

Infermieri Informati

notizie dal Collegio
IPASVI di Vicenza

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

in questo numero...

Un giorno solo, il 12 maggio, ci facciamo pubblicità.

L'evidence based nursing (EBN).

L'infermiere di famiglia: realtà o utopia?

Missione di pace in Russia con Patch Adams.

Infermieri Informati

ISSN 1721-2456

quadrimestrale, anno V - numero 1

Direttore Responsabile

Cariolato Massimo

Redazione

Bottega Andrea, Dal Degan Sonia, Fanchin Gianmaria
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile Editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza
tel/fax 0444 303313 e-mail info@vicenzaipasvi.it

Progetto Grafico e Stampa

Edizioni MAXIMUS
tel/fax 0444 624070
e-mail info@edizionimaximus.com

Abbonamenti

Le richieste di abbonamento vanno inviate al Responsabile Editoriale (Collegio IPASVI di Vicenza). Il costo dell'abbonamento annuo è: 20 € per le persone fisiche e 40 € per Enti ed Associazioni (+ 25% per l'estero)

Diritti

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione, anche parziale, senza l'autorizzazione dell'Editore.

Copertina

Vicenza - Piazza dei Signori (Foto: A. Bottega)

Norme Editoriali per le proposte di pubblicazione

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile della Redazione, la quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo
 - autori (nomi completi e qualifiche professionali)
 - data di completamento del lavoro
 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail)
- La bibliografia va inserita nell'ultima pagina seguendo i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nome degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione.
- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione.
- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'Istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dai relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Collegio IPASVI di Vicenza - Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - tel/fax 0444 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale - Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46), art. 1, comma 2 - DCB Vicenza - Reg. Trib. Vicenza n. 997 del 03/04/01

EDITORIALE	3	SOMMARIO	17	INFERMIERE D'ARGENTO...
L'EVIDENCE BASED NURSING (EBN)	6		18	OTTIMIZZAZIONE DELL'INSERIMENTO DEL PERSONALE NEO-ASSUNTO
INFERMIERE DI FAMIGLIA: REALTÀ O UTOPIA?	9		21	UN GIORNO SOLO, IL 12 MAGGIO, CI FACCIAMO PUBBLICITÀ
CON I PIEDI A TERRA E GLI OCCHI AL CIELO	13		26	CONVOCAZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO
DIARIO DI BORDO: MISSIONE DI PACE IN RUSSIA CON PATCH ADAMS	15		27	INFORMAZIONI DI SEGRETERIA



Assemblea annuale degli iscritti, un momento importante: reciprocamente!

L'assemblea annuale degli iscritti è sempre un momento importante per il Direttivo e per tutti gli infermieri, assistenti sanitarie e vigilatrici d'infanzia del Collegio IPASVI che lo costituiscono.

È importante perché è un confronto diretto per presentare dove si intende andare, in quale modo (progetti, obiettivi) e con quali interventi. Ma non può essere una comunicazione unidirezionale, tutti gli iscritti con la loro partecipazione all'assemblea devono far capire le esigenze della professione e dibattere per contribuire ad orientare le scelte. Uno scambio reciproco, quindi, dove nessuno è chiamato fuori, indipendentemente dal posto che occupa in seno all'assemblea. L'assemblea è sovrana, espressione ampia di democrazia dove tutti, dico tutti, devono, esprimendo il proprio pensiero, adoperarsi per favorire la crescita della professione e la valorizzazione della stessa nel contesto sociale in cui è inserita.

Questo è quanto vorremmo noi del Consiglio Direttivo, uno scambio per ampliare le vedute, rimanendo in sintonia con gli iscritti ed evitare di percorrere ideali diversi, rendendo questo aspetto deleterio per tutti, per l'immagine disunita che diamo di noi.

Durante l'assemblea annuale di quest'anno, (presenti più di 415 persone per aver accreditato l'evento "L'infermiere di famiglia: realtà o utopia") si è levata alta la voce di una collega che lamentava la mancata presa di posizione del Collegio nei confronti di un Direttore Generale di una ULSS della nostra provincia, per le affermazioni pubbliche rilasciate in risposta al disagio dichiarato dagli infermieri, tradotto in alcune occasioni con l'abbandono della professione.

Ringrazio la collega per l'intervento, perché ha manifestato il suo disagio, il suo sentirsi ferita da un Direttore Generale che in una sola parola non ha riconosciuto il valore dell'esperienza maturata dagli infermieri, l'esperienza che è frutto di anni di lavoro, di dedizione, di studio, di passione per quello che viene fatto con e per i pazienti. Come Collegio abbiamo ritenuto di non alimentare le polemiche, di evitare il battibecco cartaceo che a poco serve. Il Direttore ha dato prova, nonostante il ruolo che ricopre, di considerare poco il valore della risorsa umana e professionale, di non capire l'insostituibilità dell'infermiere che contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di salute che la stessa azienda sanitaria persegue, di non capire la

difficoltà di reperire infermieri.

Ma la riflessione della collega ha fatto emergere un pensiero comune in seno al Direttivo, di porre maggiore attenzione alle decisioni da prendere, fare ogni volta le considerazioni del caso, riflettere più volte per decidere, serenamente ma con fermezza, come intervenire.

Intervenire, ma senza polemica: questo Consiglio Direttivo è per la concretezza, perché crede che i fatti siano le parole che tutti possono capire.

Questi fatti sono gli obiettivi del programma presentato all'assemblea annuale, sono le linee di progettualità, il cosa abbiamo fatto, il cosa stiamo facendo, il cosa vogliamo fare per gli infermieri.

Il Collegio IPASVI vuole:

- ✓ Essere punto di riferimento per la professione;
- ✓ Promuovere lo sviluppo culturale e professionale;
- ✓ Rafforzare e promuovere l'identità, l'immagine e lo status dei professionisti IPASVI
- ✓ Garantire i cittadini che l'iscritto al Collegio ha i requisiti previsti dalla legge;
- ✓ Radicare la specificità e l'insostituibilità dell'infermiere
- ✓ Consolidare le mete raggiunte e opporsi all'abusivismo, a comportamenti eticamente inaccettabili, a chi danneggia l'immagine della professione.

Il vantaggio degli obiettivi è la possibilità di verificare, rispetto a quanto dichiarato, cosa è stato fatto (fatti: le parole che tutti possono capire).

Cosa abbiamo fatto nel 2003

Rapporti con le istituzioni

- ✓ Regione Veneto
- ✓ Università - LS - Master
- ✓ Comune di Vicenza
- ✓ Aziende ULSS
- ✓ Associazioni professionali
- ✓ Cooperative
- ✓ Organizzazioni Sindacali
- ✓ Stampa

Iniziative formative 2003

- ✓ La comunicazione - l'analisi transazionale
- ✓ Domande e risposte sull'ECM
- ✓ L'integrazione e la gestione delle figure di supporto
- ✓ La contenere la contenzione - 3 edizioni
- ✓ Assistenza respiratoria nel paziente critico
- ✓ Procedure sul sistema cardiovascolare
- ✓ Prevenzione delle infezioni ANIPIO, ULSS 4



Esercizio professionale

- ✓ Risposte ai quesiti:
 - degli iscritti e non iscritti (altri colleghi - studenti)
 - aziende ULSS
 - cooperative
 - case di riposo
- ✓ Difesa legale degli iscritti
- ✓ Difesa su procedimenti disciplinari
- ✓ Aggiornamento normativo

Regolarizzazione rapporti professionali

- ✓ Esami a 60 infermieri Non Comunitari
- ✓ Uniformate le modalità di svolgimento dell'esame attraverso un confronto con i colleghi IPASVI del Veneto
- ✓ Realizzazione di un manuale per lo studio delle norme
- ✓ Incontri informativi preparatori con gli esaminandi

Sviluppo culturale e scientifico

- ✓ Catalogati testi e riviste scientifiche
- ✓ Aggiornati gli abbonamenti alle riviste
- ✓ Rilegatura delle riviste in fascicoli
- ✓ Pubblicato il protocollo sulla contenzione

Promozione dell'immagine dell'infermiere

- ✓ Incontri nelle SCUOLE medie superiore con gli studenti del 4° e 5° anno per far conoscere chi è l'infermiere, come si diventa, il percorso formativo
- ✓ Festa in piazza con il patrocinio del Comune di Vicenza e della Provincia di Vicenza per il 12 maggio 2003, giornata INTERNAZIONALE dell'Infermiere

Informazione

- ✓ Pubblicazione della rivista INFERMIERI INFORMATI, che viene distribuito a:
 - quasi 5000 infermieri iscritti al Collegio di Vicenza
 - 100 Collegi IPASVI d'Italia
 - Direttori Generali, Sanitari e Dirigenti Infermieristici delle Aziende ULSS
 - Direttori di altre strutture sanitarie pubbliche e private
 - Assessori della Sanità, Presidenti, Giunte a livello Regionale e Provinciale
 - Organizzazioni Sindacali, sedi

provinciali e nazionali

Inoltre la rivista è disponibile, dal giorno della pubblicazione, in formato pdf in internet, dove viene prelevata oltre 10.000 volte per numero (con picchi di 20.000 download).

- ✓ Sito internet www.vicenzaipasvi.it
Il sito, sempre più ricco e aggiornato, viene visitato da oltre 150 utenti unici al giorno

Servizi agli iscritti

- ✓ Tutela assicurativa (la Fondiaria)
- ✓ Consulenza fiscale
- ✓ Consulenza per i liberi professionisti
- ✓ Convenzione Wall Street Institute (corso di inglese)
- ✓ Convenzione con la compagnia teatrale "La Piccioniaia"
- ✓ Accesso biblioteca aziendale ULSS 6 Vicenza

Cosa stiamo facendo nel 2004

Iniziative formative I semestre 2004

- ✓ La documentazione infermieristica
- ✓ La Comicoterapia per l'umanizzazione dell'assistenza
- ✓ Contenere la contenzione - 2 ed.
- ✓ L'infermiere di famiglia: realtà o utopia?
- ✓ Aspetti psicologici negli operatori dell'emergenza
- ✓ La libera professione infermieristica

Campagna informativa corso di laurea in infermieristica 2004

- ✓ Intesa tra Regione Veneto e Collegi IPASVI del Veneto
- ✓ Incontri nelle scuole
- ✓ Coordinatore del progetto:
 - 2001: Ipasvi di Vicenza,
 - 2004: Ipasvi di Vicenza;

Rapporti professionali - colleghi stranieri

- ✓ Incontro con il Preside dell'Università Pontificia Cattolica Do Rio Grande Do Sul Faculdade de Enfermagem - Porto Alegre BRASILE
- ✓ Richiesta di collaborazione da parte degli Infermieri spagnoli dell'Editore de Boletín de Enfermería Comunitaria - Madrid ESPANA

Sviluppo culturale e scientifico

- ✓ La rivista Infermieri Informati sempre più dai contenuti scientifici
 - Metodologia della RICERCA - eparinizzazione accessi va-

scolari periferici

- Presentazione dell'esperienza di una collega con la comicoterapia in Russia con "Patch" Adam Hunter
- Recensione libri
- ✓ Progetto coordinato per l'inserimento della figura di supporto
 - Realizzazione di Linee Guida: ambito dell'organizzazione - ambito della formazione. Collaborazione tra Collegi IPASVI Veneto - Coordinatori Corsi OSS e di Laurea in Infermieristica - Responsabili Uffici Infermieristici
- ✓ Collaborazione finalizzata alla realizzazione di eventi formativi
 - Master di Psicologia dell'Emergenza Università di Padova
 - Associazione medici di famiglia - AIMEF
 - Collegio IPASVI di Venezia
 - Società Italiana di Nursing

Cosa vogliamo fare per il futuro

Progettare

- ✓ Borsa di studio (a tema - criteri decisi dal direttivo)
- ✓ Corsi di inglese per infermieri
- ✓ Eventi formativi accreditati ECM a spese contenute per:
 - colleghi delle case di riposo
 - coordinatori infermieristici
 - aree segnalate dagli iscritti

Costruire assieme a voi e pubblicare

- ✓ Strumenti organizzativi su tematiche di grande interesse:
 - protocolli
 - procedure
 - piani assistenziali standardizzati
- ✓ Catalogare TESI di Laurea (banca dati)

Sperimentare e Implementare con la vostra collaborazione

- ✓ nuovi modelli organizzativo - assistenziali

Tutto questo necessita di lavoro e di impegno, di tempo da sottrarre al "tempo libero", di studio, di sperimentazione, di confronti per migliorare considerando l'esperienza, di porsi continui interrogativi, di credere e amare questa professione utile per noi - utile agli altri, a tutta la comunità che se coinvolta può contribuire ad aiutarci a raccogliere i frutti del nostro lavoro.



