

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
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

ISSN: 1721-2456

Anno X - Numero 1
GENNAIO-APRILE 2009



EDITORIALE

*Differenziare
le competenze
per lo sviluppo
della professionalità*

A PAG. 3



SPECIALE ELEZIONI

*Il nuovo Consiglio
Consiglio Direttivo
del Collegio
IPASVI di Vicenza*

A PAG. 5



XV° CONGRESSO NAZIONALE

*Infermieri: valori,
innovazione,
progettualità
per l'assistenza
alla persona*

A PAG. 6



INCONTRI

*Assemblea annuale
degli iscritti
al Collegio IPASVI
di Vicenza*

A PAG. 8

Infermierinformati

ISSN 1721-2456

Quadrimestrale, anno X – numero 1

Direttore responsabile

Fanchin Gianmaria

Redazione

Matteo Storti, Dal Degan Sonia
c/o Collegio IPASVI di Vicenza

Responsabile editoriale

Collegio IPASVI di Vicenza
Viale Trieste 29/c – 36100 Vicenza
Tel./Fax 0444 303313
E-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

Progetto grafico

Ergon Edizioni – Vicenza - Tel. 0444 302460
info@ergonedizioni.it - www.ergonproject.it

Stampa

Grafiche Simonato Snc - Fara Vic.no (VI)

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.

Foto di copertina:

Casa Batllò (Gaudì) - Barcellona
(foto: Gianmaria Fanchin)

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 rispettando i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nomi 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 dei 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
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

Infermierinformati SOMMARIO

DIFFERENZIARE LE COMPETENZE
PER LO SVILUPPO
DELLA PROFESSIONALITÀ **3**

IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO DEL
COLLEGIO IPASVI DI VICENZA
PER IL TRIENNIO 2009-2011 **5**

INFERMIERI: VALORI, INNOVAZIONE,
PROGETTUALITÀ PER L'ASSISTENZA
ALLA PERSONA **6**

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI
AL COLLEGIO IPASVI DI VICENZA **8**

STRATEGIE EDUCATIVE PER FAVORIRE
LA COMPLIANCE AL PROGRAMMA
DI VACCINAZIONE ANTI EPATITE B

IN PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI
DETENUTI **9**

MISURARE E CONFRONTARE LE
PERFORMANCE IN CAMPO ASSISTENZIALE:
IL BENCHMARKING **12**

OPPORTUNITÀ FORMATIVE PER
L'INFERMIERE: ISTRUZIONI PER L'USO **15**

ASSICURAZIONE PER RISCHIO
PROFESSIONALE **17**

CURA COME COMPrensIONE. EMOZIONI
E MALATTIE, MALATTIE ED EMOZIONI. **18**

E-LEARNING TRA ECM E INNOVAZIONE. **23**

MODULO ISCRIZIONE ATTIVITÀ **24**

Differenziare le competenze per lo sviluppo della professionalità

I livelli di competenza che la professione infermieristica ha raggiunto e che, quotidianamente garantisce, devono essere dimostrati, dichiarati e messi in evidenza. Tutto questo è necessario per consolidare e validare la posizione ed il ruolo che la professione infermieristica ha all'interno del sistema sanitario e di cui è parte necessaria ed integrante. Definire i risultati di un servizio è molto complesso in quanto nell'erogazione degli interventi, volti al loro raggiungimento, sono coinvolti molti operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc.).

Per gli infermieri avere difficoltà a misurare l'efficacia di quanto svolgono o di quanto sono in grado di influenzare l'esito del paziente è un vuoto importante di conoscenze.

Tutto questo rappresenta per l'infermieristica, non solo italiana, l'esigenza di definire un set di esiti globalmente accettato ed espresso in un linguaggio omogeneo e misurabile.

Disporre di questi set consentirebbe di documentare i cambiamenti dello stato dei pazienti:

- Progettando strumenti di documentazione dell'assistenza,
- Focalizzando la preparazione degli studenti infermieri sugli esiti clinici che l'infermieristica è in grado di influenzare,
- Definendo le risorse necessarie per attuare l'assistenza.

