bonometti
Pag.31

FUORI FOCUS
La stregoneria in Valcamonica: una ricerca storica dei legami tra persecuzione e competenze assistenziali
di Gian Andrea Polonioli, Sara Bonfadini, Samanta Ottelli
Pag.33

Il sapere delle guaritrici andava ben oltre la conoscenza delle virtù sedative di una pianta di camomilla o di quelle anestetiche del laudano, il loro sapere si relazionava con le proprietà spirituali delle erbe e con le modalità ottimali con cui le forze spirituali potevano venire trasmesse all'essere umano malato

Pag.33

NONSOLOLIBRI
Pag.38

"The Artist" a cura di Angela Di Giaimo
Pag.38

Giancarlo Bisinella - "Quel soffio di vita che ci pervade"- Aracne Editrice, Roma 2011
a cura di Giovanni Chiarini
Pag.40

Non si finisce mai di imparare

"L'istruzione e la formazione sono le armi più potenti che si possono utilizzare per cambiare il mondo"
Nelson Mandela

di Stefano Bazzana*

Sia il profilo professionale dell'infermiere sia il codice deontologico descrivono chiaramente il ruolo educativo e formativo nei confronti di colleghi e studenti, di altri operatori, dei pazienti e delle loro famiglie; esso è dunque parte integrante della nostra professionalità

C'è sempre più bisogno di infermieri con competenze elevate e con una manutenzione costante delle stesse. Non solo in ospedale: gli infermieri devono saper gestire la complessità dell'assistenza territoriale, ovvero il sostegno alle fasce deboli e fragili della popolazione, l'assistenza alle persone con patologie cronico–degenerative e le cure domiciliari anche nel delicato periodo di fine vita.
Se *"l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa"* (art. 2 del codice deontologico) come potrebbe essere realizzata senza formazione e responsabilità? La formazione diventa una parola chiave, un elemento centrale nel dibattito in corso dentro e fuori la professione, e la responsabilità, nelle diverse declinazioni, ne rappresenta un importante fondamento valoriale.
Ecco perché un numero di Tempo di Nursing dedicato alla formazione infermieristica. A partire dalla laurea triennale, dando voce alle diverse realtà della nostra provincia, via via sono state prese in esame le numerose opportunità formative che oggi vedono l'infermiere nel ruolo di discente.
Peraltro gli infermieri non sono soltanto destinatari degli interventi formativi, bensì sempre più spesso sono docenti, tutor, facilitatori, responsabili e referenti della formazione di organizzazioni pubbliche e private. Da anni, ad esempio, nella nostra provincia esiste una rete di formatori referenti delle diverse strutture e aziende sanitarie e la maggior parte di essi è composta da professionisti di estrazione infer-

mieristica.
Dobbiamo sempre ricordare, tuttavia, che sia il profilo professionale dell'infermiere sia il codice deontologico descrivono chiaramente il ruolo educativo e formativo nei confronti di studenti, colleghi ed altri operatori, attività che è dunque parte integrante della nostra professionalità. Non solo appannaggio dei colleghi "esperti" formatori bensì caratteristica intrinseca del professionista infermiere.
L'art. 11 del Codice Deontologico, infatti, recita: *"L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, 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"*. Questo articolo rappresenta la sintesi dell' infermieristica moderna: l'infermiere risulta infatti inserito in una realtà complessa e multidisciplinare, non statica, ma in costante e progressiva evoluzione. Il passaggio da "professione sanitaria ausiliaria" a "professione sanitaria" e l'abrogazione del mansionario con la conseguente autonomia professionale da tempo richiesta, insieme alla riforma degli ordinamenti didattici universitari, hanno dato avvio ad un processo di rinnovamento dei percorsi formativi. Rinnovamento che si attua nel potenziamento della formazione di base, nelle opportunità di una formazione continua e nella formazione universitaria post-base. A fronte del progredire delle conoscenze tecniche, della ricerca, delle modalità di approccio al paziente basate su una reale presa in carico, la professione infermieristica deve distinguersi per costante ricerca dell'innovazione e per capacità di governare il cambiamento. L'infermiere è considerato, a ragione, un elemento centrale del sistema che ha come fulcro e obiettivo l'assistenza e la cura del paziente. Per questo agli infermieri è richiesta una forte attenzione all'analisi critica dell'esperienza e della ricerca, per attingere da entrambe un patrimonio di competenze e conoscenze che possono contribuire alla crescita costante della professione e della qualità dell'assistenza.

* *Presidente del Collegio Ipasvi di Brescia.*

Breve cronaca dal Congresso Nazionale

Anna Maria Iannelli*

Parole chiave della sanità del futuro sono dunque le cure primarie, l'integrazione, la comunità, la famiglia. Diventeranno centrali i luoghi in cui la tecnologia abbandona il campo e torna importante il gesto

Emozionante l'apertura del XVI congresso nazionale della federazione Ipasvi, grazie al soprano **Giorgia Valbonesi** che, accompagnata dal pianista **Carlo Ardizzoni** ha interpretato l'Inno Nazionale e in seguito la notissima "Caruso" in omaggio a un bolognese verace, Lucio Dalla.
Il discorso di apertura della presidente Silvestro, disponibile sul sito della federazione nonché su *you tube*, ha sottolineato l'idea che la professione si trovi di fronte a un bivio e che nel prossimo futuro dovrà decidere se puntare ad un' evoluzione verso l'aspetto tecnico oppure mantenere le competenze tecniche come complementari al "core" dell'infermieristica intesa come la capacità di rispondere ai bisogni. Prevalenza dunque all'ambito tecnico o prevalenza all'ambito assistenziale classico? Entrambe le scelte sono sostenute dal nostro profilo ed è importante discuterne per l'impatto che la scelta avrà sistema sanitario e sull'orientamento formativo. Silvestro chiude il suo discorso con un richiamo alla necessità di integrazione con le altre professioni, attraverso un motto "se vogliamo andare veloci possiamo andarci da soli, se vogliamo andare lontano dobbiamo andarci insieme".
La giornata inaugurale ha portato una sorpresa, rappresentata dall'intervento non previsto del Ministro della Sanità Renato Balduzzi che ha esordito dichiarando che accanto a inefficienze e sprechi, messi in luce dai media, esiste anche una buona sanità. Parlando degli infermieri ha affermato che si tratta di una professione dentro un

processo di crescita e di sviluppo e che per riconoscere questo percorso di crescita professionale non è più rinviabile una riforma dell'impianto ordinistico in sanità. Ha affermato di credere nel contributo determinante e innovativo della professione infermieristica anche nella ricerca di nuovi approcci assistenziali soprattutto nell'area della domiciliarità.

Tra i contributi interessanti la tavola rotonda dedicata ai percorsi e ai paradigmi della cultura infermieristica coordinata dalla giornalista Maria Concetta Mattei, che ci ha permesso di apprezzare gli spunti di riflessione intorno al significato di salute e malattia e intorno all'arte della cura, specifica competenza infermieristica, portati dal collega Edoardo Manzoni, dall'antropologo Gianluca Favero e dall'epistemologo Evandro Agazzi.

L'ultima mattinata di Congresso ha visto succedersi alcune relazioni interessanti.

Ivan Cavicchi che teme il ritorno della centralità della figura medica ed auspica invece la centralità delle relazioni, che afferma l'importanza del concetto di ausiliarietà e di complementarietà tra le professioni e che vede nelle funzioni di interconnessione la possibilità di governare la complessità che caratterizza oggi lo scenario assistenziale.

Nerina Dirindin che afferma la necessità di una forte integrazione con il sociale e quindi dell'alleanza con le altre professioni della cura. Nelle sue parole inoltre un forte richiamo alla necessità di salvaguardare i principi, anche e soprattutto in una situazione di crisi quale quella che il nostro Paese sta attraversando: "alcune cose possono essere fatte, altre non devono essere fatte".

Carla Colicelli che ci racconta i risultati di un'indagine realizzata dal Censis per la Federazione Ipasvi che ha indagato su cosa pensano gli italiani degli infermieri. Molte le cose interessanti emerse da questa indagine fra cui la crescente centralità della dimensione relazionale accanto a quella tecnico scientifica che già agli infermieri è riconosciuta (una sintesi dei risultati di questa ricerca è scaricabile all'indirizzo http://www.forumbm.it/).

L'ultima relazione è della collega **Antonella Santullo** che, attraverso la metafora di Gulliver catturato dai lillipuziani, afferma che la nostra professione ha una grande forza, ma non la esercita. L'augurio per la professione è che coltivando la competenza e diventando consapevoli del nostro valore professionale possiamo spezzare le catene che ci immobilizzano.

Parole chiave della sanità del futuro sono dunque le cure primarie, l'integrazione , la comunità, la famiglia. Diventeranno centrali i luoghi in cui la tecnologia abbandona il campo e torna importante il gesto: un gesto competente come afferma Edoardo Manzoni. Se questo sarà lo scenario l'infermiere avrà un ruolo centrale. Ammesso che anche le organizzazioni siano in grado di cambiare mettendo al centro il bisogno delle persone, riconoscendo le spazio necessario alla relazione, dando spazio e visibilità alle competenze di governo di cui oggi gli infermieri dispongono.

* *Infermiera. Consigliere del Collegio IPASVI.*

CENSIS: l'infermiere protagonista della buona sanità del futuro

Moreno Crotti Partel*

Nel recente Congresso Nazionale IPASVI di Bologna sono stati presentati i principali risultati di una ricerca condotta dal Censis e promossa dalla Federazione Nazionale. Carla Collicelli, Vicedirettore del Censis, ha sintetizzato i dati riguardanti gli infermieri italiani ed il percepito dei cittadini sull'immagine della nostra figura professionale.

La ricerca è stata realizzata con il ricorso ad una pluralità di metodologie tecniche della ricerca sociale quali:

- l'analisi desk di dati relativi agli infermieri e di contesto della salute e della sanità di fonte varia (a cominciare dal data base messo a disposizione dall'Ipasvi);
- l'indagine telefonica su un campione nazionale di 1.500 cittadini che indagava le opinioni, le aspettative, gli eventuali rapporti con gli infermieri e più in generale sul loro ruolo nella sanità del futuro.

Dal Censis spiegano che le interviste telefoniche sono state condotte sull'intero territorio nazionale attraverso il sistema CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing), una tecnica in grado di garantire affidabilità dei risultati e rapidità dei tempi di elaborazione, minimizzando la possibilità di errore.

La ricerca ha evidenziato due aspetti essenziali: l'infermiere gioca un ruolo positivo nella sanità attuale e può essere uno dei principali protagonisti della buona sanità del futuro.

L'infermiere si dimostra una professione con un *appeal* molto elevato perché viene considerata utile agli altri e perché consente di trovare lavoro rapidamente; il *good social reputation* e l'elevata occupabilità spiegano la scelta da parte di un numero crescente di giovani di fare l'infermiere, ed il fatto che una netta maggioranza di italiani la giudichi una scelta da condividere e incoraggiare. Vogliono fare l'infermiere sempre di più i liceali (sono diventati il 46% tra le matricole di Scienze infermieristiche nel 2009-2010), i maturati con un voto alto e sono in deciso aumento (il 59% delle matricole nel 2009-2010) i giovani per i quali il corso di studi in Scienze infermieri-

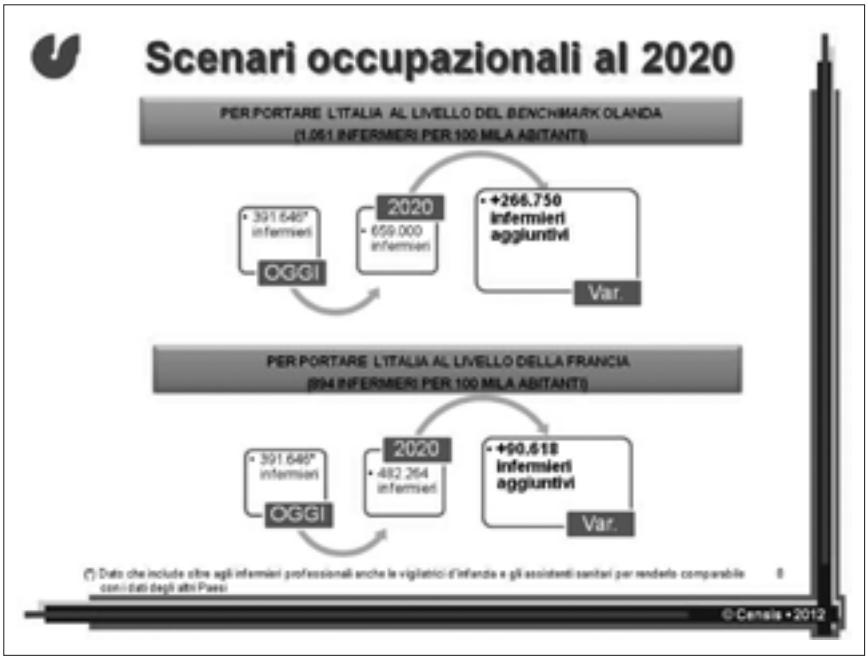
Il futuro dell'infermiere

Opinioni degli intervistati sul futuro della professione dell'infermiere (val. %)

Per il futuro Lei ritiene che l'infermiere sia una professione:	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Importante per la sanità che avremo, fatta di prevenzione e di territorio e di pochi ospedali ad alta specializzazione	88,2	96,5	97,2	83,4	90,0
Con una relazione più stretta con le nuove tecnologie	90,2	90,7	88,6	81,4	87,0
Con sempre più stranieri	64,2	58,5	57,8	58,5	59,9
Con meno donne e più uomini	14,5	26,3	15,2	18,6	18,3

Fonte: indagine Censis, 2012

© Censis • 2012



stiche rappresenta la prima scelta.

L'84,2% degli italiani afferma che, a un figlio, parente o amico che desiderasse iscriversi al corso di laurea in Scienze infermieristiche e chiedesse un consiglio, direbbe di farlo. Tra coloro che, invece, sconsiglierebbero parenti e amici di dedicarsi alla professione infermieristica, la ragione primaria indicata è che si tratta di un lavoro troppo duro (63%) e per il 37% malpagato.

E' positiva la valutazione dell'attività svolta dagli infermieri da parte di chi ha avuto rapporti con essi nelle varie tipologie di strutture o servizi sanitari; ed è una valutazione che si fonda su un giudizio positivo relativamente alle buone capacità tecnico-professionali e anche alla buona capacità relazionale, intesa come capacità di entrare in rapporto con i pazienti e di rispondere alle loro esigenze, da quelle prettamente sanitarie a quelle di carattere informativo. Il 75,2% degli italiani che ha avuto rapporti diretti o indiretti tramite familiari con gli infermieri valuta come ottima o buona l'attività svolta dagli infermieri.

E' questo il primo punto essenziale da cui partire per capire la professione infermieristica oggi e le sue prospettive. Un dato significativo questo, perché vuol dire che in una sanità stretta dal rigore finanziario e messa nell'angolo dal rilancio mediatico dei casi di malasanità, esiste una sanità quotidianamente vissuta che garantisce le risposte assistenziali di cui i cittadini hanno bisogno e della quale gli infermieri sono sicuramente i protagonisti. Sono giudicate migliori, tra i vari aspetti che caratterizzano l'attività degli infermieri, le capacità tecnico-professionali (il 55,6%), la capacità di relazionarsi con i pazienti e i familiari (51,2%) e la cortesia e la gentilezza (44,7%).

Gli intervistati si aspettano inoltre da un infermiere innanzitutto la capacità di creare un buon clima relazionale e l'attenzione agli aspetti psicologici e umani (per il 66%), seguita da un ottimo livello tecnico-professionale (62,3%); solo a distanza segue la capacità di dare spiegazioni su diagnosi e terapia (25,5%).