Il Piano Formativo E.C.M.

del Collegio IPASVI di Vicenza per il secondo semestre 2004

di **Gianmaria Fanchin**
Presidente Collegio
IPASVI di Vicenza

Il piano formativo del collegio IPASVI di Vicenza per il secondo semestre 2004 prevede la realizzazione di almeno altri 5 eventi accreditati ECM, che sommati alle iniziative del primo semestre, diventano 12 eventi realizzati in un solo anno.

Un impegno importante, come il valore che questo direttivo pone all'aggiornamento continuo, per offrire una ulteriore possibilità agli infermieri di raggiungere i crediti ECM previsti.

Le tematiche affrontate spaziano dagli

ambiti clinici e organizzativi, con un approfondimento sulle modalità per la gestione delle emozioni.

Aggiornamento necessario ma con attenzione a contenere i costi, a conferma dell'impegno dichiarato dal consiglio direttivo durante l'assemblea annuale degli iscritti di marzo. Queste opportunità formative e a basso costo, come evidenziato nello schema riepilogativo sottostante, sono a beneficio solamente per gli iscritti del Collegio IPASVI di Vicenza.

Data	Titolo dell'evento	Luogo	Posti disp.	Crediti ECM	Costo*	Note
19 giugno 2004	L'assistenza infermieristica di qualità nelle strutture sanitarie extraospedaliere	Arzignano (VI) Teatro Mattarello	300	in assegnazione	€ 10,00 con buffet	le iscrizioni vengono accettate entro il 15/06/04
settembre	La gestione delle emozioni	Vicenza (sede da definire)	120	in assegnazione	n.d.	seguiranno comunicazioni dettagliate sul prossimo numero di "Infermieri Informati"
ottobre	Gestione dei sistemi impiantabili (CVC) per l'accesso venoso centrale: inserimento, complicanze e assistenza infermieristica	Vicenza (sede da definire)	200	in assegnazione	n.d.	seguiranno comunicazioni dettagliate sul prossimo numero di "Infermieri Informati"
novembre	Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza alla riabilitazione	Vicenza (sede da definire)	200	in assegnazione	n.d.	seguiranno comunicazioni dettagliate sul prossimo numero di "Infermieri Informati"

* per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

Per maggiori informazioni consultate il sito internet del Collegio IPASVI di Vicenza (www.vicenzaipasvi.it) o rivolgetevi a:

Società Italiana di Nursing

tel: 320 7299103 + fax: 0444 624070 + e-mail: info@italianursing.org

sito web: www.italianursing.org



Introdizione all'Evidence Based Nursing (EBN)

di Giovanni Sartori

Infermiere Pronto
Soccorso ULSS 4 - Schio

Introduzione

Sebbene il termine *Evidence Based Nursing* sia, ormai da qualche anno, argomento di discussione all'interno della nostra comunità professionale, non è sempre chiaro come questo concetto sia applicabile all'attività clinica nei reparti.

Il riconoscimento dell'importanza della pratica basata su evidenze non è certo una novità per gli infermieri, impegnati da tempo a fornire cure fondate su motivazioni scientifiche. Tuttavia si può affermare che la pratica clinica non è sempre supportata dalle migliori prove disponibili e che spesso trova una sua spiegazione nella routine e nella consuetudine.

L'articolo intende presentare, senza alcuna pretesa di esaurire l'argomento, un approccio all'EBN ed introdurre il lettore alla terminologia essenziale cui si troverà di fronte durante il futuro aggiornamento professionale.

Cenni storici

Agli inizi degli anni novanta si sviluppò un movimento culturale che, riprendendo le idee dell'epidemiologo scozzese A. Cochrane (*Effectiveness and Efficiency*, 1972), poneva l'accento sulla necessità di praticare una medicina basata su un'attenta e sistematica valutazione delle prove scientifiche. I punti focali della discussione erano: non sempre la pratica medica è "scientifica", i libri sono spesso superati rispetto alla ricerca più recente, esistono studi rigorosi e casistiche selezionate su cui basare la propria pratica medica.

La denominazione Evidence Based Medicine fece la sua comparsa per la prima volta nel 1992 su *Journal of American Medical Association* (JAMA). Sackett, uno dei fautori del movimento, concentrò la sua attenzione su come leggere ed utilizzare la letteratura biomedica per risolvere i problemi clinici e definì EBM come *l'utilizzo cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori prove esistenti nel decidere quali cure prestare al singolo paziente*.

Anche il mondo infermieristico cominciò ad occuparsi di questa questione che fu esplicitata dalla canadese Di Censo e coll. nel 1998 come *il processo per mezzo del quale gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili*.

Cosa si intende per prove di efficacia?

Anche se la logica che sottende a questo tipo di pensiero risulta chiara, nel corso degli anni si è dibattuto molto su che cosa si intendesse per prova o evidenza. Inizialmente era stata data estrema enfasi ai risultati ottenuti dalla **ricerca quantitativa**: sperimentazioni cliniche controllate randomizzate (Randomized Controlled Trials, RCT) e revisioni sistematiche (systematic reviews). Questi studi infatti sono i soli che possono dimostrare l'efficacia di un intervento assistenziale o terapeutico. Quando si parla di prove di efficacia si fa riferimento quindi a studi clinici controllati e randomizzati o a revisioni sistematiche di questi.



Si riporta una sintetica descrizione.

Studio controllato e randomizzato: è uno studio nel quale i partecipanti sono reclutati e assegnati in modo casuale a due gruppi: uno, sperimentale, che riceve l'intervento di cui si vuole verificare l'efficacia; l'altro, il gruppo controllo, riceve il trattamento standard, nessun trattamento o un placebo. I risultati sono ottenuti comparando i dati ricavati dai due gruppi.

Revisione sistematica: è una sintetica valutazione critica comparata dei migliori studi disponibili su un determinato argomento. Se sussistono le condizioni di similarità tra i tipi di pazienti e i trattamenti indagati si può realizzare una **metanalisi** (meta-analysis), cioè una combinazione statistica dei singoli studi, offrendo così informazioni che vanno al di là dei risultati raggiunti dalla singola ricerca. Esiste consenso sul fatto che una metanalisi di studi clinici randomizzati rappresenti la base più affidabile per trarre indicazioni; inoltre questo tipo di disegno è particolarmente utile a chi ricerca evidenze scientifiche perché offre risultati in maniera organizzata e subito fruibile in ambito clinico. Per questo motivo fu fondata la **Cochrane Collaboration**, una rete internazionale nata per "preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non sono disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze esistenti".

Anche le **Linee Guida** sono nate allo scopo di rendere facilmente disponibili le migliori evidenze di efficacia sull'assistenza ad una specifica tipologia di pazienti. Tuttavia esse sono costruite attraverso un processo sistematico di valutazione dei risultati della ricerca integrate con l'opinione di esperti e di pazienti e con le esperienze cliniche. Le linee guida contengono raccomandazioni di comportamento clinico create per aiutare i sanitari a decidere quale sono le modalità più appropriate di intervento in specifiche circostanze.

Successivamente, valutando i

molteplici bisogni cui deve rispondere l'assistenza infermieristica, non solo bio-fisiologici, ma anche socio-culturali, si è compreso che non era sufficiente la sola ricerca quantitativa, ma che il nursing doveva ampliare la sua visione anche con la **ricerca qualitativa particolarmente adatta allo studio dell'esperienza umana relativa alla salute [...]** (Di Censo et al., 1998). *L'approccio qualitativo si propone di studiare le e esperienze e i vissuti dei pazienti e dei loro familiari, abbraccia gli esseri umani nella loro integrità, incentrando l'attenzione sull'esperienza umana vista all'interno del suo contesto di vita* (LoBiondo-Wood G, Haber J, 1994)

Accanto a queste diverse forme di ricerca ci sono anche **altre prove** che sono utilizzate dagli infermieri quando prendono una decisione, sono meno formali, e si basano sull'esperienza clinica e implicano una riflessione e una condivisione della pratica, un'analisi del livello di soddisfazione degli utenti e dei caregiver per favorire la presa di decisioni comuni, la consultazione di esperti, la didattica formale, i modelli teorici.

Le fonti informatiche

Al classico mondo della divulgazione scientifica di riviste e libri, si è recentemente affiancata la rete Internet dove è possibile ottenere informazioni in qualsiasi momento

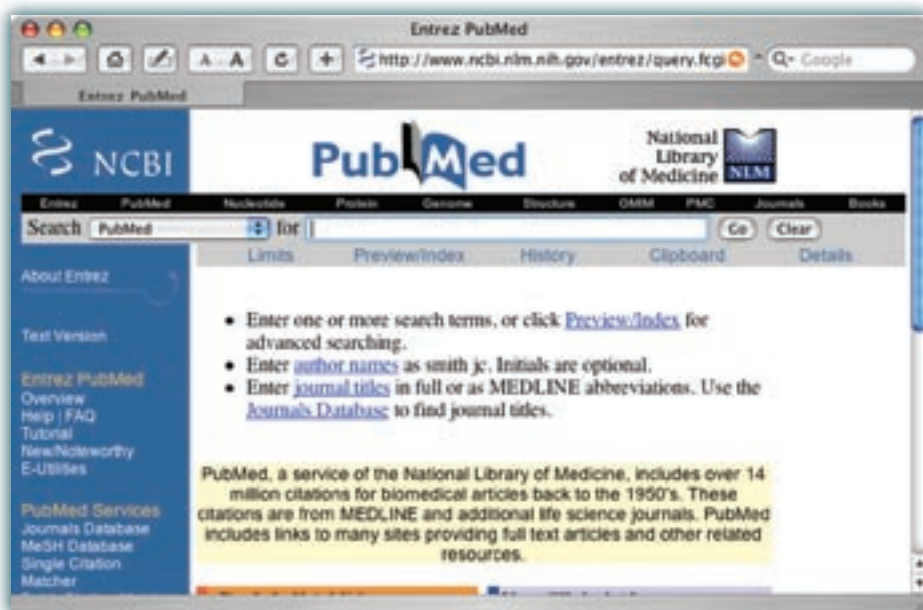
e a basso costo. Ciononostante sono comuni e diffusi gli ostacoli all'utilizzo efficace della rete, come la mancanza di competenza base all'uso del computer e la conoscenza almeno superficiale dell'inglese.

Di seguito si presentano brevemente tre esempi di banche dati dove è possibile recuperare materiale informativo.

CINAHL, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature, è un database specifico per l'assistenza infermieristica e raccoglie 1200 riviste di settore. Questo archivio è disponibile per la consultazione online che è soggetta al pagamento di un abbonamento (www.cinahl.com). L'aggiornamento è settimanale.

MEDLINE fa parte del sistema di banche dati on-line della National Library of Medicine (NLM) di Bethesda. È un database che contiene più di 12 milioni di citazioni bibliografiche della letteratura biomedica mondiale ed è l'equivalente, non solo dell'Index Medicus, ma anche dell'International Nursing Index. Questo database è offerto al pubblico gratuitamente con il servizio PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov). L'aggiornamento è settimanale.

GIMBE, Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze, è un ente nato con l'obiettivo di diffondere in Italia la filosofia dell'EBM come metodologia che, favorendo il trasferimen-



to dei risultati della ricerca alla pratica clinica, migliora efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza sanitaria (www.gimbe.it).

In alcune biblioteche ospedaliere c'è ora la possibilità di essere aiutati da bibliotecari esperti nella consultazione delle fonti informatiche e nella ricerca dei testi.

Buona pratica e buona assistenza

A questo punto sembra legittimo chiedersi se EBN sia sinonimo di buona assistenza. Da un lato è convinzione diffusa che un fattore importante nel processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica spetti allo sviluppo scientifico della disciplina. Dall'altro è ancora viva la discussione sull'inquadramento epistemologico del nursing, orientata all'identificazione di un campo specifico di conoscenze proprie della disciplina; in altre parole che tipo di sapere è il "sapere infermieristico"? Quello che è certo per gli infermieri è che il sapere scientifico è un binomio inscindibile dal sapere umanistico e che la tecnica non deve distrarre dall'aspetto qualitativo dell'assistenza completa alla persona.

La conoscenza di linee guida, protocolli e procedure è un elemento necessario perché l'infermieristica si possa collocare in ambito scientifico; la valutazione dei risultati assistenziali complessivi deve tener conto però anche degli aspetti relazionali/

educativi in termini di benefici percepiti dal paziente e validati anch'essi come un'operazione intellettuale, di grande rilievo per il progresso delle conoscenze infermieristiche.