Spetta agli infermieri svolgere una funzione di sorveglianza sulle lesioni da decubito, le infezioni del tratto urinario, delle vie respiratorie, delle ferite chirurgiche, le cadute dal letto, gli errori nella somministrazione dei farmaci.

Ma siamo in grado di fare tutto questo?

Se questo impegno caratterizza oggi l'essere infermiere e altrettanto importante che come conseguenza di un sistema che si evolve e richiede l'impiego di professionalità, si creino nuove opportunità e una distinzione chiara dei ruoli tra infermieri e altre figure professionali della sanità.

L'evoluzione legislativa dalla legge 42/99 in poi, ha rappresentato per la professione infermieristica un evento storico in quanto ha riconosciuto lo status di professionisti dotati di propria autonomia, di formazione universitaria, con progressione di carriera (orizzontale e verticale), ma è necessaria una più precisa divisione di responsabilità con accesso a ruoli di:

- Dirigenti di struttura,
- di Professori in Nursing con l'assegnazione di cattedre di ruolo nelle università,
- di Infermieri Coordinatori
- di infermieri Specialisti nella clinica.

Questo per preparare infermieri ad assumere diversificate funzioni nella consapevolezza che determinate capacità professionali, richiedono percorsi di formazione specifici quali Master di 1° livello in Nursing Clinico (geriatrico, oncologico, psichiatrico, area critica, ...) per sviluppare competenze infermieristiche avanzate e specifiche in tali aree.

A distanza di anni da questa norma, nella quotidianità del lavoro negli ospedali, nei dipartimenti e nei distretti si sente sempre più forte l'esigenza di delineare una diversa organizzazione del lavoro.

Riorganizzazione dove la professione è

parte attiva ed assume un ruolo determinante nella ricomposizione del rapporto con le altre professioni, medici compresi, adeguato alla nuova evoluzione formativa-professionale, come già realizzato in molti Stati Europei ed extra Europei.

Ora è indispensabile che a tutti i professionisti che hanno contribuito a garantire con il loro lavoro quotidiano, qualità e valore all'assistenza prestata, in termini di capacità di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, sia riconosciuto e certificato il livello di competenza raggiunto.

Il dibattito sulla competenza infermieristica avanzata e sulla consulenza in Italia è molto recente e probabilmente sarà necessario ancora del tempo affinché all'interno delle organizzazioni sanitarie si riesca a riconoscere le competenze avanzate, acquisite attraverso i percorsi di formazione post base e l'esperienza specialistica.

A tutt'oggi in Italia, l'esercizio della professione infermieristica è articolato su tre livelli:

- il 1° livello della pratica **Clinica**,
- il 2° livello delle funzioni di **Coordinamento**
- il 3° livello della **Direzione**.

Sul 1° livello si sta iniziando a discutere su quale posizione far assumere all'infermiere con Master clinico, un infermiere che deve gestire risorse per assicurare l'assistenza al suo gruppo di pazienti.

Secondo la proposta dell'OMS¹ **l'infermiere con master clinico deve:**

- Sviluppare modelli assistenziali centrati sul paziente;
- Definire il piano assistenziale - edu-

cativo e di continuità per il paziente preso in carico e prescrivere gli interventi agli altri componenti.

- Agire da leader nella gestione clinica dei pazienti.
- Sviluppare programmi di miglioramento della pratica clinica.
- Progettare e seguire l'applicazione di strumenti informativi e di pianificazione innovativi
- Offrire supervisione e consulenza in situazioni assistenziali complesse.

Esperienze in Italia

Esistono alcune realtà in Italia dove si sta cominciando a valorizzare le competenze degli infermieri, attraverso il riconoscimento di specifiche funzioni.

Il 19 settembre scorso, durante il convegno promosso dal Collegio IPASVI di Vicenza **"L'evoluzione professionale attraverso nuovi modelli organizzativi"**, vi è stata l'occasione per un confronto con i colleghi dell'Istituto Humanitas di Milano che stanno mettendo in atto un nuovo modello organizzativo dove è prevista, accanto alla figura dell'infermiere Coordinatore, la figura di **Infermiere "referente clinico"**.