Gli intervistati ritengono anche che gli infermieri "sono pochi rispetto alle esigenze" e la richiesta di questo tipo di professionalità è destinata a crescere in misura significativa. Tuttavia, anche se la curva di domanda degli infermieri è destinata a salire, l'offerta di nuovi infermieri è bloccata dal numero chiuso per l'accesso ai corsi universitari: la maggioranza (68,5%) ritiene che attualmente nel nostro paese vi siano pochi infermieri e che sarebbe opportuno aumentarne il numero, così da colmare le lacune; il 61,3% degli intervistati considera il numero chiuso a Infermieristica un errore;

il 29,7% perché la selezione dovrebbe essere eseguita in base alla capacità di andare avanti nel percorso di studi.

Nella sanità del futuro gli infermieri secondo gli italiani sono destinati a giocare un ruolo importante, sempre in stretta relazione con i medici, ma con spazi di autonomia significativi in grado di contribuire ad innalzare la qualità del Servizio sanitario. Il ruolo significativo che per gli italiani l'infermiere assumerà nella sanità del futuro dovrebbe condurre anche ad un maggior riconoscimento in termini di status, retribuzione e percorsi di carriera.

Nel futuro, gli scenari occupazionali sono destinati addirittura a migliorare, tenendo conto che:

- il nostro paese, come altri paesi europei, è destinato a sperimentare uno shortage di medici;
- la riarticolazione della sanità su prevenzione,

territorio ed ospedali ad alta intensità tecnologica per le acuzie apre sicuramente nuovi, più ampi spazi per il ruolo degli infermieri, ferma restando la qualità della sanità da garantire;
- il nostro paese, rispetto ad altri che possono essere considerati benchmark, ha una presenza di infermieri significativamente inferiore.

A questo proposito, si tenga presente che, a partire dagli attuali 391.646 infermieri (dato che include oltre agli infermieri professionali anche le vigilatrici d'infanzia e gli assistenti sanitari per renderlo comparabile con i dati degli altri paesi) se si volesse portare l'Italia al rapporto infermieri/popolazione dell'Olanda, che risulta pari a 1.051 per 100 mila abitanti, occorrerebbe aumentare il numero di infermieri al 2020 sino a 659 mila unità, con un aumento di oltre 266 mila persone.

Facendo i dovuti distinguo ma avendo ben chiara la situazione della sanità italiana, si tratta di potenzialità imponenti, delle quali sarebbe opportuno rispondere con adeguati ampliamenti degli spazi nella formazione universitaria e con politiche di riorganizzazione che permettano una reale ricaduta sulle attività infermieristiche erogate.

* *Infermiere coordinatore U.O. di Ematoncologia Pediatrica AO Spedali Civili. Consigliere del Collegio Ipasvi di Brescia.*

L'infermiere che vorrei

a cura del Comitato di Redazione

Riguardo alle caratteristiche richieste all'infermiere nella sanità del futuro le questioni oggi sul tappeto sono molte e complesse. La sfida di un sistema sanitario che anche nel futuro sia in grado con equità, appropriatezza, efficacia, ma anche sostenibilità di rispondere ai bisogni delle persone, soprattutto le più fragili, ci vede in prima linea

In questo "focus" dedicato alla formazione dell'infermiere abbiamo voluto esplorare la realtà della formazione di base della nostra provincia, ponendo agli interlocutori privilegiati, i coordinatori delle sedi dei corsi di laurea, alcune domande relative ai temi emergenti nel dibattito professionale.

Nella provincia di Brescia le sedi di formazione degli infermieri per la laurea di primo livello sono l'Università Statale e l'Università Cattolica. L'Università Statale ha diverse sedi dislocate sul territorio: la sede di Brescia, di Desenzano, di Esine, di Chiari (oltre alle sedi di Cremona e Mantova). Il corso di laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica ha sede a Brescia presso la Fondazione Poliambulanza. Come per tutti i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie i posti disponibili sono a numero chiuso, frutto di una negoziazione fra Regione, Collegi IPASVI, Ministero della Salute e Ministero dell'Università.

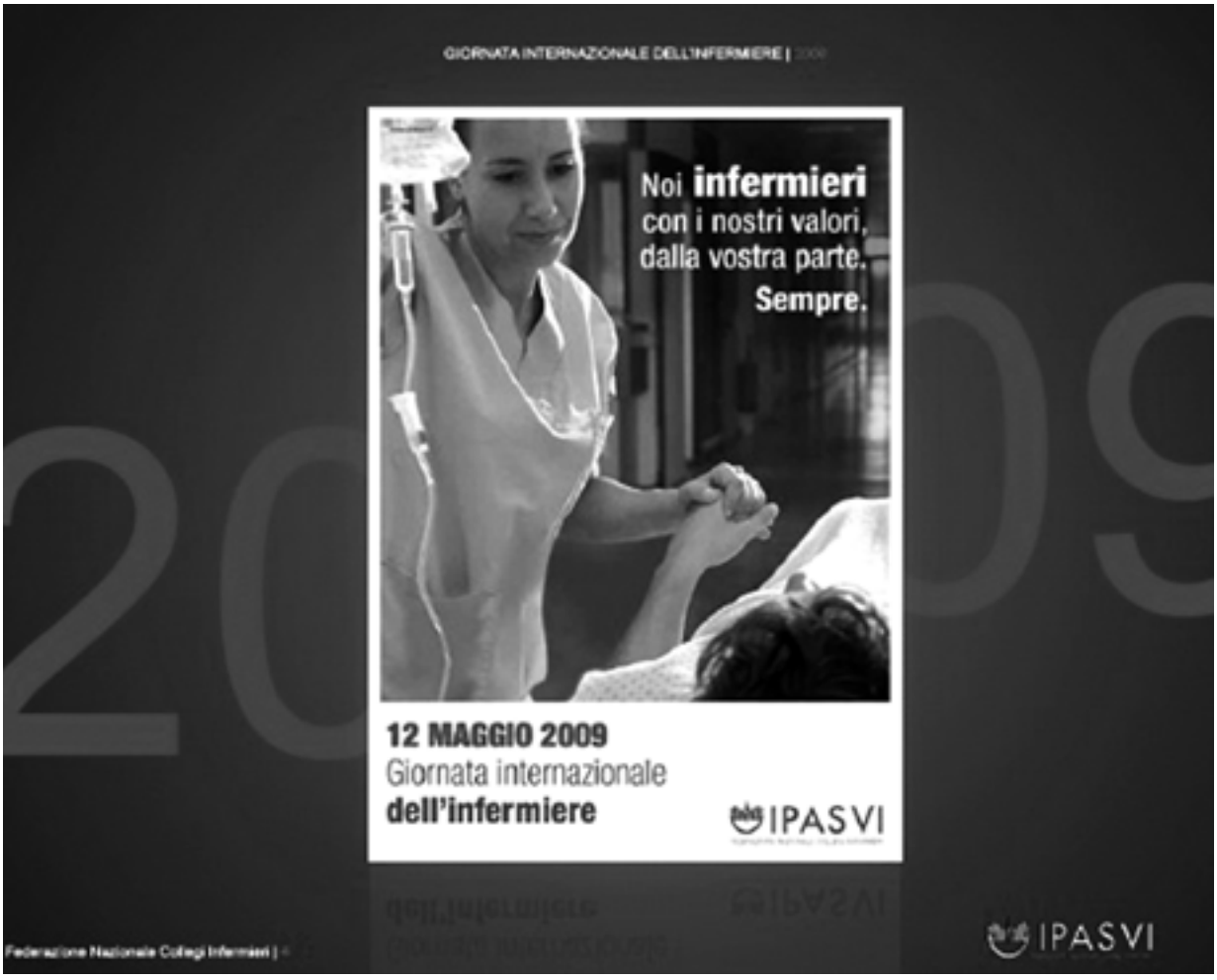
Negli ultimi anni anche a Brescia gli aspiranti infermieri sono stati in numero decisamente superiore agli anni precedenti e tutti i posti disponibili presso i due corsi di laurea sono stati coperti. Tuttavia i dati OCSE e recenti ricerche sia a livello nazionale (fonte: Censis) sia regionale (fonte: Collegi lombardi) ci dicono che rispetto al reale fabbisogno presente e soprattutto futuro, il numero di neolaureati è ancora largamente insufficiente. Può apparire un paradosso, considerato che ormai da un paio d'anni le prime scelte su infermieristica superano i posti disponibili anche nelle altre università del nord. La prima domanda

posta ai coordinatori dei corsi di laurea riguarda proprio le ragioni di questo interesse per una professione che, forse anche per ragioni storiche e culturali, non ha mai avuto una elevata appetibilità per i giovani.
Riguardo alle caratteristiche richieste all'infermiere nella sanità del futuro le questioni oggi sul tappeto sono molte e complesse. La sfida di un sistema sanitario che anche nel futuro sia in grado con equità, appropriatezza, efficacia, ma anche sostenibilità di rispondere ai bisogni delle persone, soprattutto le più fragili, ci vede in prima linea. Il fatto che il dibattito in corso sullo stato e sulle prospettive del SSN coinvolga in modo significativo la nostra professione, è confermato dalla proposta di accordo Stato regioni recentemente presentata dal Ministero della Salute che punta proprio sulla rivisitazione e l'ampliamento delle competenze per gli infermieri. Ampliamento che renderà necessario l'adeguamento dei contenuti didattici dei percorsi formativi. Già la Presidente Silvestro nel suo discorso introduttivo al XVI Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi ha sottolineato che le scelte che farà la professione nel prossimo futuro – evoluzione verso la tecnica o prevalenza dell'aspetto assistenziale – incideranno anche sull'orientamento formativo.
Il contenuto della citata bozza di accordo Stato Regioni, sembra spingere l'infermiere nella direzione della specializzazione, attribuendogli competenze per lo più tecniche che adesso sono appannaggio dei medici, ma nello stesso documento si mette anche in evidenza come " stiamo assistendo a un'evoluzione delle componenti organizzative e assistenziali conseguenti all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie cronico degenerative…". L'evoluzione del sistema salute porterebbe quindi a ritenere che l'infermiere del futuro debba essere soprattutto un infermiere di territorio, vicino alla gente, esperto di cronicità, che operi anche nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, a fronte di un modello formativo ancora prevalentemente ospedalocentrico. Come potrebbe dunque la formazione valorizzare la dimensione territoriale dell'intervento infermieristico ed orientare in questa direzione gli infermieri di domani?
L'ultimo tema proposto all'attenzione dei coordinatori dei corsi di laurea riguarda il tirocinio, l'opportunità formativa per eccellenza che consente di apprendere dall'esperienza durante il percorso di studio. E' noto che nella formazione degli adulti l'esperienza e la riflessione sull'esperienza condotta rappresentano gli elementi necessari per generare apprendimento, un apprendimento esperienziale cioè un processo di costruzione della conoscenza che avviene non attraverso la passiva acquisizione di nozioni, concetti e relazioni ma attraverso l'osservazione e la riflessione sull'esperienza vissuta.
La funzione di tutorship esercitata da infermieri con una adeguata preparazione facilita l'apprendimento di competenze professionali nelle situazioni concrete vissute nelle Unità operative, esplicitando i modelli teorici sottostanti all'inter-

vento professionale e favorendo le indispensabili "connessioni riflessive" tra apprendimenti teorici e apprendimenti esperienziali.
Nel contesto dei Corsi di laurea in Infermieristica il sistema tutoriale rappresenta il nodo critico su cui si giocano gli aspetti professionalizzanti del percorso formativo ed ha come obiettivo lo sviluppo di competenze trasversali quali il pensiero critico, il processo decisionale, la capacità di relazione, la gestione dell'incertezza e della complessità, competenze fondamentali per consentire il governo di processi e situazioni oggi sempre più complessi.
Abbiamo chiesto un contributo a tutti i coordinatori delle diverse sedi, hanno risposto la D.ssa Letizia Bazoli, coordinatore della sede Poliambulanza-Cattolica e il Prof. Paolo Motta coordinatore della sede di Brescia dell'Università statale, che ha elaborato le risposte con i coordinatori delle sezioni provinciali: Dr. Paolo Musatti, Chiari – Dr.ssa Enrica Podavini, Desenzano DG – Dr. Gianandrea Polonioli, Esine.
Ecco nel seguito le domande poste ai coordinatori e le risposte ottenute.

Da qualche anno le iscrizioni ai corsi di laurea superano i posti disponibili: effetto della carenza di posti di lavoro o interesse per la professione? Riflessioni dal Tuo particolare osservatorio.

Letizia Bazoli
Dal 2005 abbiamo preso l'abitudine di somministrare agli studenti, il primo giorno di "scuola", un questionario tra le cui domande una è finalizzata a conoscere le motivazioni della scelta di questo corso di studi, ebbene la motivazione prevalente è ancora rappresentata dalla "possibilità di rendersi utili agli altri", ma è un dato in calo che è fortemente incalzato dalla motivazione "possibilità di un lavoro sicuro".



Infatti la risposta "possibilità di rendersi utili agli altri", è calata dal 72% delle preferenze dell'anno 2005 al 56% dell'anno 2011.
La scelta legata al lavoro sicuro è passata del 15% delle preferenze dell'anno 2005 al 30% dell'anno 2011

Paolo C. Motta, Paolo Musatti, Enrica Podavini, Gianandrea Polonioli
Se da un lato si raccoglie fra gli studenti una motivazione legata anche alla prospettiva di un lavoro "sicuro" dall'altro lato si nota una maggiore consapevolezza nella scelta della professione. Si può affermare che la tendenza generale nella scelta del corso di studi nella popolazione studentesca è motivata da un vero interesse per la professione. Ciò si può dedurre anche dal fatto che è aumentata l'indicazione della prima opzione al momento dell'accesso al corso.

Apprendere dall'esperienza. La riflessione sul tirocinio: quali opportunità per gli studenti?

Letizia Bazoli
Il tirocinio clinico rappresenta l'esperienza attraverso la quale lo studente infermiere viene guidato nell'interpretazione/risoluzione dei problemi di specifica pertinenza infermieristica che caratterizzano la realtà assistenziale.
Costituisce quindi l'elemento di saldatura tra il sapere speculativo ed il sapere pratico.
Le aspettative degli studenti rispetto al tirocinio sono state raccolte da un questionario a loro somministrato per nostri scopi interni, di seguito le risposte in ordine di preferenza:
1. Apprendere la pratica clinica
2. Approfondire la conoscenza teorica
3. Integrarsi con il gruppo infermieristico
4. Apprendere le tecniche relazionali
5. Essere aiutati a scegliere il futuro reparto lavorativo

Paolo C. Motta, Paolo Musatti, Enrica Podavini, Gianandrea Polonioli
L'apprendimento dall'esperienza, per lo studente, costituisce la possibilità di crescere nella relazione con l'assistito e di sviluppare la pianificazione dell'assistenza unita all'acquisizione delle tecniche di base, mentre per gli assistenti di tirocinio costituisce l'opportunità di maturare le competenze didattiche nonché lo stimolo alla crescita continua. Questo ambito formativo è fondamentale, privilegiato e peculiare per la professione. Esso va implementato con maggiori risorse, anche attraverso la formazione degli assistenti di tirocinio e nuove forme di organizzazione degli stage.

Oltre l'ospedale. Quale percorso formativo per orientare i nuovi infermieri al di fuori delle rassicuranti mura dell'ospedale?

Letizia Bazoli
Attualmente i nostri studenti effettuano nell'arco del triennio una sola esperienza di tirocinio extraospedaliero che consiste nella frequenza per 2/3 settimane presso i distretti sanitari dell'ASL di Brescia. Durante questa esperienza gli studenti osservano le diverse attività infermieristiche che spaziano dalle attività di prevenzione fino alle cure domiciliari. Potendo potenzierei questo percorso se non vi fossero vincoli legati alla "capienza" dei settori di tirocinio.

Paolo C. Motta, Paolo Musatti, Enrica Podavini, Gianandrea Polonioli
I nuovi orientamenti legati all'approccio per intensità di cura coinvolgono anche l'infermiere, proiettandolo al di fuori dell'ospedale. Ne consegue la necessità di approfondire i contenuti legati a tale istanza e al conseguente lavoro multiprofessionale, sia nei contenuti didattici, sia nel percorso professionalizzante. In tal senso, si deve pensare ad una diversa impostazione degli stage clinici nei contesti di cura extraospedalieri con una particolare attenzione per la presa in carico assistenziale.