Il "prendersi cura" infermieristico è la risultante di molti elementi, comprensione, attenzione, gentilezza, buon senso, comunicazione; l'EBN è una componente, certamente importante, per una buona assistenza, ma non può, da solo, soddisfare i molteplici bisogni cui è chiamato a rispondere il nursing. L'EBN va pertanto coniugato all'esperienza professionale e all'intuizione, all'etica e alla verifica dell'appropriatezza delle prove ricercate, guidato dal giudizio critico e dalla saggezza pratica.

Conclusioni

Nel mondo infermieristico, così come in quello medico, si va affermando la necessità di una pratica basata sulle evidenze, una metodologia che basa la scelta degli interventi diretti al paziente sulla ricerca e sulla valutazione critica dei risultati della ricerca pubblicati nella letteratura scientifica.

Esistono tipi diversi di prove che l'infermiere può usare nella pratica clinica, studi quantitativi, qualitativi, la consultazione di esperti, la discussione dell'esperienza clinica. La comunicazione tra ricerca e pratica si è fatta più agevole con lo sviluppo e la diffusione di fenomeni editoriali come le revisioni sistematiche e le linee guida. La pratica basata su prove è la chiave per

avere una pratica efficace ma non può rispondere da sola ai molteplici bisogni della persona malata; non deve pertanto diventare un imperativo cieco per l'infermiere, poiché il nursing presuppone un rapporto empatico con l'utente, che non può certamente instaurarsi solo con l'applicazione della tecnica.

Un caro grazie alla prof.ssa Luisa Saiani per la supervisione del testo

Bibliografia essenziale

1. Consiglio d'Europa, European Health Committee (a cura di). Ricerca Infermieristica: rapporto e raccomandazioni. Insetto di *Professioni Infermieristiche* 1998; 51(1): 25-40
2. Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence based nursing: some misconceptions [Editorial]. *Evidence Based Nursing* 1998a; 1: 38-40
3. Di Censo A, Cullum N, Ciliska D. Introduction to evidence based nursing. *Evidence Based Nursing* 1998b; 1: 38-40
4. Digiulio P. Le prove di efficacia per l'assistenza infermieristica. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2001; 20: 122-5
5. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Metodologia della ricerca infermieristica* (3°Ed), Milano: editore McGraw Hill, 1997
6. Ministero della Salute (a cura di). *Clinical Evidence* conciso. Edizione italiana. Nr.2 anno 2003
7. Motta PC (a cura di). *La scienza infermieristica alle soglie del terzo millennio. Nursing Oggi* 1999; 1
8. Muttillio G. *La specificità della relazione infermieristica nel nuovo contesto professionale*. In Bassetti O. *Lo specifico relazionale infermieristico, modelli concettuali e applicativi*. Firenze: editore Rosini, 2001
9. Raimondi L. La ricerca bibliografica nelle diverse fonti informatiche: tra ricerca infermieristica e revisione bibliografica. *Scenario* 2001; 18(2): 4-11
10. Santullo A. L'assistenza infermieristica basata sulle evidenze. *Management Infermieristico* 2001; 2:12-9

avviso ai naviganti



Chiunque fosse in possesso di una casella di posta elettronica e desiderasse essere informato gratuitamente e tempestivamente sulle attività del Collegio e altre news dal mondo professionale, può iscriversi a **"Infermieri Informati - News"** compilando il modulo on-line all'indirizzo www.vicenzaipasvi.it



Infermiere di famiglia: realità o utopia?

di *Alessandra Semenzato*

*Infermiera di famiglia.
Responsabile del
Dipartimento di Nursing
dell'AIMEF (Associazione
Italiana Medici di
famiglia) www.aimef.org*

Vorrei cominciare questa riflessione che, partendo dall'analisi di un'esperienza sicuramente parziale e personale, si pone gli ambiziosi obiettivi di definire il ruolo della professione infermieristica in seno alla disciplina Medicina di Famiglia e le ragioni per le quali oggi possiamo parlare di complementarità dei ruoli.

Sei anni fa mi sono addentrata in questo nuovo mondo, senza avere una chiara coscienza di cosa volesse dire esercitare la mia professione accanto a quella medica. L'esperienza che poco a poco ho maturato, mi ha portata a considerare quali fossero le caratteristiche che definiscono il mio ruolo, nella comprensione dei valori e dei principi che sottendono alla disciplina Medicina di Famiglia.

Definire dunque il ruolo dell'infermiere di famiglia è compito arduo e che ha richiesto e richiede impegno, a partire dall'analisi critica che è necessario fare per essere in grado di rispondere in maniera adeguata alle esigenze della popolazione (che richiede una risposta ai bisogni di salute proprio nell'ambito delle cure primarie). Inoltre, è un compito complesso poiché prevede chiarezza nella comprensione delle dinamiche tipiche del lavorare in team e nello stabilire le responsabilità ed i limiti di ciascun suo membro.

Ho cercato così di dare una risposta ad una precisa esigenza di riconoscere la mia identità.

“Che cosa significa essere infermiera all'interno della Medicina di Famiglia? Significa innanzi tutto condividerne i principi, gli ideali, gli obiettivi”.

È stato indispensabile cominciare col riflettere intorno al concetto di cure primarie, giacché è questo il suo preciso ambito d'intervento. Già a partire dagli anni settanta, l'OMS si è prodigato nel tentativo di darne una corretta definizione; recentemente inoltre, sono state individuate le figure di riferimento prioritarie e ne sono state descritte le relative competenze e capacità. In particolare si è sottolineata l'importanza del ruolo del medico di Medicina di Famiglia: dalle varie definizioni (ricordiamo quella di Leeuwenhorst del 1977, dichiarazioni come Alma-Ata ed i recenti documenti come il Framework for Professional and Administrative Development in General Practice/Family Medicine e per ultimo l'“Health for All in the 21st century”) possiamo ricavare la descrizione di una figura che si pone al centro, quale fulcro delle cure primarie, in un sistema che prevede l'integrazione e la collaborazione tra diversi professionisti come suo punto di forza.

Devono essere innanzi tutto chiare le caratteristiche che contraddistinguono la disciplina Medicina di Famiglia. Punto di partenza è la considerazione dell'essere umano come un microcosmo sorretto da diversi sistemi (psicofisico, emotivo, relazionale e so-



ciale) tra loro interagenti, che risente di condizionamenti ed influenze esterne, inserito in un preciso contesto familiare e sociale. Ciò significa che ogni individuo ha precise esigenze e capacità peculiari le quali, una volta individuate, danno l'opportunità di vagliare il tipo d'assistenza adeguata. Assistenza che deve essere rivolta a tutta la popolazione senza distinzioni di sesso, età, razza, classe sociale, religione. Doti indispensabili dei professionisti appartenenti a tale disciplina sono così la disponibilità, la flessibilità, la capacità di dialogo nella comprensione anche di culture differenti da quella d'appartenenza. Nella consapevolezza che, mentre i concetti di salute e malattia possono variare considerevolmente in relazione ai diversi sistemi sociali e culturali, non può variare la considerazione da parte degli operatori sanitari del valore dei bisogni espressi dai pazienti. Pazienti con i quali è possibile fondare rapporti di fiducia, sulla base della relazione interpersonale di lunga durata.

Inoltre, altre caratteristiche peculiari della medicina di famiglia sono l'essere orientata alla famiglia ed alla comunità: probabilmente questa disciplina è l'unica per la quale il contesto agisce da protagonista. Ogni comunità ed ogni nucleo familiare si caratterizzano in maniera unica ed inequivocabile. Per farne parte ed intervenire con efficacia è necessario conoscere gli aspetti caratterizzanti e le dinamiche interne; proprio perché la considerazione delle relazioni ed influenze che nell'ambito familiare e comunitario esistono, in particolare offre la possibilità di indirizzare le proprie attività verso tematiche relative alla promozione alla salute. Allo scopo innanzi tutto di stimolare particolari attitudini e modificazioni comportamentali negli individui, rendendoli altresì responsabili, capaci di comprendere e collaborare.

Sarà necessario poi riflettere anche sulle implicazioni e sulle potenzialità che appartengono all'ambito delle cure primarie. Sempre in riferimento a quanto suggerito dall'OMS, uno dei punti cardine su cui impostare le politiche per la salute a livello nazionale è il miglioramento quantitativo e

qualitativo dello stato di salute degli abitanti della Regione europea. Ciò prevede la garanzia dell'accessibilità per tutti ai servizi sanitari, nella disponibilità di assistenza sanitaria di primo livello, attraverso un approccio di tipo intersettoriale, integrato ed orientato alla famiglia ed alla comunità. Un approccio allo sviluppo della salute di tipo multidisciplinare ed intersettoriale è perciò più efficace, più efficiente (anche in rapporto ai costi) rispetto ad approcci separati e verticali.

Perché, sempre in riferimento a quanto suggerisce l'OMS, "un'assistenza sanitaria di base orientata alla famiglia ed alla comunità, così come il sostegno da parte di personale infermieristico durante i momenti critici della vita, apre la via a migliori risultati in termini di salute. In molti Stati Membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di base. Al centro dovrebbe collocarsi una infermiera di famiglia adeguatamente formata in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie. Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all'infermiera, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la scelta di queste figure, che dovreb-

bero anche occuparsi del sostegno attivo all'autocura. (...) L'assistenza di secondo e terzo livello, che è erogata negli ospedali, dovrebbe essere in modo chiaro di sostegno all'assistenza sanitaria di base, concentrandosi esclusivamente sulle funzioni diagnostiche e terapeutiche che non possono essere realizzate adeguatamente nelle strutture di primo livello. (...)”

Ma come s'inserisce in questo quadro, in maniera appropriata la figura dell'infermiere? Quali sono dunque le sue capacità e le sue competenze?

Da sempre la professione infermieristica ha operato al fianco di quella medica, sviluppando dapprima capacità di tipo tecnico, indispensabili per attuare il processo di cura di determinate malattie. Parallelamente ha approfondito capacità di tipo valutativo ed analitico nel rilevare i bisogni primari e secondari degli individui affidati alle sue cure. Negli ultimi decenni, sono stati definiti molteplici modelli d'assistenza, che partono anch'essi dalla considerazione olistica dell'individuo. Nell'ambito del Nursing si sono affinate così conoscenze e capacità di tipo relazionale, che sono indispensabili non solo, per l'ottimizzazione dell'assistenza stessa, ma anche nel coadiuvare gli interventi del medico. Si è così giunti alla definizione del Nursing in Medicina Generale di Famiglia, inteso come quella metodologia decisionale ed operativa che, partendo da una puntuale analisi dei bisogni di salute dell'individuo di competenza e



responsabilità dell'infermiera, prevede una sequenza logica ed organica di fasi; esso si basa soprattutto sull'attuazione di programmi mirati alla promozione alla salute, rivolti sia ai singoli, sia alle famiglie e sia a classi ben definite di pazienti (vedi ipertesi, diabetici, asmatici). Tutto questo è convalidato dal rapporto di reciproca fiducia e collaborazione che gli individui e le famiglie accettano liberamente di approfondire nel tempo.

Cercheremo ora di meglio comprenderne il significato, attraverso le considerazioni di una delle teoriche del Nursing più recenti ed accreditate, che maggiormente corrisponde alle basi del nursing in Medicina di Famiglia: mi riferisco a Dorothea Orem.

“Il termine nursing deriva dal verbo *to nurse* che letteralmente significa assistere e fornire un'attenta cura ad

una persona ammalata o disabile, incapace di badare a se stessa, allo scopo di aiutarla a ritornare in buona salute e autosufficiente. Ulteriormente il nursing può essere inteso come un servizio sanitario specializzato, indirizzato a persone che non sono in grado di provvedere in modo continuativo alla cura di sé; si propone di regolare lo sviluppo della persona e la sua percezione di benessere, di assisterla direttamente durante i periodi d'inabilità che la rendono dipendente. Gli operatori del nursing compiono valutazioni e prendono decisioni sulla base delle proprie conoscenze specifiche, al fine di sapere ciò che si può cambiare, di prendere decisioni riguardo a ciò che può o dovrebbe essere fatto, di erogare uno o più sistemi di cura che garantiscano di:

✓ soddisfare le richieste dell'indivi-

duo per un certo periodo di tempo per quanto riguarda il suo stato di salute ed il suo sviluppo;

- ✓ salvaguardare le capacità d'azione già sviluppate;
- ✓ aiutare l'individuo ad esercitare direttamente o sviluppare ulteriormente le proprie capacità di cura di sé o di altri.