Le finalità e compiti principali dell'infermiere referente clinico, denominato **RESPONSABILE AREA ASSISTENZIALE (RAA)**, sono la gestione delle risorse umane e materiali assegnate, la pianificazione ed il controllo dei processi di attività che garantiscono un'assistenza continua e integrata, secondo criteri di qualità e di efficienza, la responsabilità sugli obiettivi assegnati all'Area di competenza, attraverso la valutazione ed il monitoraggio di indicatori specifici per:

1. Assicurare **l'integrazione dell'attività infermieristica con quella clinica**, verificando che le prestazioni assistenziali concorrano efficacemente alla realizzazione del piano di cura e identificando idonee modalità di lavoro multiprofessionali (es. partecipa alla visita medica, al briefing, alle riunioni cliniche e alla discussione dei casi,...);
2. **Supervisionare il lavoro del personale assistenziale** e fornire supporto competente ai colleghi in situazioni critiche di assistenza;
3. Partecipare al **processo di accoglimento/inserimento del personale assistenziale neoassunto/neoinseri-**

to secondo quanto previsto dalle politiche istituzionali e le indicazioni operative della Direzione Infermieristica;

4. **Presidiare** il processo di **gestione dei pazienti dall'accettazione alla dimissione** (movimento, input al sistema, documentazione, programmazione esami, dimissioni, contatti con servizi esterni, relazioni con paziente e famigliari, ecc);
5. Partecipare al processo di **valutazione del personale** in relazione ai criteri definiti dalle politiche istituzionali e dalle indicazioni date dalla direzione dei servizi assistenziali.

Come si evince dalle attività sovradescritte, il RAA è una figura di **infermiere clinico specialista** che, in quanto tale, è in grado di valutare la qualità dell'assistenza erogata e i risultati raggiunti dal servizio (attraverso il monitoraggio costante di indicatori specifici). Questo modo rende possibile la misurazione dell'**efficacia degli interventi infermieristici**.

Tuttavia nelle nostre realtà, pur non con un ruolo così articolato, esistono già figure di infermieri specialisti clinici ai quali ci rivolgiamo per avere delle indicazioni su come assistere i pazienti con problemi specifici.

Infermieri specializzati, in possesso di specifici master clinici, per gestire i pazienti o situazioni particolari:

- stomie (ileo - colon)
- accessi venosi centrali (totalmente impiantabili o tunnelizzati esterni)
- accessi venosi centrali ad inserimento periferico (PICC);
- lesioni da decubito a diversi stadi

- infezioni ospedaliere....
ecc....

Livelli di competenza, dimostrati e messi in evidenza, che questi infermieri hanno raggiunto e che quotidianamente garantiscono, ma ancora non formalmente riconosciuti.

Tuttavia l'organizzazione della sanità, sia a livello nazionale che internazionale, è soggetta a un rapido processo di trasformazione e nelle politiche sanitarie dei paesi si fa sempre più largo il concetto di salute promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità² (OMS), intesa come bene collettivo da sostenere con **forme di interventi globali** mirati a incidere in modo determinante sugli stili di vita.

La conseguenza di tali indicazioni e la spinta dell'EBN (Evidence Based Nursing) che ha determinato un grande cambiamento nella pratica clinica, si traduce in una maggiore attenzione, da parte dei sistemi sanitari, verso quelle problematiche ormai da tempo emergenti.

Un percorso non privo di difficoltà ma necessario per differenziare le competenze e valorizzare la professionalità dell'infermiere, per poter rispondere sempre meglio alle attese del cittadino nei confronti dei servizi sanitari, facendo tesoro delle esperienze.

Note all'articolo

1. WHO Regional Office for Europe. WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education, Guidelines for Member States in the implementation of the strategy, 2001.
2. ibidem



Foto di Carlo Preato

SPECIALE ELEZIONI

Il nuovo Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Vicenza per il triennio 2009-2011

Nei giorni 13, 14 e 15 dicembre scorsi si sono tenute le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti del Collegio IPASVI di Vicenza per il triennio 2009 - 2011.