L'infermiere che vorrei: quattro aggettivi per descrivere il futuro della professione.

Letizia Bazoli
- Professionista con competenze certificate
- Specialista nelle relazioni
- Professionista capace di risolvere problemi clinici ed organizzativi.
- Professionista con autonomia di pensiero.

Paolo C. Motta, Paolo Musatti, Enrica Podavini, Gianandrea Polonioli
- Autonomia
- Responsabilità
- Competenza
- Autorevolezza

Perfezionare l'istruzione quando si è già infermieri: spunti di riflessione sulla formazione post-base

a cura di Carla Noci*

La formazione accademica successiva al corso di base è, per gli infermieri come per la maggioranza dei professionisti, un aspetto da garantire, un traguardo da difendere, un diritto da esercitare, soprattutto all'interno di organizzazioni del lavoro che diventano sempre più complesse ed esigenti nei confronti delle competenze che gli operatori debbono possedere.

Gli infermieri hanno oggi a disposizione una discreta offerta formativa post-base, rappresentata dalla laurea magistrale, da master di primo e di secondo livello, nonché da vari corsi di perfezionamento attivati in diverse sedi universitarie o presso agenzie formative accreditate.

Molti professionisti, soprattutto dopo un periodo di lavoro a diretto contatto con gli assistiti, avvertono il desiderio di riprendere i libri non per un semplice aggiornamento, ma in modo sistematico e in sedi scolastiche magari lasciate anni addietro con grande senso di liberazione.

D'altra parte anche coloro che si dedicano alla formazione di base non mancano di raccomandare agli studenti che la formazione deve essere un impegno continuo, non essendo il migliore dei corsi sufficiente per preparare un professionista in modo completo e definitivo.

Dunque la prospettiva della formazione post-base è indiscutibilmente da promuovere, curare, garantire e rendere diffusamente accessibile. Tuttavia, sostiene Gian Piero Quaglino, studioso riconosciuto fra i maggiori esperti italiani in ambito formativo, non sempre e non tutta la formazione è in grado di sortire l'effetto benefico per cui è istituita, ossia stimolare apprendimento, conseguire trasformazioni migliorative, produrre nuove competenze.

La logica della continuità della formazione, per essere efficace, non può essere assunta come puramente lineare, cumulativa o progressiva. *Continuità* significa, da un lato, sforzo di assemblare e connettere, allacciare e "cucire", di concatenare e unire, dall'altro è impegno a cingere e circoscrivere. In altri termini la formazione va intesa come "continua" non già per la sua volontà di essere *contenuto* (ossia sequenza e accumulo progressivo di nozioni sempre più elaborate), ma anche per la sua capacità di essere *contenitore*, ossia permanente "regola di esperienze di conoscenza".

Vale la pena chiarire subito che la finalità di

questo scritto non è quella di indicare manchevolezze o affrontare una sistematica analisi della qualità dei corsi post-base.
Mi piacerebbe invece aprire una riflessione su aspetti che, alla luce dell'esperienza maturata ormai da molti colleghi che hanno frequentato corsi di formazione post-base, possono dirci *se* e *come* questa formazione aggiuntiva corrisponde alle premesse per le quali è stata istituita ed è coerente con le attese, più o meno esplicite, delle organizzazioni del lavoro nei confronti di professionisti dotati formalmente di una maggiore cultura e competenza specifica.
Per fare questo mi pare utile proporre la testimonianza di due "interlocutori privilegiati" che, essendo coinvolti nella quotidiana gestione del personale infermieristico nelle due maggiori strutture sanitarie della nostra provincia, possono offrire un punto di vista autorevole e sicuramente utile per affrontare, almeno in prima battuta, l'argomento.
Ho chiesto a Simonetta Di Meo, Dirigente SITRA dell'ASL di Brescia e ad Adriano Fenotti, Dirigente SITRA dell'A.O. "Spedali Civili", la disponibilità a farsi intervistare sul tema e questo è ciò che ne è emerso.

Domanda: In quali situazioni avete sperimentato la collaborazione di laureati magistrali? Generalmente per quali progetti o in quali ambiti?

S.DM: La mia esperienza non conta su grandi numeri, perché ad oggi ci sono, nella mia organizzazione, solo 4 professioniste con la laurea magistrale, impegnate per lo più in ambito direzionale nel SITRA Aziendale e nel coordinamento di gruppi professionali di infermieri, ostetriche ed assistenti sanitari. L'ASL di Brescia è una organizzazione territoriale complessa, nella quale è sempre più necessario integrare processi e percorsi clinico assistenziali fondati sulla consapevole interazione delle diverse competenze professionali. Ciò richiede la capacità e la possibilità di definire progetti di cura e di assistenza multi professionali, promuovendo la condivisione di saperi, competenze e responsabilità. In questo contesto, ho potuto contare sulla collaborazione di colleghe con competenze professionali e manageriali avanzate nello sviluppo di progetti e percorsi (percorsi di prevenzione e clinico assistenziali, progetti di ricerca e di comunicazione, produzione di strumenti educativi rivolti all'utenza e/o ai caregivers).

A.F: Nella mia realtà aziendale ho un discreto numero di persone che hanno conseguito la laurea magistrale (circa 20) e che sono impegnate soprattutto nell'ambito direzionale (SITRA e SITR di Presidio) o della Formazione universitaria e permanente. Alcuni laureati magistrali svolgono funzioni di coordinamento ed altri ancora sono impegnati su particolari progetti come quello di Joint Commission, Risk Management e Qualità.

Domanda: Mi pare di capire che entrambi abbiate superato il problema dell'affidamento di incarichi di coordinamento solo a coloro che hanno frequentato il Master specifico …

S.DM: Personalmente ritengo che questo "divieto", che risale ai tempi in cui molti di noi avevano frequentato le Scuole Universitarie per Dirigenti, vada ripensato e contestualizzato nelle varie realtà. Frequentando i corsi IID e DAI o, attualmente, i corsi di laurea magistrale si approfondiscono aspetti legati al management e alla gestione di gruppi di lavoro e si acquisisce, in teoria, la competenza per gestire servizi complessi come i SITRA. Credo che questo patrimonio di competenze possa essere utilmente speso anche nel coordinare gruppi di infermieri e operatori di supporto di unità operative o distretti territoriali senza dover necessariamente frequentare il Master in coordinamento.

A. F: Anch'io sono dello stesso parere e, in questo caso, la nostra condotta aziendale è stata quella di affidare incarichi di coordinamento anche ai laureati magistrali che non hanno frequentato il Master per Coordinatori.

Domanda: Vi sembra che la competenza dei laureati magistrali sia adeguatamente valorizzata nell'ambito delle organizzazioni?

S.DM: Penso che nelle aziende sanitarie la valorizzazione delle competenze dei laureati magistrali sia direttamente correlata alla valorizzazione delle competenze infermieristiche in generale. Ad oggi ci sono ancora alcune difficoltà nello sviluppare in pieno le potenzialità infermieristiche nella ricerca, nella sperimentazione di percorsi organizzativi ed assistenziali innovativi e questo è uno svantaggio per tutti i professionisti, laureati e non, oltre che, naturalmente

per gli utenti, ai quali potrebbero essere offerti migliori servizi. Con l'istituzione dei SITRA ritengo, però, che si siano fatti importanti passi avanti, considerato che le indicazioni normative e gli attuali vincoli economici alle assunzioni non stanno facilitando il lavoro che le aziende svolgono per rispondere alle esigenze sanitarie dei cittadini.

A.F: Ritengo che l'azienda ospedaliera alla quale appartengo abbia mostrato, in generale, una buona disponibilità ad assecondare le richieste dei dipendenti per frequentare corsi di perfezionamento post-base, master o lauree specialistiche. Lo mostrano i dati relativi all'ultimo triennio, che vedono mediamente impegnate circa 70 persone all'anno in percorsi formativi per i quali sono state richieste le 150 ore di diritto allo studio. Forse non c'è altrettanta attenzione a valorizzare poi in ambito lavorativo le competenze professionali acquisite, perché questo richiederebbe una maggiore flessibilità organizzativa. Gli infermieri che, per esempio, hanno una preparazione "forense", potrebbero essere più spesso coinvolti in attività di consulenza a gruppi di colleghi impegnati nella revisione di particolari protocolli o procedure aziendali. Credo, d'altra parte, che lo sviluppo di una vera e propria "competenza professionale" sia rappresentata non solo dal possesso del titolo formale, ma da una disponibilità che il professionista mostra a spendere "sul campo" le proprie capacità ed abilità. Talvolta ho l'impressione che molti infermieri affrontino i percorsi formativi post-base con l'aspettativa (poco realistica) più di modificare la propria posizione organizzativa, che di acquisire una maggiore competenza professionale. Aspirazione naturalmente più che legittima, ma poco realizzabile, se si considera il limitato numero di possibilità legato necessariamente alle articolazioni organizzative. Le possibilità aumenterebbero notevolmente invece se si puntasse sulla "clinica avanzata", ossia sulla ricerca di migliori processi assistenziali, educativi e preventivi.

Domanda: Se aveste la possibilità di dare qualche suggerimento ai coordinatori e docenti dei corsi di laurea magistrale su che cosa puntereste?

A.F: Personalmente raccomanderei di curare con particolare attenzione la coniugazione fra teoria e prassi. Questo vale per tutti i corsi di formazione, ma, a maggior ragione, vale per la laurea specialistica. Il possesso di conoscenze teoriche aggiornate e basate sulle evidenze di letteratura dovrebbe preparare i professionisti ad agire con elevate competenze cliniche in ambito assistenziale, non solo in ambito gestionale.
Suggerirei soprattutto di aumentare il periodo di tirocinio, creando una interfaccia strettissima fra i formatori teorici e le guide di tirocinio. Fortunatamente la nostra sede universitaria ha consolidato ormai un buon rapporto con l'azienda ospedaliera, cosa particolarmente utile per fare in modo che l'offerta formativa corrisponda sempre meglio agli obiettivi di apprendimento degli studenti.
Creare una buona sinergia fra strutture formative e organizzazioni del lavoro penso sia molto utile anche a queste ultime per avere dei ritorni in termini di analisi dei processi operativi, ricerca e innovazione.

S.DM. Condivido la risposta di Adriano. Aggiungerei una riflessione: la formazione infermieristica oggi ruota ancora troppo attorno agli ospedali. Considerati i dati demografici ed epidemiologici riferiti alla popolazione e nella consapevolezza che i tempi di degenza in ospedale si accorciano sempre più, è necessario che gli infermieri, a qualsiasi livello operino, siano preparati a cogliere la sfida della cronicità, maturino la conoscenza dei servizi territoriali, siano consapevoli di essere chiamati direttamente in causa per garantire la continuità assistenziale ed educativa alle persone fragili e alle loro famiglie. Avere la consapevolezza di agire in una rete di servizi e di professionisti e avere la capacità di attivarla in modo appropriato, aiuta a rispondere alla sempre più complessa domanda di salute dei cittadini. Dal punto di vista degli utenti, queste competenze fanno sicuramente la differenza.

Domanda: Se un professionista vi chiedesse un consiglio per frequentare un percorso formativo post-base che cosa rispondereste?

A.F: Lo incoraggerei a lavorare per alcuni anni e a cercare poi percorsi che lo aiutino ad approfondire le tematiche che più gli stanno a cuore, anche in ambito clinico. Personalmente scoraggerei la scelta di affrontare, per esempio, il biennio di laurea magistrale dopo il corso di laurea

di primo livello. Pensando alla mia esperienza e a quella di molti colleghi che hanno frequentato la laurea specialistica solo dopo una ricca esperienza lavorativa, direi che questo ci ha aiutati a cogliere più precisamente il valore di molte conoscenze e ci ha orientato a finalizzare le nozioni in modo più accurato e spendibile nella pratica. Oltre a questo devo dire che, nel gruppo di colleghi con cui ho condiviso l'esperienza, abbiamo avuto la percezione che il valore aggiunto del nostro corso di laurea magistrale sia stato quello di compiere un "percorso di gruppo", scoprendo quanto vale davvero il confronto e la condivisione con i colleghi per raggiungere obiettivi avanzati.

S. DM e A.F (la risposta è condivisa): Pensando anche ad altre esperienze, quale ad esempio quella degli infermieri enterostomisti, ci pare che il segreto della loro indiscutibile competenza stia nel fatto che, a partire dalla pratica quotidiana, abbiano avuto la possibilità di confrontarsi in un gruppo interaziendale di colleghi, coordinato dal SITRA dell'ASL, condividendo la revisione della letteratura e gli strumenti assistenziali ed educativi EBN. In definitiva, hanno approfondito gli aspetti che li avrebbero messi in grado di affrontare meglio i problemi assistenziali. Poi, rendendosi conto che anche questo non era sufficiente, hanno compreso che si doveva maturare una maggiore competenza formativa. In altri termini, hanno avviato e stanno compiendo un percorso "virtuoso" che genera una reale competenza professionale in ambito clinico.
Siamo entrambi convinti che la formazione rappresenti un elemento cardine sia per la nostra professione, sia, in generale, per il Servizio Sanitario Nazionale, perché coinvolge e motiva i professionisti a mantenere elevati standard assistenziali a beneficio degli assistiti.

L'intervista termina qui e, naturalmente, sono debitrice ai colleghi per avermi dedicato il loro tempo e la loro disponibilità per riflettere su questo tema.
Tento, in conclusione, una stringatissima sintesi: la formazione post-base è una condizione necessaria, ma non sufficiente di per sé a creare maggiore competenza professionale. La conoscenza astratta, non "situata" nei contesti operativi, non tradotta nelle pratiche professionali quotidiane, assume ben presto la connotazione di una chiacchiera evanescente o di un'irritante raccomandazione, spesso mal tollerata da coloro che lavorano in prima linea.
Per rendere significativa la preparazione dei professionisti che hanno frequentato corsi di formazione post-base è fondamentale che le organizzazioni del lavoro li percepiscano come "sensori" dislocati nei vari punti nevralgici del loro tessuto operativo.
Altrettanto importante è, però, che anche i professionisti si percepiscano come risorsa per il proprio gruppo di appartenenza, per la propria comunità professionale, per la struttura sanitaria alla quale appartengono, per gli assistiti che, anche se hanno rare occasioni per chiederlo, possono avvantaggiarsi della loro maggiore competenza.

* *Infermiera e formatrice. ASL di Brescia.*

Educazione Continua in Medicina: novità in arrivo

Ermellina Zanetti*

Le Linee Guida saranno la base per la definizione dei Manuali di accreditamento a livello regionale, che saranno poi vagliati dalla Commissione nazionale ECM, e che dovranno rispettare i criteri fondamentali già definiti negli Accordi Stato Regione

Per ulteriormente definire le regole di sistema del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) e armonizzare i programmi nazionali e regionali, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (Age.na.s) ha elaborato un documento che è stato sottoposto ed approvato dalla Conferenza Stato Regioni con l'accordo del 19 aprile 2012, recentemente pubbicato sul Supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 98 del 14 maggio 2012. Il documento si articola nei seguenti sette punti:

1. le Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider, a livello nazionale e regionale;
2. l'istituzione dell'Albo dei provider;
3. i crediti formativi richiesti per il triennio 2011-2013;
4. le regole per i corsi tenuti da Ordini e Collegi;
5. le regole per i liberi professionisti;
6. gli obiettivi formativi del programma Ecm;
7. il sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità.

Solo alcune note sui primi due punti (**Linee Guida per i Manuali di Accreditamento dei provider e istituzione dell'Albo dei provider)** per poi approfondire gli altri cinque che riguardano direttamente ciascun professionista.