Uomini, donne, bambini, anziani vivono nell'ambito di una comunità e si aiutano reciprocamente, sviluppando dei metodi per superare o compensare quelle limitazioni che, i singoli individui e le famiglie, incontrano in determinati momenti e circostanze nel soddisfare bisogni esistenti o emergenti. Generalmente, per metodo intendiamo un “modo ordinato di realizzare qualcosa.” Un metodo d'assistenza dal punto di vista del nursing è una serie di

Tabella 1 - Attività svolte autonomamente dall'infermiera a domicilio.

Sesso-età	Descrizione	Tipo e numero di interventi
Famiglia S., composta da tre anziani: M89 - F80 - F89 (M=maschio; F=femmina)	M89: diabetico insulino dipendente, cardiopatico, parkinsoniano. F80: ipercolesterolemia, asma, osteoporosi. F89: diabetica, recente ictus cerebrale, emiplegica.	Quotidiano: per insulina, somm. terapia orale. Periodico: monitoraggio parametri vitali, glicemia, controllo cute, movimenti. Controllo periodico pressione arteriosa, colesterolo, terapia. Follow up periodici Periodica per valutazione generale. Per F89 e M89 è stato richiesto l'intervento del fisioterapista e di alcuni presidi. Anche la visita del medico viene richiesta dall'infermiere (30)
F65	Parkinson dall'età di 40 anni, k. mammario metastatizzato.	Richiesta valutazione ulcera sacrale. Medicata due volte e poi attivato ADI e richiesti presidi. (2)
F95	Cardiopatica, ipertesa, diabetica, k. polmonare.	Tre visite a domicilio per crisi iperglicemica e disidratazione. Applicate fleboclisi. Dati consigli dietetici alla figlia che la segue. (3)
F80	Grave coxartrosi.	Una visita a domicilio per valutazione dermatite arti inferiori (1)
M6	Bambino affetto da broncopolmonite.	Trattamento a domicilio: eseguite sei fiale di antibiotico im (6)
F10	Bambina affetta da broncopolmonite.	Trattamento a domicilio: eseguite dieci fiale di antibiotico im (10)
Totale visite domiciliari e relativi interventi in 30 giorni		52



azioni l'una conseguente all'altra che, se eseguite, porteranno a:

- ✓ superare o compensare le limitazioni associate al problema di salute,
- ✓ intraprendere azioni specifiche
- ✓ regolare le proprie funzioni e il proprio sviluppo o quello delle persone che momentaneamente dipendono da noi.

Esistono più metodi da poter utilizzare nelle situazioni assistenziali, spesso in combinazione tra loro; essi possono essere così identificati:

- ✓ Agire al posto di un'altra persona;
- ✓ Guidare e fornire direttive;
- ✓ Fornire un supporto fisico e psicologico;
- ✓ Incoraggiare lo sviluppo personale;
- ✓ Insegnare e educare.

Il ruolo dell'infermiera in questo caso spesso non è tanto la gestione della patologia in sé, quanto il lavorare assieme al paziente con l'obiettivo di rendere quest'ultimo autonomo nel processo di self care. Attraverso questo approccio gli individui sono in grado di esaminare l'impatto che la loro particolare condizione fisica ha sul loro stile di vita e sul comportamento. Il modello di nursing così è basato non tanto sul prendersi cura in senso pratico del paziente, ma facilita l'infermiera nella programmazione dei propri interventi, in un progetto che definisce il suo ruolo come educatore e supporter nel realizzare lo sviluppo individuale".

Questa definizione di nursing ben si adatta alla definizione del ruolo dell'infermiera nell'ambito della Medicina Generale. Inoltre, sempre citando quanto descritto da Dorothea Orem, l'infermiere è quel professionista che fa un uso esperto della propria intelligenza pratica nel progetto creativo di cure per individui o gruppi di individui che vivono in determinate, uniche e mutevoli circostanze.

Emerge così una figura professionale che è in grado di esaminare e valutare anche le proprie capacità, quali la padronanza della scienza infermieristica e delle relative tecniche pratiche e le metodiche di approccio creativo alla pianificazione e all'erogazione dell'assistenza infermieristica. Il nursing è dunque un servizio a disposi-

zione della comunità e della società e, nell'ambito della Medicina Generale, è valorizzato per la sua dimensione collaborativa: nel definire un piano d'assistenza occorre contribuire con proprie valutazioni in un approccio multiprofessionale in quanto, insieme con quelle del medico, possono favorire una visione maggiormente esaustiva dell'individuo e dei suoi bisogni.

Collaborare inoltre, significa prendere insieme decisioni comuni sul tipo d'interventi attuabili, nei quali ciascuno è in grado di apportare le proprie specifiche competenze.

L'infermiere che lavora accanto al medico di famiglia, da almeno trent'anni in U.K., così come recentemente è stato definito Royal College of Nursing, è colui che:

- ✓ valuta clinicamente i bisogni
- ✓ inizia i trattamenti
- ✓ prende decisioni professionali autonome
- ✓ riconosce i fattori di rischio legati a specifiche malattie
- ✓ definisce col paziente programmi di prevenzione
- ✓ fornisce counselling ed educazione sanitaria ad individui, famiglie, gruppi
- ✓ assicura la continuità assistenziale alla comunità
- ✓ lavora collaborando con altri professionisti.

Guadagni dovuti alla qualità nell'assistenza sanitaria.

Un problema rilevante nell'attuale progettazione complessiva dei sistemi sanitari è che pochissimi sforzi sistematici sono stati fatti per misurare con accuratezza - riflettendoci sopra - il valore reale che strategie e metodi alternativi possono avere nella riduzione di determinati problemi di salute nella popolazione. Qual è l'efficacia relativa e il costo di metodi differenti per prevenire, diagnosticare e curare le allergie, le malattie cardiache, la depressione, ecc...? C'è una necessità urgente di trovare un concetto di management maggiormente unificante, in grado di stimolare la ricerca di una migliore qualità e di ricompensare, anziché soffocare, l'innovazione.

Considerazioni finali.

Qualcuno potrebbe obiettare che vi è una contraddizione in termini: nel confronto quotidiano molti di noi, professionisti della salute, si accorgono che l'appartenere ad una disciplina che abbraccia una visione di tipo generale/olistico, comporta il sentirsi sminuiti nei confronti di chi invece opera in ambiti specialistici. Quindi come sarà possibile nella nostra realtà italiana proporre una riqualificazione della medicina di famiglia, come una disciplina capace di offrire servizi più specializzati in grado d'interagire con le strutture della comunità...?

La risposta sta nel suggerimento offerto dall'OMS: è davvero urgente, a mio avviso, la necessità di trovare un concetto di management unificante, che funga da stimolo alla ricerca di strategie e di nuove capacità di lavorare in team, che ricompensi chi ha il coraggio di proporre e di adoprarsi per l'innovazione.

Perché "cosa conferisce dignità e valore all'esercizio delle professioni sanitarie?" Il coraggio di credere nelle proprie capacità e potenzialità, di cominciare a misurare con accuratezza il valore reale che strategie e metodi alternativi possono avere nella riduzione di determinati problemi di salute nella popolazione; di valutare ... qual è l'efficacia relativa e il costo di metodi differenti per prevenire, diagnosticare e curare le allergie, le malattie cardiache, la depressione... E questo proprio nell'ambito della Medicina di Famiglia.

Dare la possibilità ai cittadini di scegliere il proprio medico e la propria infermiera, significa cominciare a stabilire dei parametri di valutazione ed accreditamento, significa essere disposti ad investire anche in termini economici, sul proprio lavoro. Significa dare risposte adeguate, tempestive ed efficaci in termini di qualità dell'assistenza laddove, al momento attuale, denunciando rimandi di responsabilità e perdita di un ruolo che, lo ribadiamo, dovrebbe porsi al fulcro d'ogni sistema sanitario.



Con i piedi a terra e gli occhi al cielo

di Saugo Arianna e
Margherita Meggiolato

Infermiera e coordina-
trice U.O. Ginecologia
- O.C. di Vicenza

“Tutti gli affluenti di un fiume portano l’acqua verso un’unica meta: l’immensa distesa marina”. Utilizziamo questa effigie per indicare che le varie modalità di evoluzione della categoria professionale infermieristica avranno un preciso e solo obiettivo: il miglioramento della qualità di assistenza sanitaria.

Come già sentito in diverse occasioni stiamo attraversando un’epoca di forti cambiamenti: l’equipollenza dei titoli professionali in laurea, l’istituzione delle ECM, le varie trattative contrattuali, l’evoluzione di linee guida, procedure, protocolli ecc... e alla luce di tutto questo non ci deve sembrare strano se da un certo punto di vista noi infermieri ci sentiamo, per così dire, “intonniti” e in preda ad un obnubilamento che ci rende tali da non capirci più niente. A volte ci si spaventa troppo e ci si tira subito indietro senza scrutare cosa ci potrà essere oltre di positivo. Questo atteggiamento non è di certo produttore, poiché rischia soltanto di farci rimanere statici e fossilizzati in ciò che già è di nostra conoscenza.

Proprio in riferimento a linee guida, procedure e protocolli, si ritiene oramai indispensabile per le unità operative di qualsiasi realtà ospedaliera utilizzare questi strumenti operativi per esplicitare nel miglior dei modi

il proprio operato. Sembra però ci sia una corsa rivoluzionaria (stile motti carbonari) per la stesura in primis, per l’approvazione e l’implementazione poi, di tali strumenti nella propria quotidianità lavorativa. Una corsa che se si nota bene non ha alcun senso logico, basta pensare che tuttora c’è una grande confusione di significato logico tra procedure e protocolli. Non si ha ancora bene chiara la differenza tra i due e si vuol produrre in continuazione come se fosse un business, perché *bisogna fare e subito*. Il “bisogna fare” è un concetto straordinario e non va mai tralasciato; è il “subito” la nota stonante in questo insieme. Altro aspetto interessante di tutto ciò sono anche le varie ed infinite modalità di stesura di uno strumento operativo quale procedura e/o protocollo (definito da Laura D’Addio anche “strumento informativo”) ovvero secondo regolamento di unità operativa, secondo norme UNI-EN ISO 9000-9001 o VISION 2000.

La ISO (The International Organization for Standardization) è una federazione mondiale di gruppi di standard nazionali di oltre 100 paesi, uno per ciascun paese.

Gli “Standards” sono documenti o accordi contenenti specifiche tecniche o altri precisi criteri per essere usati come regole, guide o definizioni di caratteristiche



materiali, prodotti processi e servizi che sono giusti per lo scopo. Le UNI EN ISO 9000-9001 sono una serie di norme emesse dall'ISO allo scopo di regolare i rapporti fra Committente e Fornitore.

Costituiscono una serie di caratteristiche per la determinazione della qualità di un'organizzazione.

In un sistema di qualità sono presenti le seguenti componenti: struttura organizzativa, responsabilità, procedure, procedimenti, risorse.

È importante scrivere una procedura poiché si identificano chiaramente le responsabilità di chi esegue, di chi controlla e di chi documenta, riducendo i motivi di conflitto e di... anonimato (NESSUNO È RESPONSABILE DI NIENTE).

Una procedura serve anche per comprendere lo scopo di un'attività e per ottenere che quest'ultima sia svolta sempre allo stesso modo ai fini della produzione e del controllo, limitando la creazione di differenziazioni e magari contraddittoria documentazione.

Serve inoltre per prevenire, se portata a compimento in modo eccellente, errori, disattenzioni e deviazioni. Qualsiasi procedura stilata secondo le norme ISO 9000/9001 deve essere costituita dai seguenti elementi:

- ✓ titolo
- ✓ oggetto
- ✓ scopo
- ✓ campo di applicazione
- ✓ riferimenti bibliografici
- ✓ responsabilità
- ✓ contenuto
- ✓ definizione dei termini
- ✓ valutazione del risultato
- ✓ eventuali complicanze
- ✓ avvertenze
- ✓ redazione con funzione firma data
- ✓ verifica con funzione firma data
- ✓ approvazione con funzione firma data

Le Vision 2000 hanno addirittura tolto l'accento dalle procedure (che nelle vecchie norme erano molto

numerose e rigide), perché lo hanno trasferito sul cambiamento: non ha senso scrivere tutto in modo dettagliatissimo, perché ogni aspetto è soggetto a variazioni continue. Si può dire che il termine "procedura" delle ISO:94 sia stato concettualmente sostituito dal termine "miglioramento continuativo" delle ISO:2000. Questo non significa naturalmente che non si debbano più scrivere le procedure o le istruzioni operative; significa che bisogna prevederle nel modo più adeguato possibile e possibilmente con strumenti che ne permettano una facile e rapida revisione (è questo uno dei tanti casi in cui risulta evidente di come l'informaticizzazione debba inevitabilmente soppiantare la primitiva gestione cartacea). Ad esempio, anche un semplice cartello può costituire una procedura: anzi, per le persone cui è indirizzato, la funzione di sinteticità ed immediatezza che ha e l'importanza della sua collocazione fisica, potrebbe essere ben più conforme ai requisiti di qualità che una procedura formale e dettagliata.