Le Linee Guida definiscono i requisiti minimi richiesti per accreditare un soggetto organizzatore (provider) di eventi formativi, misure precise in tema di sponsorizzazioni, che non devono interferire con l'attività formativa, e conflitto di interesse di provider e docenti. Le Linee Guida saranno la base per la definizione dei Manuali di accreditamento a livello regionale, che saranno poi vagliati dalla Commissione nazionale ECM, e che dovranno rispettare i criteri fondamentali già definiti negli Accordi Stato Regione e riguardanti: l'attribuzione di crediti per evento; la qualità della formazione; la garanzia di indipendenza dell'evento formativo.

L'**Albo nazionale dei provider** sarà curato dalla Commissione nazionale ECM e includerà sia i provider accreditati a livello nazionale sia quelli accreditati a livello regionale o provinciale (Trento e Bolzano).

I crediti formativi per il triennio 2011-2013 sono confermati in 150 (un minimo di 25 crediti e un massimo di 75 anno). Sarà possibile farsi riconoscere anche un massimo di 45 crediti acquisiti nel triennio 2008-2010.

La regione Lombardia, che ha recentemente emanato due provvedimenti riferiti al Programma ECM regionale 2012, ha stabilito che i 150 crediti triennali siano acquisiti mediante la partecipazione a diverse tipologie formative, fra cui:

Formazione individuale (redazione o referaggio di articoli scientifici, partecipazione ad eventi realizzati all'estero)	Massimo 10 crediti anno (20%)
Formazione A Distanza (FAD)	Massimo 25 crediti anno (50%)
Convegni, Congressi, Formazione Sul Campo	Massimo 90 crediti nel triennio (60%)
Attività di docenza e tutoring (tranne quella universitaria = attività scientifica)	Massimo 90 crediti nel triennio (60%)

Nei confronti dei **liberi professionisti** è prevista maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali: per rispondere alle loro esigenze formative è data la possibilità ad Ordini, Collegi e associazioni professionali di organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costi minimi necessari alla copertura delle spese.

Gli **Ordini e i Collegi,** le Associazioni professionali e le relative Federazioni, avranno un ruolo attivo nell'organizzazione di eventi formativi accreditati. Oltre alle materie "proprie" quali etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione, il documento prevede la possibilità che Ordini e Collegi organizzino anche corsi su materie tecnico-professionali, ma in modo da non superare il 50% dell'offerta complessiva.

Ordini e Collegi avranno un ruolo di certificazione della formazione mediante la possibilità di accesso all'anagrafica dei crediti formativi la cui gestione e compilazione è di competenza del Cogeaps, il Consorzio che fa capo agli Ordini e alle Associazioni professionali.

Gli **obiettivi formativi** sono riferiti a 29 aree e si articolano in tre tipologie di obiettivi formativi:

obiettivi **formativi di sistema,** rivolti a tutti i professionisti**,** finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze atte a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, appropriatezza, efficacia e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie. Di particolare rilievo per il servizio sanitario Nazionale e i Servizi Sanitari Regionali sono le tematiche legate all'umanizzazione delle cure, alla terapia del dolore e alla qualità dei sistemi e dei processi clinico assistenziali.

obiettivi formativi di processo con

tematiche legate al miglioramento della qualità dei processi nella specifica area sanitaria in cui si opera;
obiettivi formativi tecnico-professionali rivolti all'acquisizione di conoscenze e competenze tecnico professionali proprie ci ciascuna professione e/o disciplina.
Gli eventi formativi cui il professionista partecipa dovrebbero includere tutte le tre tipologie di obiettivi formativi che costituiscono il suo dossier formativo.
Non possono rientrare nel programma ECM i corsi di formazione sulle medicine non convenzionali, che potranno essere oggetto di corsi soltanto se il programma prevede prove di efficacia e un confronto con la medicina tradizionale. Le medicine non convenzionali, limitatamente a fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, agopuntura, ayurvedica e medicina antroposofica, potranno rientrare solo nei corsi rivolti a medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti.
Vigileranno sul sistema due organismi di controllo: il Comitato di garanzia, già previsto dall'accordo Stato Regioni del 2009, costituito in seno alla Commissione nazionale ECM e composto di 5 membri. In analogia le Regioni e le Province potranno approntare Comitati di Garanzia locali. Confermati anche i compiti dell'Osservatorio nazionale sulla formazione continua, previsto già nel 2007, e "replicato" poi negli Osservatori regionali.

Nel documento nessun cenno a sanzioni per coloro che non conseguono i crediti. Tuttavia nella riforma degli ordinamenti professionali, che lo stesso decreto impone sia attuata entro l'estate 2012, dovranno rientrare anche sanzioni **per i professionisti sanitari che non conseguono i crediti Ecm** (per altre professioni, come i dottori commercialisti, le sanzioni per non aver ottemperato all'obbligo dell'aggiornamento continuo sono già una realtà) secondo quanto già previsto dal decreto Tremonti dell'estate 2011.
"La violazione dell'obbligo di formazione continua – recita infatti l'articolo 3 del provvedimento – determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione".
Tuttavia se la legge individua un dovere e prevede di sanzionarne l'eventuale inadempienza, deve però fare in modo che sia concretamente possibile adempiere a quel dovere: la carenza dell' offerta formativa (in particolare per la professione di infermiere), la difficoltà a conciliare lavoro e aggiornamento, l'attuale blocco dei contratti e la crisi economica generale suggeriscono prudenza.

* *Infermiera. Vicepresidente del Collegio Ipasvi di Brescia.*

La formazione nelle organizzazioni

… il sapere non utilizzato si vendica. Nel sapere c'è qualcosa di terribilmente premeditato e obbligato. Vuole essere adoperato, rivolto in una direzione, rimaneggiato. Vuole rendersi indispensabile.
Elia Canetti, La provincia dell'uomo, 1946

di Micaela Lo Russo*, Stefano Bazzana**

Il filo conduttore che unisce le diverse definizioni di formazione è senz'altro il concetto di cambiamento. I contesti cambiano continuamente, le persone anche e vanno ricercati sempre nuovi equilibri, ricreati nuovi rapporti fondati sulla crescita e lo sviluppo comune, che siano utili ad entrambi.

La formazione si occupa professionalmente dei processi di apprendimento degli adulti al fine di migliorare i risultati individuali di sviluppo e generali del sistema organizzativo di cui fanno parte. In un contesto lavorativo il termine formazione è riferito ad un insieme di attività di tipo didattico rivolte allo sviluppo delle risorse umane, cui gli individui partecipano per il fatto di appartenere ad una certa organizzazione aziendale.
Questa è una delle tante definizioni di formazione che la letteratura ci offre. Data la complessità dell'attività formativa, le numerose modalità in cui si esplica e le altrettanto numerose finalità che si propone, è difficile trovare una definizione precisa ed omogenea, anche perché essa agisce in un ambito interdisciplinare, nel quale confluiscono diverse professioni, sociali sanitarie e tecniche.

Il filo conduttore che unisce le diverse definizioni di formazione è senz'altro il concetto di cambiamento. I contesti cambiano continuamente, le persone anche e, di conseguenza, vanno ricercati sempre nuovi equilibri, ricreati nuovi rapporti fondati sulla crescita e lo sviluppo comune, che siano utili ad entrambi.
La formazione diventa un'esigenza intrinseca delle organizzazioni di lavoro. Per questo, essa assume caratteristiche proprie che tendono a differenziarla nettamente dai processi di istruzione "scolastica" che si rivolgono ai bambini e ai giovani. Il discente adulto, infatti, ha bisogno di sentirsi protagonista nel suo percorso di apprendimento, ed è motivato dal desiderio di migliorare la sua performance professionale (spendibilità della formazione). Attraverso quasi cinquant'anni di riflessioni e di ricerche sul campo, M. Knowles (1986) ha contribuito in modo determinante alla formulazione di una teoria dell'apprendimento degli adulti e alla diffusione del termine "andra-

gogia" che la designa (cfr Tab. 1).
La formazione ha quindi finalità concrete ed operative di miglioramento della preparazione professionale di determinati gruppi o categorie di individui: essa non si caratterizza come fatto di promozione culturale quanto come momento di trasmissione e acquisizione di un sapere tecnico e specialistico che si ritiene vincolante per un'efficace "prestazione di lavoro" (Quaglino, 2000).
Il ricorso alla formazione come investimento e come strumento di politica generale di sviluppo risulta, pertanto, vantaggioso tanto per gli individui quanto per le organizzazioni.
Per ciò che riguarda gli individui, la formazione è essenziale per favorire la preparazione a nuovi profili professionali e sviluppare le nuove attitudini e le relative competenze per mettere in atto determinate "performance".
Anche per le organizzazioni però la formazione gioca un ruolo importante, sia nel rafforzamento della loro posizione di concorrenza sia nel rilancio dello sviluppo. Si tratta, infatti, di un fattore chiave di riuscita dei cambiamenti e delle riprogettazioni organizzative.
Il ruolo formativo dell'azienda risulterà tanto più efficace se riuscirà a creare per i propri individui le condizioni ottimali per apprendere, migliorare e cambiare utilizzando spazi e strumenti formativi che dovrebbero essere presenti nelle organizzazioni al fine di generare negli stessi individui una cultura della formazione.
L'apprendimento deve essere continuo, diluito nel vissuto e nel lavoro quotidiano. Di conseguenza, la formazione non può più essere assegnata a luoghi e a tempi separati rispetto ai luoghi e ai tempi del lavoro. La formazione deve, invece, diventare davvero continua – distribuita capillarmente nel tempo di lavoro, immersa nel luogo di produzione – così come continue sono le domande che ci si pone man mano che si affrontano problemi non proceduralizzati, non consueti. Formazione continua è un modo di lavorare, in cui il valore viene prodotto più dall'esplorazione che dalla routine, più dall'apprendimento di nuove metodologie che dall'ottimizzazione di quelle già note e collaudate (Costa, 1999).

Tabella 1. Differenze tra pedagogia e andragogia tratta da A. Marano "La Formazione degli adulti"

PEDAGOGIA	ANDRAGOGIA
II bambino all'inizio e privo di conoscenze.	L'adulto ha un vissuto individuale importante e una formazione scolastica diversa da quella di altri adulti.
L'insegnante conosce i programmi ed ha idee precise su come trasferirli alla classe.	II formatore non ha alcuna idea delle conoscenze e non sa prima come le trasmetterà al gruppo.
L'esperienza personale del bambino è modesta.	L'esperienza dell'adulto è superiore alla conoscenza che riceverà in aula.
L'insegnante cerca di portare la classe al livello superiore.	II formatore dell'adulto sa che ogni partecipante arriverà con percorsi diversi.
La motivazione ad imparare è legata al voto.	La motivazione è legata all'interesse per I'argomento.

La formazione nelle organizzazioni sanitarie

In sanità si fa ancora fatica a connettere lo strumento formazione con i sistemi organizzativi e si privilegia la dimensione metodologica della progettazione interna dei "corsi" (Prandi, 2006). E' tuttavia da sottolineare come l'ambito sanitario rappresenti uno dei luoghi privilegiati all'interno dei quali la ricerca, volta a comprendere i significati di qualità dei servizi, abbia concentrato maggiormente le proprie risorse e i propri intenti di comprensione dei meccanismi di valutazione dell'attività sanitaria complessiva. In quest'ottica, vista la responsabilità sociale del servizio erogato, risulta centrale l'aspetto della formazione delle risorse che vi operano, la quale è intesa come sviluppo di competenze e aggiornamento continuo. Nell'immediato questi ultimi fungono da garanzia di efficacia nelle prestazioni sanitarie, nel lungo periodo stanno alla base del progresso sociale.

Dal 1° gennaio 2002 si è dato avvio al sistema italiano di Educazione continua in medicina (ECM), come previsto dal D.Lgs. n.229/99[1].

L'ECM comprende l'aggiornamento professionale e le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale. Il modello riguarda tutti gli operatori sanitari, dipendenti o liberi professionisti.

L'impegno ad un continuo aggiornamento e adeguamento delle conoscenze e competenze, peraltro, è previsto dai codici deontologici di tutti i professionisti della sanità.

Il modello consiste nella partecipazione ad iniziative formative organizzate da strutture accreditate per l'ECM, pubbliche o private, sviluppandosi prevalentemente secondo programmi formativi pluriennali finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale, di quelli regionali e per percorsi autogestiti.

Il percorso della Regione Lombardia per realizzare un sistema di formazione continua si è concretizzato con la DGR n. VII/18576 del 5 agosto 2004 "Linee di indirizzo per l'attivazione del sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) in Lombardia". Il modello configurato privilegia la valorizzazione professionale del personale sanitario operante nel sistema socio-sanitario regionale.

Tale valorizzazione viene attuata con:

- Il raccordo tra la programmazione di attività formative e la formazione finalizzata al progetto individuale di crescita professionale di ogni operatore sanitario, da tradurre in valore aggiunto per l'organizzazione di riferimento e miglioramento del servizio reso al cittadino;
- Il passaggio dall'accreditamento dei singoli eventi all'accreditamento dei Provider, in particolare dei Provider aziendali;
- L'utilizzo di metodologie e attività di formazione coerenti con la sostenibilità del sistema e la valorizzazione del connubio "sapere – sapere applicato", che privilegia le esigenze di professionalità con la formazione "sul campo".

Sempre nel 2004 la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha deliberato i "Requisiti minimi per l'accreditamento di Provider per l'ECM", nell'ambito del sistema che attribuisce ai Provider la facoltà di assegnare i crediti ECM ai partecipanti delle attività formative organizzate secondo i criteri e le modalità stabiliti dalla conferenza Stato-Regioni.

L'accreditamento dei Provider ECM che la Regione Lombardia sta attuando è rivolto a soggetti pubblici e privati con sede legale nel territorio regionale e che propongono un piano di formazione di valenza almeno semestrale con destinatario il personale sanitario.

L'esperienza di questi anni rappresenta un esempio concreto di definizione dei significati della formazione nel quadro sanitario regionale e rappresenta un tentativo di elaborazione di un sistema di valutazione di ricaduta degli interventi formativi in grado di definirne i risultati e gli effetti in termini di sviluppo. Racchiude, complessivamente, le esigenze che sia da un punto di vista sociale e pratico sia da un punto di vista teorico accompagnano i temi della formazione e dell'efficacia di quest'ultima all'interno delle organizzazioni.

All'interno della normativa regionale precedentemente citata è possibile rintracciare due

1 Il primo dispositivo normativo ad introdurre nel nostro sistema il tema dell'Educazione Continua per i professionisti sanitari è la cd legge di riforma, DLgs 502 del 1992

importanti aspetti che riguardano da una parte il significato che si intende attribuire alla formazione, dall'altro il sistema di valutazione che si vuole attivare affinché si renda chiaro ed esplicito il valore innanzitutto degli sforzi progettuali volti alla crescita professionale e secondariamente alla necessità di istituire un processo di miglioramento continuo dei propri interventi formativi.
Per quanto riguarda il ruolo di questo gruppo di attori (aziende sanitarie pubbliche e private accreditate) nel sistema della formazione continua, prioritario dovrà essere quello di trovare un raccordo tra la "capitalizzazione" dei crediti formativi degli operatori e le proprie esigenze organizzative per il mantenimento/miglioramento della qualità delle prestazioni dei servizi sanitari e socio sanitari. Quindi non più registrazione di formazione fatta, ma progettazione di formazione per un miglior esercizio delle professionalità individuali ed un'affermazione della professionalità collettiva.
In quest'ottica il significato che si vuole attribuire alla formazione è quello di *"strumento mediante il quale veicolare la crescita delle competenze professionali […] e valutare, nel medio-lungo periodo, le ricadute organizzative delle attività proposte"*.
Si tratta di un nuovo approccio alla formazione continua in Sanità, diffuso in molti Paesi europei ed extraeuropei, focalizzato sul miglioramento qualitativo della prestazione professionale e sull'impegno di rendere coerenti la performance professionale con i bisogni del cittadino e del servizio sanitario.
L'esperienza dell'ECM ha senz'altro avuto un effetto positivo: ha stimolato la crescita dei centri di formazione aziendali e ha posto al centro dell'attenzione l'investimento nelle Risorse Umane, attribuendogli piena visibilità. Pur con tutte le distorsioni verificatesi, si può notare un potenziamento della funzione formazione che si viene configurando sempre più come "complessa" e posta in staff alla direzione generale. I centri di formazione aziendali possono costituire punti di riferimento forti, in grado di contribuire ad orientare le capacità delle persone verso le esigenze dell'organizzazione. Essi devono essere rafforzati ad ogni livello, dal responsabile a tutta la rete dei referenti sul territorio e vanno diffuse capacità di programmazione (piani strategici formativi che devono rispecchiare i piani dipartimentali/settoriali/distrettuali ecc.) e di negoziazione dei percorsi formativi decentrati (e dei relativi budget). (Boni S., 2005)
Molti centri aziendali son partiti con l'obiettivo di ottenere l'accreditamento. Il passaggio senza dubbio può essere un momento importante per ragionare sui processi ed avviare il miglioramento continuo, l'accreditamento però è solo un momento preparatorio al perseguimento della qualità.
La possibilità di intraprendere azioni trasversali che tocchino vari operatori e servano per condividere e diffondere valori, la mission e la strategia aziendale, assegna un ruolo primario al centro di formazione, di collante e supporto culturale. La formazione non deve quindi tradursi in una semplice "rincorsa dell'ECM", ma può e deve costituire per l'organizzazione una opportunità per fornire indirizzi strategici e di sviluppo mentre, per il singolo professionista sanitario, un'occasione per il soddisfacimento di bisogni formativi di natura tecnica, gestionale, etica e relazionale.

La formazione nelle organizzazioni sanitarie bresciane

Quanto sopra illustrato consente di cogliere gli elementi di complessità e di complicazione che il tema della formazione nel contesto sanitario viene ad assumere. Molte sono le variabili organizzative ed economiche con le quali non sempre è possibile la dinamica del confronto (dalla sostenibilità dell'impegno organizzativo della formazione alla sostenibilità dei costi diretti e indiretti della stessa). Molti sono gli elementi che al fruitore della formazione non sempre appaiono evidenti e decodificati. Gli aspetti di pseudo semplificazione organizzativa apprezzerebbero ancora "il corsificio", i desiderata del ritorno organizzativo della formazione chiama a progettazioni più articolate, studiate, affidate ad esperti della formazione capaci di co-progettare con esperti di altre discipline e materie per l'ottimizzazione dei contenuti e dei risultati attesi (come dialogare con un amministratore se non dimostrando, non senza fatica, che la formazione "rende"?). Il fruitore della formazione (noi professionisti, se non fosse chiaro!) in larga maggioranza vive l'obbligo dei 50 crediti formativi all'anno come un dovere cui attendere non sempre facile da riconoscere quale elemento dello sviluppo personale e professionale

nella cultura della formazione. Ancora assai distante, in un'ampia fascia dei professionisti, è il concetto di accreditamento professionale, dove l'elemento pregnante del desiderio di una cultura della formazione è alla base per lo sviluppo, condivisione e anche co-progettazione di azioni formative diversificate, funzionali ai soggetti e dagli stessi desiderate.
L'analisi di come viene percepito l'attuale obbligo formativo da parte dei professionisti potrebbe essere una occasione di futura indagine, da parte del Collegio, per comprendere quanto questo obbligo sia orientato verso il peso o verso l'opportunità e quanto le risposte fornite dalle aziende e dagli Enti siano ritenute soddisfacenti dagli interessati.
A conclusione ci pare importante condividere con gli iscritti (che sono nella stragrande maggioranza dipendenti di strutture o aziende sanitarie) l'esperienza di collaborazione che negli ultimi anni si è consolidata fra gli Uffici Formazione della provincia (e su alcuni temi anche di altre province). Con la nascita del sistema ECM-CPD lombardo (2004) infatti, è contemporaneamente nata una rete di formatori bresciani (*) che ha cercato di fare sinergia e sintesi rispetto ad alcuni macroobiettivi:

- semplificazione burocratico- normativa (vincolante anche la modalità di erogazione della formazione);
- lettura trasversale e di confronto pubblico/privato delle esigenze formative e dei desiderata di orientamento;
- confronto e benchmarking di esperienze e professionalità per co-costruzione sia di eventi condivisi che di singola struttura capaci di giovarsi anche delle esperienze altrui;
- promozione (talvolta difesa) dell'identità della formazione all'interno delle organizzazioni quale leva di sviluppo strategico delle stesse ma anche delle persone che vi lavorano;
- collaborazione con il Collegio.

Tutto ciò perché lo sviluppo e il mantenimento della formazione all'interno delle organizzazioni sanitarie sia riconosciuto quale elemento fondante di una costante crescita e promozione delle professionalità. Noi lo crediamo obiettivo condiviso e da condividere per ottimizzare forze, idee e risorse al fine di continuare ad essere efficienti in un periodo non facile come quello che il sistema economico attuale ci sta prospettando, rispettando i criteri di qualità, appropriatezza ed efficacia degli interventi formativi.

(*) Rete bresciana Referenti della Formazione:
Dr. Stefano Bazzana - *AO Spedali Civili di Brescia*
Dr.ssa Elena Fanetti - *ASL Vallecamonica Sebino*
Sig.ra Rosita Lannutti - *AO di Desenzano del Garda*
Dr.ssa Micaela Lo Russo - *Domus Salutis, Ancelle della Carità, Brescia*
Dr.ssa Sabrina Maioli - *Fondazione Poliambulanza, S. Orsola, Brescia*
Dr.ssa Carla Noci - *ASL di Brescia*
Dr. Francesco Zeziola - *L.P. già AO di Chiari*.

Bibliografia

1. BONI S., (2005), "Programmare il proprio life long learning: professionisti sanitari, ecm e aziende", in *FOR Rivista per la formazione*, n. 65, FA, Milano.

2. KNOWLES M., (1997), *Quando l'adulto impara: pedagogia e andragogia*, Franco Angeli, Milano.

3. GUILBERT J.J., (2002), *Guida pedagogica per il personale sanitario*, Armando, Roma.

4. MAIOLI S., MOSTARDA M.P., (2011) *La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie*, McGraw-Hill, Milano.

5. PRANDI F., (2006), "Le culture della formazione in sanità", in *FOR Rivista per la formazione*, n. 68, F. Angeli, Milano.

6. QUAGLINO G.P., CARROZZI G.P., (1989), *Il processo di formazione*, F. Angeli, Milano.

7. QUAGLINO, G.P., (2000). *Uno scenario dell'apprendere. ISFOL, Strumenti e ricerche. Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica*. F. Angeli, Milano.

8. ROTONDI M., (2000), *Facilitare l'apprendere, modi e percorsi per una formazione di qualità*, Franco Angeli, Milano.

* *Infermiera e formatrice. Responsabile dell'Ufficio Formazione della Domus Salutis di Brescia.*

** *Infermiere e formatore. Responsabile Processi Formativi AO Spedali Civili di Brescia. Presidente del Collegio Ipasvi di Brescia.*

La metodologia del Focus Group applicata dal Collegio Ipasvi di Brescia per l'indagine di fabbisogno formativo dei propri iscritti

Monica Coccoli*, Laura Manara**

Introduzione

Affrontare l'argomento formazione in ambito sanitario, evoca, prima ancora delle tipologie di intervento finalizzato al raggiungimento dello scopo, il concetto di professionalità. La professionalità di un operatore della Sanità viene usualmente riassunta dal possesso di tre caratteristiche fondamentali (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche):

- conoscenze teoriche aggiornate (il sapere);
- abilità tecniche o manuali (il fare);
- capacità comunicative e relazionali (l'essere).

La formazione che ne consegue si concretizza in un approccio di tipo olistico alla professione, approccio che deve intercettare il rapido e continuo sviluppo della medicina ed intersecarlo con l'accrescersi delle innovazioni tecnologiche ed organizzative. Tali variabili rendono sempre più difficile al singolo operatore mantenere le tre caratteristiche al massimo livello così che "l'aggiornamento versus la competenza" diventa parte essenziale e logica conseguenza di un processo di formazione che, per implicita definizione, deve essere continuo.

L'indagine di fabbisogno condotta mediante l'organizzazione di una serie di Focus Group (in seguito FG), s'inserisce all'interno di un progetto di ricerca più vasto, avente la finalità generale di esplorare, attraverso strumenti di rilevazione sia di tipo quantitativo (questionario) sia qualitativo, la rappresentazione delle necessità di formazione dei professionisti iscritti al Collegio.

In questa indagine, la tecnica di rilevazione dei dati basata sul FG, tipica della ricerca qualitativa**,** ha avuto la finalità da un lato di preparare/perfezionare lo strumento di rilevazione dei dati di tipo quantitativo (il questionario fabbisogno formativo) e, dall'altro, di fornire dati per l'approfondimento dei risultati del questionario stesso.

Infatti, è possibile impiegare i FG anche nell'in-

terpretazione dei risultati di indagini statistico-campionarie, per meglio definire il senso degli atteggiamenti o dei comportamenti che da esse emergono.
I dati raccolti con i FG permettono, rispetto a determinati comportamenti e atteggiamenti, di indagarne caratteristiche specifiche e motivazioni (ossia di rispondere alle domande come? Perché?) senza offrire dati significativi sulla loro prevalenza o, tanto meno, utili per la loro previsione. Si tratta quindi di una tecnica qualitativa, che permette di rilevare dati e informazioni da una discussione di gruppo su un tema o un argomento che si vuole indagare in profondità
La discussione è condotta da **un moderatore o facilitatore** che, attraverso la formulazione di specifiche domande, "stimola" la conversazione tra i partecipanti, allo scopo di raccogliere informazioni utili ai fini della ricerca (Zammuner, 2003).

E' una tecnica vantaggiosa perché:
- offre ricchezza di dati su un tema specifico;
- è uno strumento flessibile;
- consente di raccogliere informazioni anche sul comportamento non verbale;
- la discussione di gruppo facilita l'espressione di opinioni anche in chi non è abituato.

Presenta qualche svantaggio:
- il ricercatore ha un controllo limitato sui soggetti rispetto ad altri metodi;
- non generalizzabilità dei risultati.

In genere, la realizzazione di una ricerca attraverso la tecnica del FG si articola in quattro fasi:
1. stesura del progetto di ricerca e pianificazione del FG;
2. reclutamento dei partecipanti del FG;
3. attuazione del FG;
4. analisi dei dati raccolti.

Di seguito riportiamo uno dei FG realizzati presso la sede del nostro Collegio. Abbiamo scelto quello rivolto agli infermieri clinici sia perché rappresentativo della maggioranza dei lettori di Tempo di Nursing, sia perché gestito e rielaborato anche da chi scrive. I risultati riportati sono indicativi di un'analisi ragionata da parte del gruppo ed in sé esaustivi sulla tematica generale del FG. Attraverso momenti di elaborazione e rielaborazione di vissuti professionali, oltre che di personali convinzioni, i partecipanti identificano e riconoscono nella denominazione *lifelong learning* (OMS) il bisogno di formazione, ma ne evidenziano specifiche criticità. Affermano altresì che il superamento delle stesse è strettamente legato a variabili di tipo logistico, tempistico, economico ed esecutivo.

Esperienza
3° Focus Group: infermieri clinici

Il Collegio Ipasvi di Brescia a seguito della necessità di predisporre il Piano Formativo ECM/CPD ha promosso un'indagine di fabbisogno che ha coinvolto un gruppo di infermieri clinici, infermieri coordinatori, infermieri dirigenti rappresentativi delle differenti realtà lavorative, attraverso la metodologia del FG.

Obiettivo del Focus:
ricercare e "mettere a fuoco" le necessità/esigenze formative percepite dai professionisti iscritti al Collegio nell'esercizio della propria professione, al fine di realizzare una proposta formativa congruente ai bisogni dei professionisti e in linea con le finalità del Collegio.
L'incontro di Focus che abbiamo scelto di presentare ai lettori di Tempo di Nursing ha visto coinvolte tredici persone: 10 infermieri clinici, 1 infermiere conduttore, 2 infermieri osservatori. Si è svolto presso la sede del Collegio Ipasvi ed ha avuto una durata di circa 2 ore.

Realizzazione:
In fase di avvio, il moderatore per favorire la conoscenza reciproca e l'instaurarsi di un clima di fiducia e tranquillità, presupposti necessari per una buona riuscita del Focus, ha dedicato ampio spazio alla presentazione dei partecipanti.
Il gruppo, dopo un primo momento di disorientamento e imbarazzo, si è reso disponibile a una partecipazione attiva, accogliendo con interesse la proposta di lavoro formulata dal moderatore.
Il moderatore ha proposto una domanda introduttiva per aiutare gli infermieri a "entrare" nel tema della discussione: ***"Cosa ne pensate di questa affermazione? Anche il miglior percorso di formazione (di base) deve essere completato e aggiornato costantemente per consentire a un infermiere di affrontare la realtà lavorativa e adeguarsi alle necessità emergenti?"***

I colleghi hanno risposto (frasi riportate te-

stualmente)**:**

… *si sono d'accordo, se penso a quando ho iniziato io, la scuola mi sembrava una cosa ma iniziare a lavorare ed essere responsabile è stato molto faticoso...*

... *quando vedo i neo laureati che arrivano, anche se sono più preparati, incontrano tante difficoltà a tradurre le materie in pratica quotidiana...*

... *mi sembra che sia difficile soprattutto conoscere gli aspetti organizzativi...*

... *concordo con questa affermazione...*

... *quando si inizia a lavorare ci si accorge di non sapere tante cose...*

... *qualcuno, in base a dove e quando ha fatto la scuola sa meno di altri...*

La domanda proposta ha innescato tra i partecipanti una comunicazione circolare ricca che ha portato tutti, senza difficoltà e in modo "caldo" ed "appassionato", ad esprimere il proprio consenso all'affermazione fatta. E' stato pertanto naturale proseguire in seguito con le domande obiettivo centrale della discussione.

Moderatore:
"Secondo voi/la vostra esperienza quali potrebbero essere gli ambiti formativi (di competenza del Collegio) che sarebbe utile aggiornare/ acquisire per gestire la quotidianità lavorativa come professionisti?"

I colleghi hanno risposto:

*"...**Farmacologia.** Per un infermiere è fondamentale conoscere la farmacologia perché quanto appreso durante il corso non è assolutamente sufficiente per poter lavorare e soprattutto nei differenti contesti...*

... *ritengo che potrebbero essere utili degli aggiornamenti **sull'ambito relazionale** perché quando ci si trova nei contesti lavorativi è difficile sia con i pazienti che con il gruppo di lavoro...*

... *è fondamentale che si organizzino corsi sulla **conoscenza della patologia** e degli aspetti infermieristici assistenziali specifici anche di base...*

... ***l'assistenza di base** è lo specifico dell'infermiere quindi il Collegio deve garantire gli aggiornamenti...*

... *è utile non solo organizzare corsi ma anche **incontri di confronto** tra le diverse realtà...*

... *Competenze dell'infermiere **dalla teoria alla pratica***

... ***Stesura di protocolli e procedure**...*

... ***Continuità assistenziale e presa in carico** sono aspetti che diventano importantissimi ed il Collegio può aiutare ad avere delle visioni più ampie...*

... ***Normativa vigente professionale e non,** consenso informato ecc...*

... *Approfondimenti* etici *per uniformare i comportamenti professionali...*

... *Formazione che consenta al neo laureato di integrarsi e confrontarsi* con il gruppo di lavoro *con meno difficoltà; confrontarsi con altre figure professionali; **acquisire capacità relazionali**...*

... *Vorrei che si organizzassero dei corsi che promuovano la figura dell'infermiere come professionista* autonomo *ed insostituibile...*

... ***Organizzazione delle attività lavorative** e maggior conoscenza dei **profili del personale di supporto***

... ***Aspetti relazionali** nei confronti dei parenti e di altre figure professionali presenti anche sul territorio...*

... ***Relazione di aiuto e counseling** […] **Relazione e comunicazione con il gruppo di lavoro**…*

... *Percorsi che aiutino gli infermieri a **rielaborare la propria esperienza...***

... *Contributi che aiutino a svolgere **attività educativa** con i pz, parenti...*

... *Documentazione assistenziale **cartellino infermieristico**...*

... *Maggior conoscenza **del profilo dell'infermiere**...*

Moderatore:
"E… come infermieri pensando alle sfide del futuro, quali saranno i possibili ambiti formativi con i quali il collegio ci può aiutare?"