Con queste due tipi di scelte aziendali l'unità operativa può fare un passo ulteriore e richiedere la certificazione, che consiste nell'acquisizione di un logo ISO o VISION che attesta che i prodotti della determinata azienda/ditta sono progettati/costruiti/venduti secondo riconoscimenti stan-

dard di qualità. Per le società che sviluppano, producono e vendono è importante seguire lo standard ISO 9001; le società che sono accreditate ISO 9000 danno maggiori garanzie di qualità rispetto a quelle che sono solo registrate ISO 9000.

A questo punto sostengo nuovamente il precedente concetto che non è un aspetto negativo l'evoluzione in questo senso, ma che deve essere eseguita per gradi. Inoltre, e qui vorrei aprire una parentesi, cerchiamo di non dimenticare mai, come professionisti, l'animo con cui ci rapportiamo verso tali aspetti. Non dobbiamo dimenticare che se svolgiamo una particolare attività secondo il tal protocollo/procedura, lo facciamo con un unico scopo: soddisfare i bisogni della persona/paziente a cui offriamo il nostro operato.

Il paziente/persona, individuo unico, indistinguibile e autentico, con il proprio essere e il proprio vissuto, dovrà rimanere sempre il nostro obiettivo primario.

E allora di fronte a tutto il fervore di questi eventi rimaniamo con i piedi a terra e gli occhi al cielo.

Ricordiamo che questi strumenti sono mezzi e non fini e che una volta stilati devono essere implementati e condivisi da tutti in modo che ci sia un'omogeneità nelle "performance".



Diario di bordo

Missione di pace in Russia con Patch Adams novembre 2002 - novembre 2003

di Elisa Rampin

Infermiera

Immagina di dover partire per la Russia perché credi che sia possibile lavorare per un ideale più importante che lo stipendio a fine mese.

Immagina di preparare le valige ancora una volta e prima di chiuderle accertarsi che anche il cuore sia gonfio di coraggio perché quando si è lì bisogna sapersela cavare...

E ancora immagina la confusione delle emozioni quando è il momento di salutare gli amici che restano qui ad aspettare il ritorno.

Immagina tutto questo perché è importante capire che se la storia fino ad ora ci ha parlato solo di alcune rivoluzioni, adesso sta a noi inventare la rivoluzione dell'amore.

Immagina di entrare con i colori dove colori non ce ne sono; di giocare con Lui che vuole vivere nonostante il cancro...

Immagina il cuore di un genitore che non ha molti soldi per vivere, ma che dedica il suo tempo accanto al suo unico figlio perdendo il lavoro.

Immagina...

Immagina di poterli abbracciare dopo aver trascorso una giornata assieme e quanto sia difficile dirsi "dassfidania" (= arrivederci)...

E poi, in segreto, immagina che spesso dietro al naso rosso e ai colori il cuore vorrebbe piangere o arrabbiarsi perché non è giusto che Lui a due anni di vita sia lì da solo con la febbre a quaranta senza nessuna medicina per poterlo aiutare.

Non è giusto che resti lì da solo col pannolone bagnato da troppo tempo, e con la voglia di essere preso in braccio.

E non è giusto salutarlo e lasciarlo lì di nuovo.

Immagina allora di doverti togliere il naso rosso perché in quel momento, quando la porta si chiude, anche il clown piange.

Immagina, perché è difficile riscrivere la storia parlando della rivoluzione dell'amore.

Immagina allora di dipingere per loro un muro perché possano vedere i colori ogni giorno e perché possano, attraverso un dipinto, sognare un'altra vita.

E adesso immagina di aver lavorato quindici giorni dalla mattina alla sera tra le emozioni, la sofferenza, il silenzio della solitudine, la povertà, il grigio e il freddo della Russia; di aver condiviso un'esperienza così forte con un gruppo di persone straordinarie che si sono date da fare per un ideale più grande dello stipendio di fine mese; di aver condiviso pasti poveri e tanti sorrisi, di aver creato dei legami che dureranno per sempre.

Prova ora ad immaginare di dover tornare a casa dopo una tale esperienza e di cercare di dar voce a questi ricordi...

Prova a non perdere l'entusiasmo verso ciò in cui credi ed inventa una nuova storia.

Adesso tocca a te, inventa la tua strategia dell'amore.

Ho conosciuto Patch Adams l'Agosto del 2002 tramite una telefonata.

Credevo che, come spesso accade alle persone che godono di una certa celebrità, fossero altri a rispondere per lui sia alle telefonate che alla corrispondenza invece Patch Adams risponde davvero in prima persona e con l'aiuto del fratello Wildman a qualsiasi tipo di richiesta.

Oltre che essere un medico molto attento e compassionevole verso qualsiasi persona, in cuore suo Patch è anche un attivista politico, un rivoluzionario sociale che desidera sostituire il potere e l'avidità con la generosità e la compassione.

Ha sempre offerto cure sanitarie senza mai essere pagato e sta realizzando, anche grazie all'aiuto di donazioni, il primo ospedale gratuito in America.

Lavoro in un ospedale a Padova da circa quattro anni e anche se non risulta essere, per chi ama far conti, un periodo abbastanza lungo da poter dire una parola in merito, ho notato invece che il "prendersi cura" di un paziente non significa solamente fare diagnosi, trovare la terapia giusta (magari che duri per tutta la vita così sono contente anche le case farmaceutiche) e mandare il paziente a casa.

Certamente questo aspetto è molto



importante perché quando una persona soffre prima di tutto vuole che le venga attenuato il dolore, ma se non si considera la persona nella sua storia, nel suo vissuto, nei suoi affetti, nella sua condizione attuale allora non si può parlare di cura perché il sintomo che si va ad alleviare non è la causa che lo ha scatenato.

Attualmente non esiste una realtà sanitaria che permetta di “prendersi cura del paziente” perché “non c’è tempo”, “non c’è personale”, non c’è autenticità nei rapporti con le persone, ma solo la corsa agli interessi economici e politici e così si finisce col lamentarsi, arrabbiarsi e trasformare la vera medicina in una industria medica, in business, così come l’assistenza in una serie di azioni meccaniche e ripetitive prive di un vero sentimento compassionevole verso la

persona che in quel momento si trova in uno stato di fragilità.

Fortunatamente Patch mi ha dato l’opportunità di entrare a far parte del suo staff dopo il primo viaggio nel novembre del 2002 in Russia. Eravamo 35 clowns provenienti da tutto il mondo: America, Italia, Germania, Olanda, Inghilterra, Australia, Giappone, 35 clowns che per arrivare nella neve “calda” della Russia non siamo stati pagati, anzi abbiamo pagato noi e non poco, qualcuno ha addirittura venduto la macchina per pagarsi il viaggio e condividere un pranzo povero in una terra dove non ti capiscono quando parli la tua lingua, ma ti leggono il cuore ed ascoltano il loro e questo è quanto basta per dire: “ci voglio tornare”.

Abbiamo visitato e portato aiuti economici e sanitari in molti ospedali,

orfanotrofi, case di riposo, famiglie povere, nelle strade e persino nelle buie metropolitane.

È difficile essere un clown.

È molto più facile essere contrari ad un naso rosso in corsia, che saperlo indossare!

Occorre molta responsabilità per indossare un naso rosso.

Ci vuole responsabilità quando un bambino si innamora del tuo naso rosso, ti dice “spasiba” (in russo significa grazie) e con le lacrime agli occhi e il suo naso tutto sporco ti accompagna alla porta e ti aiuta a chiuderla congedandosi per sempre da te, seppur desiderando poter cambiar vita; e invece deve rimanere là e aspettare che arrivi qualcuno e scelga lui e non un altro.

Ho aiutato e tenuto in braccio per un ora e mezza una bambina di cui non conosco neppure il nome: era sola, era abbandonata e mi sorrideva con i suoi occhi azzurri. La sua famiglia l’aveva abbandonata al suo cancro e non ci sono i soldi per farle fare la chemioterapia. Ha gli occhi azzurri e un sorriso bellissimo, ma non ha imparato a gonfiare i palloncini e forse non imparerà mai.

Oppure nelle case di riposo dove gli anziani sono vecchi a 50 anni e l’unica musica che conoscono è lo stridolio delle loro sedie a rotelle.

In Russia sono anni che Patch Adams porta aiuti e messaggi di gioia, attualmente grazie a questa missione e alla sua insistenza è riuscito ad aprire centri di creatività, di lavoro e di aiuto concreto per i ragazzi più grandi, perché a 16 anni questi ragazzi vengono sbattuti fuori dagli istituti e devono trovarsi un lavoro e una casa, senza avere un’idea di come potersela cavare e senza saper far nulla; sono in aumento infatti i casi di HIV soprattutto tra ragazzi e adolescenti. Questi centri voluti da Patch sono gestiti da personale ben preparato dove i ragazzi imparano dei lavori realizzano disegni e con il ricavato sostengono le spese per il centro stesso, imparano a vivere insieme, a gestire la casa e a prendersi cura dei bambini più piccoli.

Il dottor Hunter Patch Adams è una persona straordinaria e un medico molto attento; aiuta molte persone ed è commovente con quanta energia e amore svolge il suo mestiere. L’ho visto piangere di fronte a certi casi, arrabbiarsi davanti a tanta miseria e



sofferenza, l'ho visto attivo nell'aiutare sia a livello sanitario che economico molte persone.

I soldi che abbiamo portato, li abbiamo consegnati direttamente alle famiglie disagiate, senza intermediari.

Ad agosto sono stata in America al "Gesundheit Institute", l'ospedale di Patch.

A novembre di quest'anno di nuovo in Russia (Mosca e San Pietroburgo) e a maggio sarà la volta della Cina e del Tibet.

Credo, grazie alla mia esperienza in ambito sanitario, che sia importante curare la malattia, ma soprattutto promuovere la salute cercando di migliorare la qualità della vita di ogni giorno.

L'esperienza umanitaria vissuta in Russia è stata una lezione di vita molto importante, dalla quale ho capito e sviluppato lo spirito con cui voglio proseguire nel mio lavoro nei confronti di chi soffre, ma anche come impegno sociale che si esprime nei piccoli gesti quotidiani e nelle relazioni con gli altri, apprezzando la comunicazione col postino o col commesso del negozio di frutta.



E adesso immagina anche TU di poter lavorare per un ideale più grande dello stipendio di fine mese.

Immagina di partire per una terra senza confini: di entrare domani in una corsia di un ospedale, magari dove lavori, con un naso rosso per regalare un sorriso a chi soffre nonostante i monitor, le flebo, o il cancro.

Immagina di avere un cuore coraggioso che non si nasconde dietro al bianco di una divisa.

Il paziente non smette di essere una persona durante la sua malattia e i suoi sogni non restano fuori dalle porte dell'ospedale, entrano con lui e aspettano che qualcuno li possa ascoltare: magari potresti essere TU!

Adesso tocca a te, inventa la tua strategia dell'amore.

Infermiere d'argento...

Ne è passato di tempo da quando le "bianchine" (così nel 1979 venivano chiamate le allieve infermiere a Vicenza) attraversavano contrà S. Bortolo.

Dopo 25 anni dal diploma ci siamo ritrovate a "Villa Disconzi" a Monte Berico, Vicenza, per festeggiare le nozze d'argento con la Professione.

Il tema d'esame di diploma di allora era:

«La professione infermieristica nel Servizio Sanitario Nazionale:

- a) assistenza in ambito ospedaliero
- b) assistenza nei presidi sanitari extra-ospedalieri
- c) assistenza nelle comunità
- d) centri di formazione infermieristica»

A distanza di 25 anni ci sembrano ancora attuali.

5 marzo 2004



Ottimizzazione dell'inserimento del personale neo-assunto nell'Azienda socio-sanitaria

di **Margherita Giolo**

*Infermiere T.I. neonatale
ULSS 6 - Vicenza
Master in coordinamento
e management sanitario*

La mission principale dell'azienda socio sanitaria pubblica è la tutela e la promozione della salute della comunità residente nel territorio, con azioni di mantenimento e miglioramento del livello quali-quantitativo dei servizi erogati, fornendo un adeguato supporto alle famiglie e alle persone che risentono di problematiche di tipo sociale.