I colleghi hanno risposto:

*Vorrei che il Collegio mi aiutasse a **vedere quali sono le sfide del futuro** perché lavorando sempre nello stesso contesto non lo so...*

... Vorrei approfondire l'ambito del ruolo

dell'infermiere nella ***dimensione educativa*** *con i parenti, con il paziente ed anche con i colleghi...*

... ***Confrontandomi con i nuovi colleghi*** *credo che per essere professionisti sarebbe importante approfondire e saper utilizzare le* diagnosi infermieristiche...

... Sicuramente ***gli aspetti etici relativi al fine vita [****…] ci mettono di fronte a scenari completamente nuovi...*

... ***Nursing transculturale*** *per l'assistenza al pz straniero...*

... ***Conoscere le lingue*** *(inglese) per affrontare la globalizzazione...*

... *Imparare* ***il lavoro di equipe tra infermieri e professionisti di altre discipline...***

... *Capire quali sono gli aspetti di sviluppo* ***dell'autonomia professionale e il sistema formativo...***

... *Migliorare l'autostima per migliorare* ***la relazione nelle organizzazioni...***

... *Conoscere* ***il codice deontologico...***

... *Saper lavorare nella complessità gestire* ***la cronicità (definire le priorità) [...] competenze cliniche ed organizzative...***

... ***La documentazione assistenziale*** *per renderci evidenti come professionisti...*

... *Il collegio come trait d'union con altre professioni e tra ospedale e territorio...*

... ***La responsabilità professionale****...*

... ***Il lavoro d'equipe****...*

Moderatore:
"Come vedete il ruolo culturale del Collegio?"

I colleghi hanno risposto:

... Vorrei essere **più partecipe ed informato** delle attività e del ruolo del collegio *(ovvero il* Collegio deve essere più aperto*)...*

... *il Collegio dovrebbe far in modo di* ***creare più occasioni di confronto ed incontro tra gli iscritti...***

... *in passato vivevo* ***il Collegio come una "formalità"*** *ora che conosco una persona del Consiglio sono interessata a capirne di più e a volerne conoscere gli aspetti e le attività...*

... *Desidererei che* ***il Collegio svolgesse un maggiore controllo*** *nei confronti della cultura professionale, degli iscritti e delle istituzioni (fra cui ENPAPI)...*

... *Ci auspichiamo* ***una maggiore preparazione nell'accoglienza degli infermieri stranieri...***

... *Vorremmo che* ***il numero dei partecipanti ai corsi organizzati*** *dal Collegio aumentasse, come pure il* ***numero delle edizioni dei corsi****...*

... *Vorremmo che il Collegio organizzasse* ***più incontri di questo tipo*** *e siamo contente che in questo caso ci abbia coinvolte...*

Esaurita la discussione sulle domande centrali il conduttore, riassumendo i concetti più salienti emersi, ha accompagnato il gruppo verso la fase conclusiva del Focus.

Osservazioni conclusive

Durante il Focus gli infermieri hanno dimostrato un forte coinvolgimento cognitivo ed emotivo e l'esplicitazione delle necessità formative è stata per ciascuno notevolmente influenzata dall'appartenenza ai differenti contesti organizzativi per i quali hanno dimostrato forte identificazione, attaccamento e a volte sofferenza.
I colleghi sono consapevoli che per garantire efficacia, qualità e sicurezza delle prestazioni è necessario un continuo aggiornamento di conoscenze, abilità tecniche, relazionali e comportamentali.
I partecipanti hanno riscontrato una serie di esigenze formative legate a:

- rapidi cambiamenti dei contenuti dei saperi tecnici, ma anche delle modalità della loro elaborazione e trasmissione (oltre al nuovo significato di alcune competenze già acquisite);
- spinte contrastanti tra specializzazione e approccio globale;
- necessità effettiva di integrazione;
- esigenze comunicative e relazionali;
- cambiamenti delle politiche sanitarie e delle normative;
- una maggiore consapevolezza nella modalità di condivisione degli approcci più nuovi di confronto professionale.

Le tematiche formative rilevate dai partecipanti (riaggregate in ordine di n° delle citazioni) sono le seguenti:

"Tutti concordano sull'affermazione quindi- secondo voi/la vostra esperienza quali potrebbero essere gli ambiti formativi (di competenza del collegio) che sarebbe utile aggiornare/acquisire per gestire la quotidianità lavorativa come professionisti?"	
Educazione alla salute e aspetti relazionali con il paziente e i familiari	*Relazione di aiuto e counseling, educazione….(10)*
Organizzazione e management	*Organizzazione delle attività lavorative, lavorare in gruppo,(9)*
Valorizzazione delle esperienze e delle buone pratiche	*Incontri di confronto tra le diverse realtà…(7)*
Normativa professionale e non Profili professionali	*Consenso informato…profili profili dei differenti operatori (asa, oss, inf) (6)*
Clinica	*Farmacologia e assistenza nelle diverse patologie…(3)*
"E… come infermieri pensando alle sfide del futuro, quali saranno i possibili ambiti formativi con i quali il Collegio ci può aiutare"?	
Etica e deontologia, responsabilità	*Dell'autonomia professionale… codice deontologico….fine vita. (9)*
Organizzazione e management	*Dell'autonomia professionale e il sistema formativo (9)*
Valorizzazione delle esperienze e delle buone pratiche	*Rielaborare la propria esperienza (8)*
Educazione alla salute e aspetti relazionali	*La relazione nelle organizzazioni… (7)*
Continuità assistenziale	*Affrontare la cronicità (7)*
Multiculturalità	*L'assistenza al paziente straniero (6)*

Il FG, come altre tecniche di rilevazione di dati caratteristiche della ricerca qualitativa (interviste, scritture autobiografiche) permette di indagare con particolare accuratezza "le necessità formative" che non sempre possono essere studiate attraverso approcci quantitativi. Le riflessioni riportate fanno emergere come i professionisti ormai non si misurino più con problemi ricorrenti, predefiniti, chiari bensì con questioni sfuggenti, instabili dove la capacità di agire sulla base di routine consolidate diventa insufficiente, mentre emerge come essenziale la capacità di misurarsi con l'imprevisto, il cambiamento veloce, l'indeterminatezza. Per questo appare adeguata una formazione orientata, oltre alle capacità di conservare e implementare sapere, anche a sviluppare capacità di costruire conoscenza, problemi, soluzioni. In risposta a quanto emerso potrebbe essere importante per il Collegio organizzare la **realizzazione del Piano Formativo in tre aree con obiettivi specifici**:

I area - **Sensibilizzazione e conoscenze generali** – volta a promuovere percorsi che abbiano come obiettivo la sensibilizzazione o la diffusione di conoscenze generali attorno ad alcuni temi emergenti contribuendo a creare le condizioni per interventi più approfonditi (la qualità, l'orientamento al cliente, la normativa, i cambiamenti nel sistema sanitario ecc.).

II area – **Competenza specifiche e competenze di ruolo** – volta a favorire l'acquisizione di competenza professionali più specifiche o di componenti importanti per l'esercizio di un ruolo (…es. ridefinizione di orientamenti e strumenti professionali, conduzione di gruppi di lavoro, sviluppo di competenze comunicative ecc…...).

III area – **Apprendere dai problemi** – volta a implementare interventi formativi più centrati su quel che possiamo chiamare "costruire" problemi, apprendere dall'esperienza e apprendere ad apprendere. Sono interventi formativi finalizzati all'analisi di "problematiche" con cui i professionisti si confrontano nell'esercizio della propria attività. Gli elementi emersi dal Focus Group non hanno la presunzione di essere né esaustivi né generalizzabili ma rappresentano uno "spaccato" significativo dei punti di vista, delle opinioni e delle riflessioni sui temi dell'aggiornamento e

formazione di un gruppo di professionisti.
Per concludere….i partecipanti si sono dichiarati soddisfatti ed hanno **percepito il Focus come un'importante occasione di incontro e confronto tra professionisti e tra professionisti e Collegio.**

Bibliografia

Bailey K.D. (1995), Metodi della ricerca sociale, Il Mulino, Bologna.

Bezzi C. (2001), Il disegno della ricerca valutativa, Franco Angeli, Milano.

Bloor M., Frankland J., Thomas M., Robson K.(2001), Focus Group in social research, Sage, London.

Bovina L. (1998), I focus group. Storia, applicabilità, tecnica, in Bezzi C. (a cura di), Valutazione1998, Giada, Perugina.

Colombo M. (1997), Il gruppo come strumento di ricerca sociale, dalla comunità al focus group, in"Studi di sociologia", XXXV, 2, aprile-giugno.

Corrao S. (2000), Il focus group, Franco Angeli, Milano.

Guala C. (2000), Metodologia della ricerca sociale. La storia, le tecniche, gli indicatori, Carrocci, Roma.

Kaneklin C., Scaratti G. (1998) Formazione e narrazione, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Knowles M. (2002), Quando l 'adulto impara.Pedagogia e andragogia, Franco Angeli, Milano.

Lichtner M. (1999), La qualità delle azioni formative. Criteri di valutazione tra esigenze di funzionalità e costruzione del significato, Franco Angeli, Milano.

Morgan D.L. (1988), Focus group as Qualitative Research, Sage, Newbury Park.

Palumbo M. (2001), Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare, Franco Angeli, Milano.

Spaltro E. (1980), L'intervista di gruppo, in Trentini G. (a cura di), Manuale del colloquio e dell'intervista, Mondadori, Milano.

Statera G. (1997), La ricerca sociale. Logica, strategie, tecniche, ed. SEAM, Roma.

Stewart D.W. - Shamdasani P.N. (1990), Focus groups. Theory and practice, Sage Publications, NewburyPark.

Templeton J.F. (1994), The focus group, Probus Publishing company, Chicago.

Trentini G. (a cura di) (1980), Manuale del colloquio e dell'intervista, Mondadori, Milano.

Zamuner V.L.(2003), I Focus Group, Il Mulino, Bologna.

* *Infermiera e formatrice. U.O. Formazione Spedali Civili di Brescia.*

** *Infermiera e tutor pedagogico. Corso di Laurea in Infermieristica. Università degli Studi di Brescia*

www.ipasvibs.it
Novità per tutti i naviganti

A cura di Carlamaria Bonometti*

"La pubblica amministrazione è storicamente un luogo dove lo scambio di informazioni, la comunicazione e l'integrazione sono stati visti con sospetto e osteggiati in ogni modo, se in un ambiente come questo inserite la tecnologia non otterrete nessun miglioramento ma semplicemente un sistema frammentato, conflittuale che non promuove il dialogo."
(anonimo blogger).

Come smentire nei fatti questa idea?
Da alcuni anni il Collegio IPASVI ha rivolto la propria attenzione alla gestione dell'informazione via web e all'informatizzazione dei servizi, creando una piattaforma per la comunicazione con iscritti, cittadini e Pubbliche Amministrazioni.
Inizialmente ci siamo concentrati su una comunicazione monodirezionale, dal Collegio verso l'esterno, con lo scopo di organizzare e rendere facilmente fruibili agli iscritti e ai cittadini le informazioni in nostro possesso. E' così nata la prima versione del sito internet www.ipasvibs.it
Successivamente, e in particolare nell'ultimo anno, la comunicazione è diventata bidirezionale e, per quanto possibile, interattiva: l'utente non è più solo fruitore passivo, ma può attivamente comunicare attraverso il sito facendo proposte e segnalazioni, fornendo documentazione e, nel caso degli iscritti al Collegio, aggiornando la propria scheda personale piuttosto che ottenendo quei servizi che un tempo richiedevano all'iscritto di recarsi presso i nostri uffici.
Credo di poter individuare nel nostro sito le seguenti quattro aree, di ognuna delle quali cercherò di segnalare le peculiarità e le novità più significative:

1. L'informazione agli iscritti
2. L'interazione con i cittadini e gli Enti
3. L'interazione con le Pubbliche Amministrazioni
4. L'interazione con gli iscritti

L'informazione agli iscritti
La prima versione risale al 2009. Abbiamo cercato di interpretare le richieste e le idee degli iscritti raccolte nel tempo. Oggi quest'area è composta in totale da 170 pagine di cui l'80% visibili al pubblico.
In questo spazio virtuale sono pubblicate le notizie sulla professione, comunicati stampa e *links* alle principali rassegne stampa di settore, articoli, norme di legge. Qui si possono trovare i riferimenti alle iniziative formative promosse dal Collegio, comprese quelle patrocinate e quelle realizzate in collaborazione con altri Ordini professionali; sono inoltre pubblicati atti di Corsi e Convegni.
In quest'area sono pubblicate le risposte ai principali quesiti legali, professionali e deontologici di

interesse generale e i per i professionisti stranieri sono disponibili pagine tradotte in più lingue con lo scopo di agevolare i rapporti con il Collegio.
Particolare attenzione è stata dedicata all'esercizio della Libera Professione, con pagine dedicate alle norme che regolano l'esercizio professionale in forma autonoma. Sono inoltre pubblicati e scaricabili i moduli di iscrizione, di trasferimento e cancellazione, la modulistica previdenziale, le Polizze IPASVI.
La Commissione Immagine e Comunicazione, di recentissima costituzione ha proposto l'inserimento di nuove rubriche: la sezione "SCRITTI DEGLI ISCRITTI" nella quale vengono pubblicati lettere, riflessioni, pensieri di colleghi infermieri e assistenti sanitari relativi all'essere professionisti oggi nei diversi luoghi della cura, la sezione "INCONTRI ED EVENTI" in cui riportare i principali appuntamenti nei quali è richiesto l'intervento, il saluto o la presenza istituzionale del presidente e/o rappresentante del Collegio, infine una sezione che fornisce informazioni aggiornate su bandi di concorsi pubblici e offerte di lavoro.
Da Marzo 2012 è iniziata la pubblicazione con cadenza mensile delle NurseNewsLetter, notiziario online con estratti di articoli, leggi, notizie, tutto corredato da *links* di approfondimento al nostro sito (invitiamo tutti a iscriversi accedendo al sito www.ipasvibs.it e inserendo nell'apposito spazio il proprio indirizzo di posta elettronica: riceverete la NurseNewsLetter direttamente sul vostro pc).
Da quest'area, infine, è possibile accedere all'archivio di Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News.

L'interazione con i cittadini, Enti e Pubbliche Amministrazioni
Per i cittadini, gli Enti pubblici e privati che hanno la necessità di cercare sul territorio personale infermieristico, è stato messo in linea un sistema di ricerca degli iscritti al Collegio che esercitano la libera professione dei quali sono riportati il nome, i recapiti, le principali prestazioni professionali, la sede e la tipologia di intervento. Un metodo veloce, sicuro, per cercare assistenza qualificata.
Recentemente, per ottemperare alle disposizioni legislative in tema di dematerializzazione, è stata introdotta una piattaforma per l' interazione con le **Pubbliche Amministrazioni (PA)**. Le PA che ne hanno diritto possono accedere all'elenco degli iscritti all'Albo, per verificare l'effettiva iscrizione di un professionista, mediante accesso riservato. Siamo orgogliosi di poter affermare che siamo stati tra i primi a rendere operativo questo strumento che facilita sia le PA, sia gli iscritti che non hanno più l'obbligo di presentare il certificato di iscrizione.