Tale missione viene attuata tramite strategie di politica sanitaria nazionale e regionale che mirano a:

- ✓ contenimento della spesa sanitaria attraverso azioni di promozione della salute e razionalizzazione dell'offerta;
- ✓ miglioramento dell'efficienza ospedaliera attraverso la dipartimentalizzazione, la riorganizzazione infermieristica e la attuazione del processo di Budget;
- ✓ miglioramento della rete dell'urgenza-emergenza come premessa alla riduzione dei presidi ospedalieri.

Per fare un esempio concreto, la mission di una Unità Operativa di Terapia Intensiva, persegue obiettivi in salute per i propri pazienti, supportando le condizioni critiche del paziente stesso, tenendo presente la famiglia e il contesto sociale in cui è inserito e considerando l'urgenza-emergenza dell'evento stesso.

Tale missione viene attuata garantendo tempestività, competenza, appropriatezza e qualità assistenziale al paziente, dall'ingresso in T.I. fino alla dimissione, tenendo presente la collaborazione tra le diverse professionalità, la crescita formativa del personale e il costante monitoraggio delle

attività svolte e dei risultati ottenuti.

La vision dell'Azienda è orientata al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, per soddisfare i bisogni sempre più complessi dei cittadini.

Nelle organizzazioni sanitarie, gli operatori costituiscono una risorsa chiave in quanto rappresentano la principale ricchezza produttiva che condiziona la qualità e la quantità dei servizi forniti. La gestione del personale è un fattore critico di successo e un'occasione di crescita globale per l'Azienda, che deve presidiare il momento dell'ingresso nelle varie sue tappe per far sì che l'operatore riesca ad inserirsi nel contesto nel miglior modo possibile.

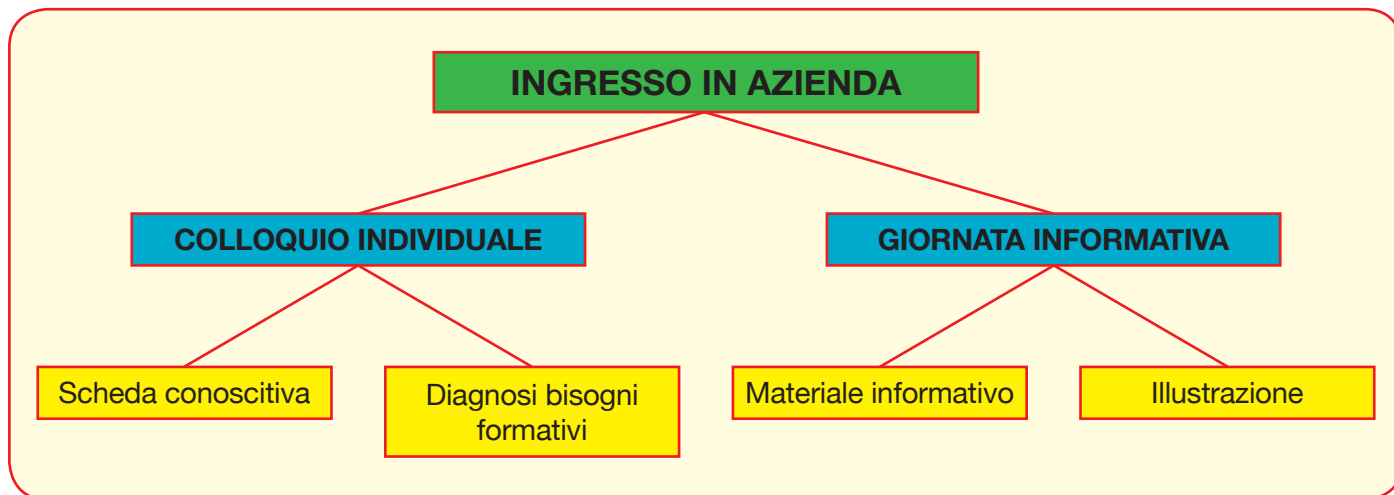
Il reclutamento del personale deve avere una chiara "politica" che definisca criteri generali e meccanismi attuabili per l'ottimizzazione dell'inserimento del personale neo-assunto. Queste criticità sono solitamente gestite dal Coordinatore e dal Servizio Infermieristico Centrale, a cui spetta l'arduo compito di contattare e designare ogni nuovo professionista.

Il momento di accoglimento del personale in azienda è l'occasione per iniziare un rapporto di stima e fiducia e va ad inserirsi nelle attenzioni proprie della politica del personale definita nella mission aziendale. Ecco l'importanza di coinvolgere il personale nei processi aziendali e la creazione di un sistema formalizzato di accertamento delle percezioni stesse del personale rispetto a:

- ✓ funzionamento dell'azienda;
- ✓ risultati conseguiti a livello aziendale;



Tabella 1 - Il percorso di accoglienza del personale in Azienda



- ✓ livello di miglioramento conseguito;
- ✓ politica del personale.

Questa sensibilizzazione da parte dell'azienda contribuisce ad aumentare il livello di soddisfazione e di produttività. In questi anni si stanno studiando nuove misure di supporto al personale con l'ideazione di progetti che permettano un miglioramento della performance aziendale ad esempio aumentando e calibrando gli eventi formativi rispettando i specifici contesti delle U.O. Nasce l'esigenza di programmare gli interventi mirati all'ottimizzazione della risorsa infermieristica. Si potrà ad esempio applicare nell'azienda un

percorso di accoglimento ed inserimento del personale neo-assunto che coinvolga molteplici professionalità. In relazione a ciò gli interventi realizzabili sono:

- ✓ inserimento nell'attuale organizzazione di momenti di accoglimento del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione, del personale ausiliario e di supporto neo-assunto;
- ✓ definizione di un percorso di inserimento all'interno delle UU.OO. e di modalità di valutazione al termine dei periodi di prova per il personale infermieristico neo assegnato.

Le tappe del percorso di ingresso

A. Accoglienza (tabella 1)

Il programma di accoglienza, che ha come finalità l'adattamento e orientamento del personale neo-assunto all'interno dell'equipe, risulta essere composto da:

- ✓ colloquio individuale con il neo dipendente finalizzato a compilare la scheda conoscitiva e ad individuare i bisogni informativi-formativi
- ✓ giornata informativa, finalizzata all'orientamento all'Azienda e alla posizione lavorativa.

Tabella 2 - Inserimento nella unità operativa: progettazione dell'intervento

SOGGETTI COINVOLTI, SEQUENZA E TEMPI IMPLICATI

Attività	1° giorno	1° mese	2° mese	3°-5° mese	6° mese
Presentazione del neo-assunto al gruppo infermieristico	■				
Assegnazione dei ruoli	■				
Formazione con attività di tutoraggio e supporto informativo	■	■	■	■	■
Valutazione di competenza iniziale	■				
Valutazioni intermedie		■	■	■	
Valutazione finale					■
Collaborazione dell'equipe		■	■	■	■
Rilevazione attività su apposite schede		■	■	■	■
Verifica dell'andamento		■	■	■	■
Valutazione del progetto					■
Supervisione del coordinatore	■	■	■	■	■

Legenda dei soggetti coinvolti

- gruppo di infermieri
- infermiere guida + coordinatore
- coordinatore + infermiere turnista + infermiere referente
- coordinatore
- infermiere guida



B. Inserimento nella Unità Operativa (tabella 2, pag. prec.)

Si propone di favorire ed ottimizzare l'inserimento del personale infermieristico neo-assegnato alle singole UU.OO. attraverso un percorso di interiorizzazione di conoscenze ed abilità affinché esso sia in grado, nel minor tempo possibile, di affrontare determinate situazioni prioritarie di lavoro e di erogare un'assistenza infermieristica efficace e qualitativamente accettabile, secondo criteri definiti e concertati coi responsabili delle UU.OO. in oggetto. Si attua quindi:

- ✓ Percorso di inserimento specifico rivolto al personale senza "expertise" che prevede il principio della gradualità nell'apprendimento, il supporto di materiale informativo e la guida di un infermiere "esperto".
- ✓ Valutazioni in itinere e finali in relazione all'area assistenziale. Il programma prevede il raggiungimento di obiettivi operativi, la cui successione temporale viene decisa in itinere dal coordinatore e dagli infermieri guida in relazione alle condizioni operative e alla effettiva acquisizione delle competenze. Al termine di ogni mese

sono previsti momenti dedicati al riepilogo dei contenuti sviluppati e alla verifica di apprendimento.

Conclusioni

L'obiettivo di questo lavoro, è che da questa integrazione multidisciplinare derivi un miglioramento della qualità del servizio offerto, un arricchimento professionale di tutti gli operatori coinvolti, una più agevole fruibilità del servizio da parte dell'utenza.

L'azienda d'altra parte sta creando un clima culturale in cui le esigenze di certificazione ed accreditamento devono essere vissute come un impulso al miglioramento personale e di tutto l'ambito lavorativo.

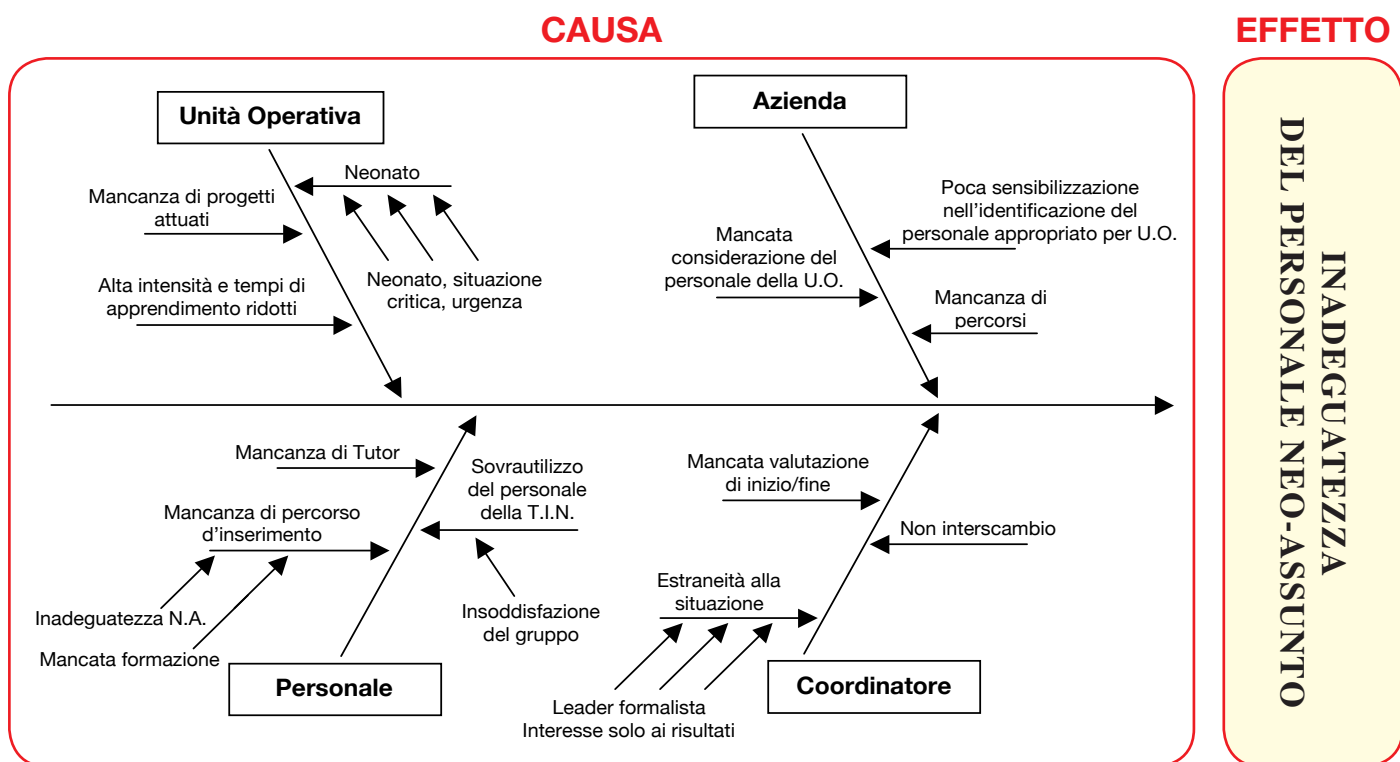
Appare dunque evidente che bisogna investire nelle risorse umane per ottenere risultati di qualità. Ogni operatore deve essere conscio della Cultura del servizio in cui "l'eccellenza professionale" diventi motivazione personale, necessaria e sufficiente.