L'interazione con gli iscritti
E' stata creata un'area riservata a ciascun iscritto alla quale è possibile accedere, lo ricordiamo per chi ancora non ne fosse a conoscenza, attraverso il link AREA RISERVATA presente nel menù della home page, utilizzando **le credenziali di accesso** (username e password) personali inviate unitamente alla quota di iscrizione 2012.
L'intento di quest'area è rendere indipendente l'iscritto nel rapporto con il Collegio. Effettuato l'accesso è visualizzata la propria scheda personale che riporta i propri dati anagrafici e professionali e la situazione dei pagamenti della quota annuale di iscrizione. E' possibile modificare e aggiornare alcune informazioni come l'indirizzo di residenza, il numero di telefono e, importantissimo, l'indirizzo email. Attraverso l'area riservata ciascun iscritto può richiedere la NUOVA TESSERA DI ISCRIZIONE munita di codice a barre e fotografia, può caricare i titoli di studio conseguiti successivamente al titolo abilitante la professione, può autonomamente stampare un certificato di iscrizione (da esibire solo a enti privati), pagare la quota annuale mediante carta di credito, può iscriversi agli eventi formativi proposti dal Collegio, visualizzare e stampare gli attestati dei crediti ECM acquisiti attraverso la partecipazione ad eventi organizzati dal Collegio a partire dal 2011. Se l'iscritto è un libero professionista può completare l'apposita scheda con le proprie caratteristiche professionali, le stesse che saranno rese visibili nell'area accessibile ai cittadini e agli Enti pubblici e privati per la ricerca di un professionista.
Quanto fin qui descritto è solamente una parte di ciò che è stato realizzato e che ha richiesto tempo, impegno e risorse non indifferenti.
Innovare i processi richiede pazienza ed è un percorso in continuo divenire; già oggi l'evoluzione tecnologica ci impone un restyling delle parti realizzate gli anni scorsi e gli scenari futuri sono già alle porte: ciò che ci guida nella scelta di cosa implementare è il costante miglioramento del servizio reso agli iscritti e ai cittadini.

** Collaboratore amministrativo. Web Master del sito istituzionale del Collegio Ipasvi di Brescia.*

La stregoneria in Valcamonica: una ricerca storica dei legami tra persecuzione e competenze assistenziali

Gian Andrea Polonioli*, Sara Bonfadini**, Samanta Ottelli***

Il sapere delle guaritrici andava ben oltre la conoscenza delle virtù sedative di una pianta di camomilla o di quelle anestetiche del laudano, il loro sapere si relazionava con le proprietà spirituali delle erbe e con le modalità ottimali con cui le forze spirituali potevano venire trasmesse all'essere umano malato

Dalla constatazione che la Vallecamonica è una terra in cui la lotta alla stregoneria fu particolarmente aspra e dall'assunto che avere poteri magici sulla salute e avere competenze curative furono accuse che spesso sono emerse nei processi alle streghe, nasce la presente ricerca storica, da cui sono stati tratti un elaborato finale del Corso di Laurea in Infermieristica e il presente articolo che spera di apportare valore e chiarezza a questo tema ancora poco conosciuto e di dare un input a tutti coloro che affascinati dall'argomento abbiano voglia e tempo di approfondirlo.

Si tratta di un itinerario intellettuale che parte dal bisogno di darsi delle risposte, di indagare l'esistenza di legami tra la persecuzione delle streghe e le competenze assistenziali anche nella Vallecamonica dal XIV al XVII secolo, attraverso il reperimento, la rilettura e l'analisi degli atti dei processi alle donne camune accusate e condannate per lo più al rogo.

Dopo la Controriforma la Chiesa iniziò a sospettare e a diffidare delle guaritrici, ma anche delle sante, estatiche e carismatiche che facevano miracoli o risvegliavano nel popolo speranze concrete attraverso guarigioni di malattie o soluzioni di drammi personali o sociali ritenuti insanabili dal clero.

Le grandi cacce alle streghe europee ebbero il loro centro nelle Alpi e nelle zone collinari circostanti, nel Giura, nei Vosgi e nei Pirenei. La

Svizzera, la Francia, la Savoia, l'Alsazia, la Lorena, la Valtellina, il Tirolo, la Baviera e i vescovati dell'Italia settentrionale di Milano, Brescia e Bergamo furono i centri fondamentali.
La magia e le conoscenze delle streghe derivavano da una scienza empirica, tramandata oralmente, che solo dopo molti secoli rivelò la sua natura in parte scientifica: i poteri medicamentosi delle piante studiate e raccolte dalle guaritrici si sono tramandati nei secoli e ancora oggi sono noti e usati nella medicina popolare e nell'erboristeria e alcuni di questi sono rimasti nella farmacopea ufficiale.
Le streghe conoscevano bene l'anatomia; sapevano immobilizzare con grande abilità un arto rotto, rimettevano in sesto articolazioni lussate o slogate ed erano abili nel suturare ferite, anche profonde, usando come emostatico l'allume di rocca o altre sostanze vegetali.
Non con il Diavolo, ma con la Natura, le guaritrici avevano stretto il loro patto; era la Natura a insegnare loro come risanare. Esse accompagnavano i rimedi che da essa traevano con parole e gesti rituali per facilitare il contatto con le forze spirituali che agiscono sulla complessità fisiologica e per scandire il tempo del trattamento. La parola, la formula, valevano a costituire un legame di fiducia, di "simpatia" fra il paziente, la guaritrice e le forze di guarigione. Il potere spirituale della formula recitata e quello del gesto appropriato avevano funzioni fondamentali nell'opera di risanamento, e sono numerosi gli atti dei processi che riportano le "filastrocche" con cui sacralmente le guaritrici si avvicinavano al malato per rendergli la salute.
Il sapere delle guaritrici andava ben oltre la conoscenza delle virtù sedative di una pianta di camomilla o di quelle anestetiche del laudano, il loro sapere si relazionava con le proprietà spirituali delle erbe e con le modalità ottimali con cui le forze spirituali potevano venire trasmesse all'essere umano malato.
È ragionevole pensare che le guaritrici praticassero allora un tipo di medicina che riguardava tutti gli organi del corpo e che non lo scindeva dalla psiche, in un'ottica alquanto olistica, che i medici del tempo ignoravano completamente. Essi considerando il corpo destinatario di salassi, purganti, amputazioni, lo privarono di relazioni con la Natura e con il mondo circostante, lo fecero oggetto di indagini scientifiche e di esperimenti, lo mutilarono dello spirito.
La cultura delle guaritrici aveva invece come punto centrale l'integrità dell'uomo, la sua unicità, il legame con l'ambiente e con i suoi simili: la malattia non era vista come male del singolo, ma veniva dalle guaritrici considerata male dalla comunità.
Le streghe sapevano che si può star male senza che alcun organo sia malato, che si può piangere non solo per sofferenza fisica, conoscevano mal d'amore, follia, desolazione, conoscevano le

La condannata al rogo Benvegnuda Pincinella

malattie che germinano dalla povertà e dalla solitudine, dal non sentirsi amati e dal non amare, dall'egoismo, dall'avarizia, dalla crudeltà, malattie che non si limitano a colpire l'individuo, ma circolano infettando la società intera e accorrevano per risanarle. Il loro intimo rapporto con la Natura e la profonda conoscenza che di essa avevano, la loro familiarità con essa le rese sospette alla Chiesa fino a demonizzarle come streghe. Prima della repressione messa in atto con la lotta alla stregoneria, la donna conoscitrice delle *virtutes herbarum* poteva contare su un certo riconoscimento sociale, occupando un ruolo che era un punto di riferimento per la collettività. La curatrice che operava tra il popolo, legata alla comunità dei poveri, alla quale essa apparteneva, era in grado meglio di chiunque altro di curarli (1). Attenta osservatrice della natura, non solo era a conoscenza delle mirabili virtù dei semplici medicinali, ma estendeva la sua conoscenza anche alla psicologia umana.

Nel periodo che va dal XIV al XVII secolo l'alleanza tra Chiesa, Stato e professione medica raggiunse la sua fioritura: tutte la cure non somministrate dai medici o dai preti, che agivano per volontà divina, vennero considerate di origina diabolica.

Da questi presupposti, in questo clima di sospetto e ostilità nasce il fenomeno della "caccia alle streghe" che fu prettamente rurale e, da una angolazione sessuale, una prerogativa femminile: non mancarono i maschi, così come si rinvennero streghe e stregoni anche nelle città, ma in prevalenza le testimonianze che possediamo si riferiscono a donne abitanti in piccoli centri di campagna e di montagna, dove infatti più vive sono a tutt'oggi le credenze e le leggende che hanno come protagonisti diavoli e fattucchiere. Già nella seconda metà del Cinquecento il medico e matematico pavese Girolamo Cardano formulò una sorta di identikit razionale di chi fossero le cosiddette streghe: "*donne macilente, deformi, pallide, hanno gli occhi fuori dalle orbite, presentano un'atra bile e melanconia; sono taciturne e folli, e poco differiscono da quelle che si ritengono possedute dal demonio: salde nelle loro opinioni, risultano così risolute che se soltanto si pensasse quanto impavidamente e con quale costanza riferiscono cose che non accaddero mai né potrebbero accadere, le si riterrebbe pur tuttavia vere*". Esse vengono riconosciute in "*donniciuole mendiche, misere, che si nutrono di castagne e di prodotti agresti e che abitano nelle valli, che se non bevessero talvolta un po' di latte non potrebbero affatto sopravvivere*".

La Vallecamonica fu proprio una di queste valli: si può affermare che i primi sentori della presenza di streghe datano 1485. Si sono da poco sopite le croniche guerre tra Milano e Venezia, che proprio in Valle hanno avuto uno dei principali terreni di scontro; l'ormai consolidato dominio veneto ha messo a tacere le fazioni guelfa e ghibellina con provvedimenti tanto drastici quanto opportuni.(2)

Verso la seconda metà del Quattrocento la tolleranza ecclesiastica, a causa di un'espressa autorizzazione pontificia, e la natura stessa delle pratiche ereticheggianti sembrano subire, in Valcamonica, un'involuzione piuttosto rapida e di esito violento che porta a infittirsi non soltanto i roghi, ma pure i sospetti e le denunce. (3)

Il maggior cacciatore di streghe che abbia operato nel bresciano in questo periodo è Antonio Petoselli, Provinciale di Lombardia dell'Ordine dei Predicatori. È il personaggio più deciso e implacabile. Lega il suo nome alla grande crociata del 1486, condotta contro le conventicole della Valcamonica e al poderoso braccio di ferro fra il tribunale dell'Inquisizione di Brescia e la Repubblica Serenissima.

Nei primi mesi del 1485 frate Antonio Petoselli parte per la Valcamonica, la regione ribelle, dove nei boschi, ai quadrivi e nelle radure si riuniscono "*a foter e balar*" uomini, donne, diavoli e diavolesse. Nelle terre dell'Oglio il domenicano riceve preoccupanti informazioni dai parroci. Tutto coincide con quanto ha scritto il Papa nella bolla del 1484 (*Summis desiderantes affectibus*). Molte persone di ambo i sessi, dimentiche della propria salvezza e deviando dalla fede cattolica si danno in braccio a diavoli, incubi e succubi e, mediante incantesimi, canti, scongiuri, sacrilegi, uccisioni e atti infami fanno morire e distruggono i parti nei seni delle madri, le figliate degli animali, i prodotti della terra, l'uva delle vigne, i frutti degli alberi … . Inoltre, rinnegata con bocca sacrilega la fede che hanno ricevuto col battesimo non esitano a commettere, istigati dal nemico del genere umano molti eccessi e crimini.

Questi eventi portarono nel 1498 la Comunità valligiana ad inserire negli Statuti sei articoli contro i patti demoniaci, contro gli eretici, le concubine dei preti, le donne adultere, gli amanti incestuosi, i sodomiti. "*Ugualmente è legge che i fautori di maleficio siano arsi, cosicché*

Caterina de Bers

muoiano e i loro beni siano incamerati e passino per la metà al Comune e per l'altra metà a chi ha subito il maleficio. Ugualmente è legge che chi viene condannato per eresia sia punito nel corpo: sia attraverso le pene della legge che attraverso quelle canoniche, conformemente alle decisioni dei rettori".

I processi continuarono anche negli anni successivi: nel giugno del 1518 furono giudicate colpevoli di eresia e bruciate sul rogo otto "streghe" di Pisogne e nel febbraio del 1519 alcuni domenicani e il frate inquisitore bergamasco dichiararono che " in quelle valle era scoperte queste strige, qual vanno a monte Tonale, et hanno fatto gran cosse contra la fede". (4)

Durante la ricerca delle fonti storiche necessarie per l'indagine, cioè degli atti dei processi delle streghe di Vallecamonica, si è scoperto che la maggior parte degli atti dei processi tenuti in Valle è andata perduta, o meglio è stata volutamente distrutta per non fomentare una campagna anticlericale negli anni successivi (3). Le uniche testimonianze scritte giunte fino a noi in maniera pressoché integrale, riguardano i processi di Benvegnuda Pincinella (Figura 1) e di Caterina de Bers (Figura 2). Si è dovuto dunque limitare l'indagine a queste due donne e, dopo aver tradotto dal volgare all'italiano i documenti, sono stati cercati in essi le tracce, i cenni e le ombre dell'effettiva esistenza di un legame tra la persecuzione e il fatto di possedere competenze assistenziali.

Nelle fonti storiche si legge che al passo del Tonale, posto fra la Valcamonica e la Val di Sole, convergevano, a bordo di capre, gatte, cavalli ed altri animali fatati, fin duemila e più tra megere e stregoni non solo dalla Valcamonica, ma pure provenienti dalla Valtellina, dalla Val Seriana e dalla Val Trompia; nella sua confessione, un sacerdote inquisito giunse addirittura ad ammettere la cifra di quattromila partecipanti.

Grazie agli scritti "I Diarii" di Martin Sanudo si è potuti risalire a uno dei casi più eclatanti e vergognosi riferibili alle cosiddette delle "streghe del Tonale": quello della medichessa "*Benvegnuda detta Pincinella di terra di Navi di Valcamonica (così erroneamente localizzato dagli storici), striga, qual fo brusata*".

Figlia di pastori comincia da subito, appena riesce a tenere un bastone in mano, a portare le pecore ai pascoli. Ma si annoia a stare tutto il giorno ad osservare le bestie che brucano; inizia a raccogliere erbe, ad assaggiarle, a studiarle, e poi, una volta a casa e riportato il gregge, va dalla medichessa del paese a farsi insegnare l'uso di ciascun erba o di ciascun germoglio. E impara, presto e bene; comincia a usare le sue conoscenze sulle erbe rispondendo alle richieste dei compaesani per piccoli e grossi malanni e la sua fama di brava medichessa si estende a tutta la vallata. Non porterà più le pecore al pascolo, ma si dedicherà a tempo pieno al suo nuovo lavoro e lo farà con impegno, passione e dedizione. Tanta fama, ma forse soprattutto tanta perizia medica non passano inosservate all'inquisizione che in quel periodo è molto attiva in tutta la zona del bresciano. Pincinella viene arrestata, senza delazione, su ordine del grande inquisitore in persona. Il procedimento fatale viene avviato nel giugno 1518, su segnalazione di un solerte dirimpettaio della "strega". Dopo un lungo processo e numerose testimonianze, Benvegnuda Pincinella espiò definitivamente il peccato stregonesco a sessant'anni, nel torrido luglio 1518. (5)

Un altro caso a cui si è potuti risalire è quello del processo celebrato contro Caterina Rossi, il 23 agosto 1643. Questa donna, originaria della Valtellina ma abitante da parecchi anni a Berzo Demo in Vallecamonica, fa della propria vita una vocazione cristiana. Prega in continuazione, sostiene di ricevere rivelazioni da Dio e di nutrirsi della sola particola. Il Santo Tribunale dell'Inquisizione non crede alla sua "santità" e la condanna a dieci anni di prigione(8), ma nella sua storia non è possibile riscontrare nessun cenno di competenza assistenziale.

Il periodo della persecuzione delle streghe fu un momento tanto crudo per le donne, quanto tragico per la repressione, assieme con esse, della storia e della cultura dell'assistenza. Il sapere della donne che da sempre accompagnava l'assistenza, e che da sempre era l'assistenza, venne accomunato alla visione negativa e diabolica data socialmente alla figura che lo possedeva e utilizzava.

Il fenomeno della stregoneria in Valcamonica non è mai stato affrontato in modo sistematico, contrariamente a quanto è avvenuto per la limitrofa Valtellina e per il Trentino, regioni nelle quali il problema dell'eresia diabolica venne avvertito e vissuto in maniera diversa e dove, pertanto, il materiale documentario è numericamente più sostanzioso. È stato proprio questo il principale scoglio incontrato nella presente ricerca. Esistono infatti molte testimonianze riguardanti sia gli innumerevoli incontri durante i sabba sul monte Tonale, sia l'uccisione di molte donne valligiane, condannate per eresia, tra il 1518 e il 1521, ma i loro volti restano anonimi e i verbali dei loro processi sono andati perduti.

Nonostante ciò, la domanda di ricerca posta all'inizio dell'indagine ha trovato riscontro positivo nel caso di Benvegnuda Pincinella. Essa infatti, era considerata una guaritrice dall'intera popolazione di Nave, sia dal ceto rurale che da quello nobiliare. Tutti si apprestavano alle sue cure che consistevano in medicamenti a base di erbe e consigli pratici.

Per quanto riguarda invece il secondo caso preso in considerazione, quello di Caterina de Bérs, non è emersa nessuna competenza assistenziale della donna condannata. Caterina non era una guaritrice, ma semplicemente una donna fortemente legata alle tradizioni cristiane.

Andando oltre i singoli casi, le conseguenze della persecuzione delle streghe, furono la soppressione della maggior parte delle guaritrici del popolo e lo screditamento di quelle rimaste bollandole per sempre come fattucchiere, superstiziose e pericolose; la caccia alle streghe tolse di mezzo, anche se mai definitivamente, una medicina popolare e un sapere assistenziale e ostetrico a favore di una medicina ufficiale.

Bibliografia essenziale

1 MANZONI E., (1997), Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Milano, Edizioni Masson

2 LEVACK P., (1987), The witch-hunt in early modern europe, Longman, London-New York; traduzione italiana: La caccia alle streghe in Europa agli inizi dell'età moderna, (1987), Roma-Bari, Laterza Edizioni

3 PREVIDEPRATO M., (1992), Tu hai renegà la fede, Edit.TE., Brescia

4 PREVIDEPRATO M., (1976), Le streghe del Tonale: processi e vicende nel '500, Cividate Camuno, S. Marco Editore

5 BERNARDELLI CURUZ M., (1998), Streghe bresciane, Brescia, Ermione

6 SANUDO M, (1879-1903), I Diarii Visentini, Venezia

7 SGABUSSI G. E ALTRI, (2001), Synopsis, Breno, tipografia camuna

8 PREVIDEPRATO M., (1991), Santa Caterina di Berzo: il caso di una mistificatrice nella Valcamonica del Seicento, in Studi e fonti di storia lombarda.

* *Infermiere. Coordinatore di sezione e docente a contratto, corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Brescia sede di Esine*

** *Infermiera. Tutor e docente a contratto, corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Brescia sede di Esine*

*** *Infermiera. UO Ortopedia, Istituto clinico San Rocco, Ome*

The Artist

A cura di Angela Di Giaimo

USCITA CINEMA: 09/12/2011

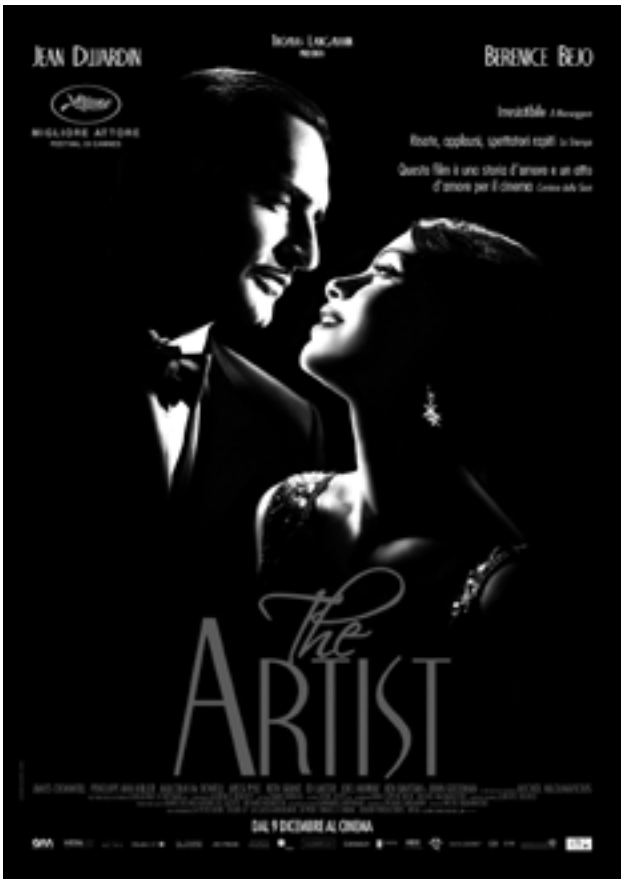
GENERE: Commedia, Drammatico, Sentimentale

REGIA: Michel Hazanavicius

SCENEGGIATURA: Michel Hazanavicius

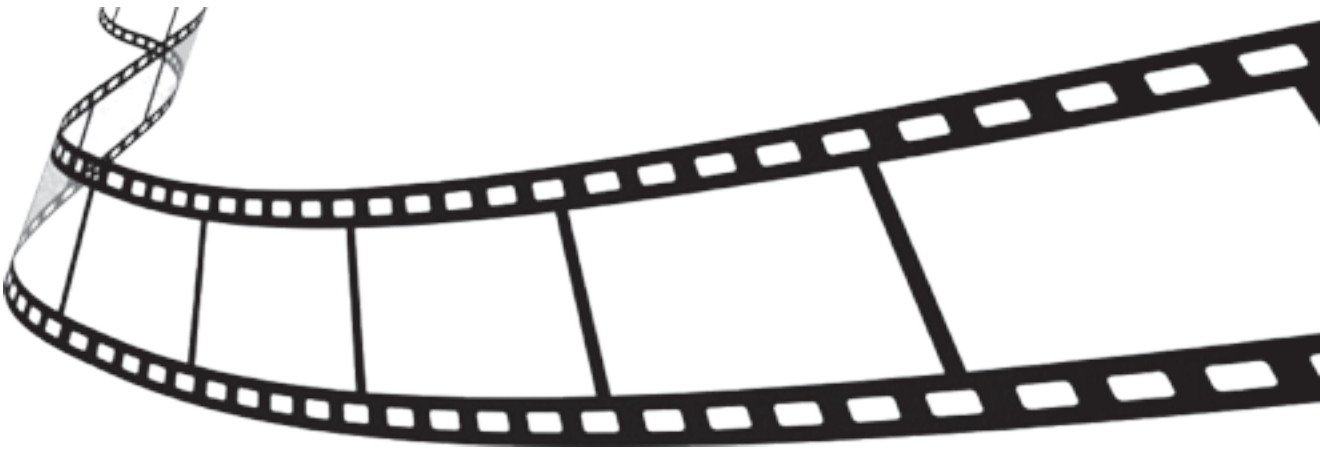
ATTORI: Jean Dujardin, Bérénice Bejo, John Goodman, James Cromwell, Missi Pyle, Penelope Ann Miller, Malcolm McDowell

TRAMA DEL FILM THE ARTIST: Il film The Artist ha inizio a Hollywood nel 1927. Georges Valentin è un divo del cinema muto. La vita sembra sorridergli finché l'avvento dei film sonori lo condannerà all'oblio, la "modernità", il cambiamento lo sovrasta... fino a quando, aiutato, non guarderà la realtà con uno sguardo diverso.... Intanto Peppy Miller, giovane comparsa, sta invece per essere lanciata nel firmamento delle star....



COMMENTO: di fronte ad un film muto e in bianco e nero, a schermo ridotto, si resta inizialmente sgomenti: allo spettatore servono infatti alcuni minuti per riuscire a sintonizzarsi e apprezzare un film che utilizza un canale comunicativo fatto essenzialmente di espressività piuttosto che di parola.
Un salto indietro nel tempo di circa 80 anni… Nel film appaiono sottotitoli essenziali, si comunica solamente con lo sguardo, con l'espressione del viso, con il corpo… Anche la musica ha un ruolo importante ed è di qualità. Nonostante ciò, tutto riesce ad essere magico ed efficace-

mente espressivo, persino commovente: il corpo e la mimica esprimono, quanto e forse anche più dell'espressione verbale, tanto che il cagnolino, protagonista sublime, recita al pari degli attori… le parole appaiono superflue….
Colpisce il ritmo e la delicatezza del film, che possiede una trama anche piuttosto banale ma che è resa preziosa dalla magistrale regia che fa scoprire allo spettatore una trama nella trama. Chi è seduto in poltrona, davanti allo schermo, diventa esso stesso protagonista, nella misura in cui scopre di essere "dentro" il film, di sentire rumori e i dialoghi quando il copione prevede la scoperta del "sonoro": lo spettatore diviene partecipe del cambiamento… della modernità...
La crisi del divo del muto che si deve reinventare, in un mondo nuovo, profondamente cambiato, non è la stessa sfida vissuta quotidianamente da molti di noi, anche in ambiti lavorativi meno glamour di quelli hollywodiani, in questi "tempi moderni"?
La resistenza al cambiamento, le frustrazioni e le paure, le rabbie, le tensioni generate da qualcosa che ci travolge, indipendentemente dalla nostra volontà, a volte ci àncora e ci pone in atteggiamenti difensivi e statici. Vedere con un sguardo diverso, vivere il cambiamento con spirito generativo, come se fosse una scoperta, dove il nuovo non è necessariamente "cattivo" forse ci può dare un po' più di serenità e divertimento. Esattamente come il protagonista che, nel film, riesce a trovare una sua sostenibile "posizione", sforzandosi di avere fiducia nel futuro e senza, per questo, essere costretto a rinunciare ai suoi valori…
Un film imperdibile per l'originalità, per la raffinatezza, la bravura e anche bellezza degli attori; ottime anche le musiche.. insomma, cane compreso, tutti, tutti veramente bravi.
Non a caso, il 27 febbraio 2012, il film vince 5 premi Oscar: era dal 1929 che un Oscar non andava ad un film muto.



Giancarlo Bisinella
"Quel soffio di vita che ci pervade"
Aracne Editrice, Roma 2011

A cura di Giovanni Chiarini

Durante gli ultimi anni i progressi della medicina e i cambiamenti sociali hanno determinato un'importante evoluzione nell'assistenza ai malati terminali e non solo. Tra gli esiti positivi di tali trasformazioni merita una particolare attenzione quella riguardante la soddisfazione del bisogno spirituale.
Il libro del collega Bisinella, fornisce una visione dell'assistenza infermieristica intesa non solo come insieme di atti meramente tecnici ed esecutivi, riportandola alla sua originale natura, riscoprendo la vera essenza del "prendersi cura": creare una dimensione di Empatia con i nostri assistiti.
L'essere umano in fase avanzata di malattia si trova al centro di aree che vanno dal suo corpo al suo mondo soggettivo fatto di emozioni, spiritualità, relazioni affettivamente importanti (persone care, familiari, amici). Da ciascuna area l'individuo può attingere le risorse necessarie per soddisfare i propri bisogni al fine di mantenere integrità ed equilibrio.
Per l'operatore focalizzarsi sui bisogni del malato e dei familiari non può prescindere dal considerare anche i propri. Il "prendersi cura" non è un atto tecnico e unidirezionale come il "curare". La parola "prendersi" responsabilizza l'operatore, lo coinvolge, avvicina l'orizzonte dell'operatore a quello della persona sofferente e dei suoi familiari.

Il confronto con la malattia grave e con la realtà della morte e del morire dovrebbe sollecitare l'operatore alla soddisfazione di bisogni a vari livelli, molto spesso ritenuti, a torto, poco rilevanti soprattutto se riconducibili ai livelli culturale, relazionale e spirituale.
Il miglioramento della qualità della vita della persona, in particolare quella in fase di malattia avanzata e terminale, passa certamente attraverso la soddisfazione dei bisogni fisici, come ad esempio il controllo dei sintomi ma anche di quelli psicologici, relazionali, sociali, culturali e spirituali.
Il dovere etico e morale del "prendersi cura" dell'altro al quale tutti gli infermieri, dovrebbero assolvere, viene ancora troppo spesso deluso a causa di logiche che non rispettano la centralità dell'essere umano.

Alcune note biografiche sull'autore:
Giancarlo Bisinella è nato nel 1977 a Bassano del Grappa, dopo la morte della madre per un tumore e dopo aver assistito per anni il padre gravemente disabile, decide di iscriversi all'università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia, dove consegue la laurea in Scienze Infermieristiche. In lui è grande la motivazione del "prendersi cura" dei propri pazienti e di coloro che si trovano a vivere uno stato di sofferenza a vari livelli. Attualmente lavora presso la Casa di Cura "Domus Salutis" delle Ancelle della Carità di Brescia.

Sul prossimo numero

Gli anni recenti hanno visto un crescente sviluppo dell'esercizio infermieristico in forma libero professionale. Mario Schiavon Presidente dell'Enpapi ha riferito intervenendo al Congresso Nazionale Ipasvi di Bologna che sono più di 40 mila, cioè oltre il 10% degli iscritti ai Collegi, gli infermieri che hanno esercitato o esercitano tuttora la professione in una forma diversa da quella subordinata. Nella nostra provincia i liberi professionisti sono quasi un migliaio ed il Collegio di Brescia ha sempre guardato con attenzione a questa forma di esercizio professionale che proprio nella nostra città ha visto nascere le prime sperimentazioni seguite dai primi tentativi di regolamentazione. Vent'anni fa usciva un numero monografico di Tempo di Nursing dedicato alla libera professione e sono trascorsi ormai oltre 10 anni dal secondo numero speciale della rivista dedicato a questo tema.

Il nuovo scenario della sanità, caratterizzato dalla riduzione delle degenze ospedaliere e dal decentramento sul territorio nonché il mercato del lavoro in costante trasformazione, offrono oggi agli infermieri sbocchi professionali non più legati solo all'ospedale, ma anche a servizi di tipo residenziale, a servizi di assistenza territoriale, alla medicina del lavoro e ad altre possibilità tuttora in evoluzione.

La scelta di intraprendere l'attività in forma libero professionale è spesso una prima scelta da parte di molti colleghi perché può consentire una notevole autonomia professionale nella presa in carico del paziente e la possibilità di gestire tempi e modalità di lavoro.

Abbiamo così deciso di dedicare alla libera professione infermieristica il focus del prossimo numero di Tempo di Nursing allo scopo di aggiornare il lettori sui cambiamenti legislativi e professionali, approfondire l'argomento, evidenziare luci e ombre, limiti ed opportunità. Per questo sono graditi i contributi, le esperienze, le declinazioni operative di modelli e metodologie messe in atto dai colleghi che esercitano la loro attività professionale come professionisti singoli o riuniti in Studi Associati e Cooperative Sociali.

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 61/2012

Direttore responsabile: Stefano Bazzana
Responsabile comitato di redazione: Anna Maria Iannelli
Comitato di redazione: Diego Amoruso, Stefano Bazzana, Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli, Moreno Crotti Partel, Ermellina Zanetti
Hanno collaborato a questo numero: Carla Noci, Micaela Lo Russo, Monica Coccoli, Laura Manara, Carlamaria Bonometti, Gian Andrea Polonioli, Sara Bonfadini, Samanta Ottelli, Giovanni Chiarini
Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia – Tel. 030 291478 – Fax 030 43194
Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevica, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291
Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:
La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.
Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

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

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

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

Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

"La scuola di Atene" - Raffaello