Bibliografia

✎ Benci L. (2002). Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano (IT). McGraw-Hill.

✎ Boldizzoni D. (1994). La gestione delle risorse umane verso un nuovo paradigma. L'Impresa. 3, 25.
 ✎ Calamandrei C. (2002). La dirigenza infermieristica. Milano (IT). McGraw-Hill.
 ✎ Calamandrei C., d'addio L. (1999). Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere. Milano (IT). McGraw-Hill.
 ✎ Colombo G. (1996). I familiari dei bambini ricoverati nei reparti di terapia neonatale: il ruolo e lo spazio loro assegnato, le loro aspettative. Neonatologia 10, 53.
 ✎ Gardini A. (1990). Cambiamento e persistenza nella quality assurance. QA 5 (6), 9-15.
 ✎ Hildegard E., Peplau (1994). Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica. Padova (IT). Ed. Summa.
 ✎ Khuse H., Prendersi cura, (2000). L'etica e la professione infermieristica. Torino. Ed. Comunità.
 ✎ Lavallo T., Spairani C (2000). Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica. Milano (IT). Masson.
 ✎ Negri R. (1994). Il neonato in T.I.N. Milano (IT). Ed. Cortina,
 ✎ Negrisola A. (2001). Infermieristica generale e clinica di base. Milano (IT). McGraw-Hill.
 ✎ Rodriguez D. (2000). Obiettivo competenza, in "l'Infermiere", 1.
 ✎ Schein E.H. (1992). Lezioni di consulenza. Milano (IT). Raffaello Cortina Editore.
 ✎ Vian F. (2002). Programmazione ed economia sanitaria. Padova (IT). Ed. Summa.
 ✎ Vian F. (2002). Statistica di base. Padova (IT). Ed. Summa.
 ✎ Vellone E., Sciuto M. (2000). La ricerca bibliografica. Milano (IT). McGraw-Hill.
 ✎ Zanotti R. (2002). Filosofia e teoria del nursing. Padova (IT). Ed. Summa.

Tabella 3 - Diagramma di CAUSA-EFFETTO utilizzato per l'analisi del problema



Un giorno solo,

il 12 Maggio,

ci facciamo pubblicità

di Sonia Dal Degan

*Segretaria del Collegio
IPASVI di Vicenza*

Il 12 maggio gli infermieri d'Italia e di tutto il mondo celebrano la Giornata Internazionale dell'Infermiere. È un'occasione per confermare e rinnovare l'impegno quotidiano contro la malattia e per la tutela della salute, impegnandoci a rispettare

la persona e riconoscendole una posizione centrale nel progetto assistenziale.

PERCHÈ IL 12 MAGGIO?

In quel giorno nel 1820, a Firenze, nasceva Florence Nightingale, colei che ha posto le basi



della moderna professione del nursing. È un'occasione che ogni anno, noi infermieri di Vicenza, cogliamo per incontrarci con le persone, per raccontare loro chi siamo e cosa facciamo. Vogliamo ricordare a tutti che l'infermiere non è solo abile nell'eseguire tecniche specifiche, in grado di garantire una sicura somministrazione della terapia, collaborare con il medico all'assistenza del malato, aiutare a soddisfare i bisogni dell'assistito; è anche lo specialista nella relazione di aiuto. Non tutti sanno che possono contare sulla sua capacità di offrire un supporto psicologico, di comunicare, di rassicurare, di chiarire dubbi e di aiutare le persone a districarsi tra i meandri dell'amministrazione sanitaria.

I temi che ogni anno l'ICN (The International Council of Nurses), sceglie un per festeggiare la giornata internazionale dell'infermiere confermano il nostro impegno.

TEMI DELLE GIORNATE INTERNAZIONALI DEGLI INFERMIERI 1988-2004

- 1988** Maternità serena
- 1989** La salute nella scuola
- 1990** Gli infermieri e l'ambiente
- 1991** La salute mentale-infermieri in azione
- 1992** Invecchiare in modo sano
- 1993** Qualità, costi e la professione di infermiere
- 1994** Famiglie sane per una nazione sana
- 1995** La salute delle donne: gli infermieri preparano il terreno
- 1996** Migliorare la salute attraverso la ricerca infermieristica
- 1997** Una gioventù sana per un futuro migliore
- 1998** La cooperazione per la salute della collettività
- 1999** Commemorare il passato della professione di infermiere e sostenerne il futuro
- 2000** Gli infermieri: sono sempre pronti ad aiutarti
- 2001** Gli infermieri sono sempre pronti ad aiutarti: uniti contro la violenza
- 2002** Gli infermieri sono sempre pronti ad aiutarti: si prendono cura della famiglia
- 2003** Gli infermieri si prendono cura di tutti, combattono la piaga dell'aids
- 2004** Il lavoro degli infermieri con i poveri e contro la povertà

tratto dal sito internet www.icn.ch



COME ERAVAMO ALLA FINE DEL 1800

Corsia femminile di un ospedale del 1888



COSA ERAVAMO TENUTI A FARE ALLA FINE DEL 1800

Le seguenti direttive erano date a livello infermieristico da un ospedale nel 1887.

Oltre alla cura dei 50 pazienti, ogni infermiera seguirà la seguente regolamentazione:

- 1. Spazzare e passare lo straccio ogni giorno nella corsia, spolverare l'unità del paziente e dei davanzali delle finestre.*
- 2. Mantenere una temperatura costante nella corsia col portare un recipiente di carbone per il riscaldamento.*
- 3. La luce è importante per osservare le condizioni del paziente. Pertanto ogni giorno rifornire di kerosene le lampade, pulire i camini e riordinare gli stoppini. Lavare le finestre ogni settimana.*
- 4. Le annotazioni dell'infermiera sono un valido aiuto al lavoro del medico. Tenete le matite appuntite in modo accurato.*
- 5. Ogni infermiera nel giorno di lavoro riferirà le comunicazioni alle 7 del mattino e alle otto di sera, eccetto il sabato, in cui sarà libera dalle 12 alle 14.*
- 6. L'infermiera diplomata, se avrà tenuto una buona condotta, avrà una serata libera ogni settimana per corteggiamento o due sere la settimana se va regolarmente in chiesa.*
- 7. Tutte le infermiere che fumano, usano liquori in ogni forma, vanno a farsi pettinare in un negozio di parrucchiere o frequentano sale da ballo, daranno alla direttrice un buon motivo di sospetto sui loro meriti, intenzioni ed integrità.*

tratto da **Nursing Forum 10 (1):31, 1971**

LE PRIME INFERMIERE

Le notizie più antiche sul lavoro delle infermiere, si riferiscono ad una iscrizione su pietra calcarea risalente al 1250 AC, in Egitto, durante il regno di Ramsete II.

Pur non trattandosi ovviamente di vere professioniste, non si può escludere che nell'antico Egitto esistesse, a fianco dei medici, anche questa figura.

Ma sono i testi medici indiani, in particolare la Susruta Samhita, che descrivono la nascita della professione infermieristica, intorno al 500 AC, secondo le regole



monastiche buddiste. Nei molti ospedali costruiti dai sovrani indiani, lavoravano anche le donne e, ad uno di questi ospedali, era associata la prima scuola per infermiere del mondo. Nonostante lo scetticismo con cui vennero accolte le infermiere donne, la Susruta riporta, nel passo seguente,



le qualità necessarie ad una buona infermiera:

“Solo colei che è dotata di una mano ferma e di un temperamento gentile, che non parla mai male di alcuno, è robusta, presta attenzione alle esigenze degli ammalati e si attiene rigorosamente alle istruzioni del medico diventerà infermiera”.

Nel mondo occidentale, la diffusione del cristianesimo con le sue idee di carità e di amore, incoraggiò le donne a dedicarsi all'assistenza dei malati e dei sofferenti.

I più antichi ospedali del mondo cristiano li troviamo a Roma, dove le donne, protette dalla “stola matronalis”, erano molto rispettate e godevano di grande libertà, cosa che permetteva loro di andare e venire dagli ospedali in tutta tranquillità e di dedicarsi all'assistenza dei malati in modo quasi professionale.

Nel 390 la matrona Fabiola, vedova e molto ricca, si convertì al cristianesimo,

fondò un ospedale e dedicò il resto della sua vita alle opere di carità, assistendo personalmente i poveri e gli ammalati.

Nel suo ospedale accolse tutte le persone sofferenti raccolte per strada.

Nutriva i pazienti con le sue stesse mani ed anche quando una persona non era altro che un povero corpo agonizzante, ne rinfrescava le labbra con alcune gocce d'acqua.



Piccole curiosità, immagini antiche, racconti: tutto per ricordare la nostra festa. Quindi AUGURI A TUTTE LE INFERMIERE E AGLI INFERMIERI, che con grande abilità sanno vestire i panni di professionista, moglie o marito, madre o padre, figlio o figlia, cittadino consapevole e promotore della salute.

Il COLLEGIO IPASVI DI VICENZA anche quest'anno invita i colleghi infermieri e

studenti che volessero incontrare i cittadini in Piazza dei Signori, il 15 maggio 2004. Nel pomeriggio saremo tutti in divisa, per promuovere la nostra immagine; a disposizione per le persone che desiderano rilevare gratuitamente alcuni parametri quali la Pressione arteriosa e/o la Saturazione dell'Ossigeno. Inoltre saremo disponibili per qualsiasi informazione i cittadini volessero chiedere.

La sera alle 20,00 saremo lieti di invitare gratuitamente tutti alla rappresentazione teatrale della compagnia ASTICHELLO dal titolo “L'AMANTE DE LEGNO”.

**BUON DIVERTIMENTO
DA PARTE DEL
CONSIGLIO
DIRETTIVO DEL
COLLEGIO IPASVI DI
VICENZA**



SIAMO PROPRIO UN MODELLO COMPLESSO!

...E SIA L'INFERMIERE

Quando, il sesto giorno Dio creò l'infermiera fu costretto a fare degli straordinari. Un angelo gli disse: "Signore, state lavorando da molto a questo modello!"

Il Buon Dio gli rispose: "Hai visto la lunga lista di attributi speciali iscritti sull'ordinazione? Deve essere disponibile sia come donna che come uomo, facile da disinfettare e priva di manutenzione, e non deve essere di plastica. Deve avere nervi di acciaio e una schiena molto resistente. Tuttavia deve essere esile per potersi muovere bene nei locali di servizio. Deve poter fare cinque cose alla volta, tenendo sempre una mano libera".

L'angelo scosse il capo e disse: "Sei mani, ma ciò non è possibile!"

"Oh, le mani non mi preoccupano" disse il Buon Dio "sono le tre paia di occhi di cui deve disporre il modello standard che mi causano seri problemi. Due occhi per vedere di notte attraverso le pareti durante la guardia e per poter sorvegliare due reparti; due occhi dietro la testa per vedere ciò che le si vorrebbe nascondere, ma che deve assolutamente sapere e, ovviamente, due occhi davanti, che guardano il paziente e gli dicono: La capisco, sono qui, non si agiti".

L'angelo gli tirò dolcemente la manica e gli disse: "Andate a dormire Signore, continuerete domani mattina".

"Non posso" rispose il Buon Dio "sono già riuscito a far sì che non si ammali mai e che, se dovesse capitare, si sappia curare da sola; inoltre che sia in grado di accettare che dieci camere doppie accolgano quaranta pazienti e che ami la sua professione anche se esige molto da lei e la paga poco; che possa vivere con gli orari sregolati e accetti di avere pochi fine settimana liberi".

L'angelo fece un giro attorno al modello dell'infermiera. "Il materiale è troppo morbido" sospirò. "Ma è resistente" replicò il Buon Dio "non puoi immaginarti quanto riesca a sopportare".

"Può pensare?"

"Non solo può pensare, ma valutare una situazione e fare dei compromessi" disse il Buon Dio. L'angelo si avvicinò al modello e si chinò sulla sua guancia sfiorandola con un dito. "Qui c'è una fessura" disse. "Vi ho già detto che cercate di concentrare troppe cose in questo modello".

"Questa fessura è prevista per una lacrima!"

"Perché?"

"Scende nei momenti di gioia, di tristezza, di delusione, di dolore e rilassamento" spiegò il Buon Dio. "Questa lacrima è la sua unica valvola di sicurezza!"

Convocazioni del Consiglio Direttivo

19° CONVOCAZIONE: 13 gennaio 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Fanin Filippo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola. ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Ramon Nadia, Simonetto Monica. O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (7 iscrizioni, 11 cancellazioni); 3) report del Consiglio Nazionale; 4) report dell'incontro del Coordinamento Veneto per il progetto OSS (inserimento e formazione); 5) accenno all'organizzazione della campagna informativa per il Veneto 2004; 6) discussione sulla proposta di convenzione con la Oxford scuola per lavoratori.

20° CONVOCAZIONE: 3 febbraio 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola. ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Ramon Nadia, Simonetto Monica. O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (3 iscrizioni, 2 cancellazioni); 3) organizzazione del servizio di segreteria durante i convegni e corsi; 4) discussione sulla proposta di convenzione con una agenzia pubblicitaria per la campagna informativa; interventi nelle scuole; 5) discussione di alcuni problemi legati all'assistenza infermieristica segnalati da infermieri di una casa di riposo; 6) discussione sull'intervento del Collegio in una controversia tra infermiere e istituzione di una casa di cura privata.

21° CONVOCAZIONE: 23 febbraio 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Bottega Andrea, Cecchetto Roberto, Fanin Filippo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola. ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Segretaria Dal Degan Sonia, Bortoli Romina, Cariolato Massimo, Ramon Nadia, Simonetto Monica. O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (7 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) presentazione, discussione e votazione del bilancio consuntivo del 2003 4) si prendono in esame una segnalazione di sparizione di sei infermiere impiegate presso una Cooperativa, una lettera di alcuni infermieri dell'U.O. di Malattie Infettive dell'Ospedale Civile di Vicenza che segnalano malcontento, la nascita di una nuova associazione infermieristica SIN (Società infermieristica di Nursing).

22° CONVOCAZIONE: 2 marzo 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga,

Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Sarzo Paola. ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Bortoli Romina, Fanin Filippo, Simonetto Monica. O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (1 cancellazione); 3) presentazione, discussione e votazione del bilancio preventivo per il 2004; 4) discussione della richiesta di una infermiera straniera non comunitaria di copia del verbale di superamento dell'esame; 5) discussione della proposta di attivare un conto corrente postale per le pre-iscrizione ai corsi di formazione; 6) si organizza la giornata dedicata all'Assemblea Annuale 2004; 7) si prende in esame una lettera inviata al collegio da alcuni infermieri dell'U.O. della Radiologia dell'Ospedale Civile di Vicenza.

23° CONVOCAZIONE: 30 marzo 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Cecchetto Roberto, Gomitolo Olga, Simonetto Monica. ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Bortoli Romina, Fanin Filippo, Pegoraro Federico, Ramon Nadia, Sarzo Paola. O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (9 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) si da lettura del verbale dell'Assemblea Annuale del 13/3/04; 4) segnalazione di accettazione della proposta del Collegio di Vicenza per la Campagna informativa 2004; 5) si discute e si mette ai voti l'autorizzazione alla costituzione in qualità di parte civile del Collegio IPASVI di Vicenza nel procedimento penale in corso nei confronti di due Cooperative; 6) si prende in esame la richiesta di intervento da parte del Collegio in un incontro tra infermiera e dirigenza di una casa di riposo per risolvere problematiche legate all'attività di assistenza infermieristica; 7) si segnala l'avvenuto incontro del Presidente del Collegio con i funzionari del NAS per alcuni chiarimenti riguardanti la normativa vigente per l'esercizio della professione in Italia.

24° CONVOCAZIONE: 20 aprile 2004

PRESENTI I SIGNORI: Presidente Fanchin Gianmaria, Tesoriera Pernechele Maria Teresa, Segretaria Dal Degan Sonia, Bottega Andrea, Cariolato Massimo, Gomitolo Olga, Pegoraro Federico, Sarzo Paola, Simonetto Monica. ASSENTI GIUSTIFICATI I SIGNORI: Vicepresidente Pagiusco Gaetana, Cecchetto Roberto, Bortoli Romina, Fanin Filippo, Ramon Nadia. O.D.G.: 1) lettura e approvazione del verbale del consiglio precedente; 2) movimento degli iscritti (8 iscrizioni, 1 cancellazione); 3) organizzazione della giornata internazionale degli infermieri; 4) programmazione degli eventi formativi per il secondo semestre 2004; 5) relazione dei consiglieri che hanno partecipato all'incontro con il Direttore dell'Istituto Salvi; 6) si discute se accogliere la richiesta di supporto da parte di un iscritto alla Cassa di Previdenza; 7) si decide quale dovrà essere la scadenza entro la quale un iscritto può chiedere la cancellazione dall'albo per cessata attività senza dover pagare la quota dell'anno di cancellazione.

Il Sole **24 ORE**

di Paolo Del Bufalo,
articolo tratto da "Il Sole 24 ore"
del 23 aprile 2004

Professioni: avanza al Senato l'iter del Ddl che crea gli Ordini

Professioni sanitarie: sono in dirittura d'arrivo sei nuovi Ordini professionali. La commissione Igiene e Sanità del Senato ha licenziato ieri all'unanimità per l'aula il testo modificato del Ddl n. 1928 (firmatario l'azzurro Antonio Tomassini) che ne prevede l'istituzione. Disegno di legge preso come testo base, a cui è stato affiancato il n. 2159 (firmatario Monica Bettoni, Ds-U).

Le novità riguardano anzitutto i 150mila operatori delle 17 professioni sanitarie che oggi non hanno albi o collegi: dietista, educatore professionale, fisioterapista, igienista dentale, logopedista, ortottista, podologo, tecnico audiometrista, audioprotesista, della fisiopatologia cardiocircolatoria, di laboratorio, di neurofisiopatologia, ortopedico, della prevenzione, terapeuta neuropsichiatrico dell'età evolutiva e terapeuta occupazionale.

Ma direttamente coinvolti sono anche gli altri 356mila operatori (infermieri, ostetriche, tecnici di radiologia medica e assistenti sanitari) che vedranno trasformati gli attuali Collegi in Federazioni degli Ordini, facendo salve, nei singoli albi che li compongono, le professionalità di ogni profilo.



Informazioni di Segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio la segreteria amministrativa potrà fornirvi tutte le informazioni che le chiederete in merito a:

- ❖ Adempimenti necessari per l'iscrizione, la cancellazione o il trasferimento da/per un altro Collegio
- ❖ Qual è il consigliere più indicato a dare una risposta veloce ed esauriente ai vostri quesiti/problemi
- ❖ Quando potete consultare la biblioteca del Collegio

Inoltre con una semplice telefonata, fax o e-mail potete aggiornare il vostro indirizzo e gli altri dati contenuti nell'archivio dell'Albo Professionale (titoli di studio, sede di lavoro, ecc)

Per quanto riguarda i certificati di iscrizione all'Albo Professionale, si ricorda che gli enti pubblici sono obbligati ad accettare l'autocertificazione.

Per quei casi in cui si renda necessario il certificato di iscrizione, lo si può richiedere direttamente e gratuitamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta (in questo caso è necessario allegare un francobollo o una busta pre-affrancata per il ritorno).

Orario di Apertura al Pubblico

martedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00
mercoledì	dalle ore 10.00 alle ore 12.00
giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Sportello Libera Professione

su appuntamento, da concordare con la segreteria

Biblioteca

È possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

Collegio IPASVI di Vicenza

v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza
tel./fax: 0444 30 33 13

e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Il tutto, con buona pace dell'Antitrust che più volte ha esortato a non costituire nuovi Ordini. Dalla pronuncia erano stati esclusi medici, odontoiatri ecc. per la peculiarità del loro lavoro che richiede il massimo controllo deontologico. E l'eccezione è stata considerata valida "d'ufficio" anche per le professioni sanitarie nel momento in cui hanno tagliato il traguardo della laurea.

Il provvedimento richiama il rispetto dei diversi iter formativi delle singole professioni e definisce la denominazione di «Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri professionali e delle vigilatrici d'infanzia» e di «Federazione nazionale degli ordini delle ostetriche» che cambiano nome ai rispettivi Collegi. Entrambi le Federazioni hanno mano libera, se vogliono, di unificarsi, lasciando distinte le professionalità in albi separati.

Per i nuovi albi e ordini si dà mandato invece a uno o più decreti legislativi del Governo (in analogia con quanto scritto nello schema di Ddl preparato dal Governo per il restyling del settore, si veda «Il Sole-24 Ore» del 10 aprile) che dovranno essere definiti entro sei mesi dall'entrata in vigore della nuova legge. E dovranno istituire per tutte le professioni della riabilitazione un ordine specifico con albi separati per le varie professionalità e fare altrettanto per le professioni dell'area tecnico-diagnostica-assistenziale.

Anche la neonata «Federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica» - professione che già aveva l'albo - potrà decidere se accorparsi o meno alla Federazione degli ordini nata in quest'area.

Altro raggruppamento ordinistico sarà quello delle professioni della prevenzione, in cui rientrano anche gli assistenti sanitari.

Ordini in più potranno essere previsti - con modalità da definire - per le professioni della riabilitazione e per quelle della prevenzione che abbiano albi con più di 20mila iscritti. E sempre ai Dlgs spetterà il compito di definire per queste professioni le attività che potranno essere esercitate dai professionisti con l'iscrizione all'ordine e quelle più particolari che invece sono riservate solo agli iscritti dei singoli albi. E di conseguenza, si dovranno individuare i titoli che consentono l'adesione agli albi stessi.

Naturalmente, specifica il testo, dalla creazione degli ordini non dovranno derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.



L'assistenza infermieristica di qualità nelle strutture sanitarie extraospedaliere

Sede e Data del corso:

Arzignano (VI) - Teatro Mattarello - 19 giugno 2004

Destinatari:

infermieri (max 300 partecipanti)

E.C.M.:

accreditamento in corso

Obiettivi:

- ✓ Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in materia di assistenza infermieristica territoriale, e più nello specifico nell'assistenza nelle strutture extraospedaliere.
- ✓ Valutare l'introduzione e l'attuazione di protocolli, procedure e linee guida nella pratica professionale per la "best practice".
- ✓ Riconoscere nello specifico professionale infermieristico le competenze tecniche necessarie.
- ✓ Ricercare nei modelli formativi attuali i percorsi più idonei.
- ✓ Comprendere ed interiorizzare i principi etici del professionista infermiere in funzione del Codice Deontologico

Relatori:

- ✓ **Fabrizio Tallarita:** Presidente della Società Italiana di Nursing, consulente tecnico e webmaster della FNC IPASVI
- ✓ **Francesco Falli:** Presidente del Collegio IPASVI di La Spezia, capo Dip. Area Critica dell'ASL 5 di La Spezia
- ✓ **Gianluca Ottomanelli:** Responsabile del Servizio Infermieristico della R.S.A. "Sabbadini" di Sarzana (SP)

Programma:

- 8.30 Registrazione partecipanti
- 9.00 Presentazione del corso e del progetto formativo
- 9.15 Il valore del protocollo nelle strutture sanitarie extra-ospedaliere: aspetti giuridici ed assistenziali. *Francesco Falli*
- 10.15 Descrizione dei principali protocolli assistenziali legati all'infermieristica. *Gianluca Ottomanelli*
- 11.30 Coffee break
- 11.45 L'importanza della raccolta e dell'elaborazione dei dati assistenziali nell'infermieristica: modelli di Best Practice applicabili nelle RSA. *Fabrizio Tallarita*
- 13.00 Pausa pranzo (compreso nella quota d'iscrizione)
- 14.00 L'identità dell'assistito: viaggio nei bisogni assistenziali degli ospiti delle strutture extraospedaliere. *Francesco Falli - Gianluca Ottomanelli*
- 15.30 Information Technology: vantaggi assistenziali e di gestione. *Fabrizio Tallarita*
- 17.00 Tavola rotonda con i relatori e discussione sugli approcci di condivisione delle procedure assistenziali.
- 18.00 Dibattito tra pubblico e relatori
- 18.30 Elaborazione del questionario di valutazione da parte dei partecipanti all'evento e verifica dell'apprendimento
- 19.00 Chiusura dei lavori

Quote di partecipazione:

- ✓ iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: **10 €**
- ✓ non iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza: **30 €**

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

L'assistenza infermieristica di qualità nelle strutture sanitarie extraospedaliere

Arzignano (VI) - 19 giugno 2004

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Via

CAP e Città

Telefono

E-mail

Ente di appartenenza

Professione

iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza non iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza

Data _____

Firma _____

Ai sensi della L. 675/96, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza e la Società Italiana di Nursing al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.
ATTENZIONE! Le schede di iscrizione compilate in modo non chiaro o incompleto non verranno prese in considerazione

Invia il presente modulo (via fax o e-mail) a:

Società Italiana di Nursing ♦ fax: 0444 624070 ♦ e-mail: info@italianursing.org

oppure compila il modulo on-line all'indirizzo: www.italianursing.org