Con il diritto di voto gli infermieri appartenenti al Collegio provinciale hanno espresso la loro volontà che ha consentito, dopo lo spoglio delle schede elettorali, di individuare i quindici (15) infermieri chiamati a rappresentare l'organo di rappresentanza professionale.

Nel corso della primo Consiglio Direttivo, tenutosi lunedì 22 dicembre 2008, dopo che tutti i 15 convocati hanno sottoscritto l'accettazione all'incarico, si è proceduto a definire enominare, come previsto dal regolamento, le figure istituzionali di presidente, vicepresidente, tesoriere e segretario.

A seguito dello scrutinio il nuovo Direttivo all'unanimità risulta così definito:

Presidente - Gianmaria Fanchin
(4° mandato), Laurea Magistrale (2° livello) in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Coordinatore Infermieristico Dipartimento di Oncologia Medica ULSS 6 Vicenza

Vicepresidente - Federico Pegoraro
(3° mandato) Master in Coordinamento, Tutor del Master per Coordinamento ULSS 5 Arzignano;

Tesoriere - Sonia Dal Degan
(4° mandato), Master in Coordinamento, Coordinatore Infermieristico Servizio Centrale di sterilizzazione ULSS 6 Vicenza;

Segretaria - Olga Gomitolo
(3° mandato), Infermiera Centro Immuno trasfusionale ULSS 6 Vicenza;

Consigliere - Loretta Bertozzo
(3° mandato) Master in Tecniche Formative, Tutor corso per Operatori sociosanitari ULSS 6 Vicenza;

Consigliere - Gaetana Pagiusco
(4° mandato) Coordinatore Infermieristico, Ufficio Infermieristico ULSS 6 Vicenza;

Consigliere - Sonia Capozzo
(3° mandato) Laurea in Infermieristica (1° livello), Infermiera DH Urologico ULSS 3 Bassano del Grappa;

Consigliere - Barbara Pozza
(3° mandato) Laurea in infermieristica (1° livello), ULSS 5 Arzignano;

Consigliere - Valeria Rossetto
(2° mandato), Laurea in Infermieristica (1° livello), U.O. Chirurgia Generale ULSS 6 Vicenza;

Consigliere - Paola Sarzo
(4° mandato), Infermiera IPAB Istituto Salvi, Vicenza;

Consigliere - Luca Franzè
(1° mandato) Laurea in Infermieristica (1° livello), U.O. Neurologia ULSS 6 Vicenza;

Consigliere - Matteo Storti
(1° mandato) Laurea in Infermieristica, formatore EBN, Casa di riposo Valdagno, collaboratore Centri Sudi EBN;

Consigliere - Simone Maccà
(1° mandato) Laurea in Infermieristica (1° livello), U.O. Psichiatria ULSS 6 Vicenza

Consigliere - Fabio Vicariotto (1° mandato) Infermiera e Laurea in Scienze Politiche, Coordinatore Infermieristico U.O. Pronto Soccorso ULSS 6 Vicenza;

Consigliere - Matteo Zarpellon
(1° mandato), Laurea in infermieristica (1° livello) e Master in Coordinamento, Infermiere U.O. Chirurgia Generale ULSS 3 Bassano del Grappa.

Risultano eletti per il **Consiglio dei Revisori dei Conti:**

Effettivi

Donà Luigi

Coordinatore Gruppo Operatorio ULSS 6 Vicenza;

Dal Cengio Giampietro

Infermiere SUEM 118 ULSS 6 Vicenza

Bortolamei Bruna

Coordinatore Infermieristico U.O. Chirurgia Plastica ULSS 6 Vicenza;

Supplente

Artuso Luciana

Coordinatore Infermieristico U.O. Chirurgia Generale ULSS 6 Vicenza;

La nuova squadra, passate le festività natalizie, inizierà a lavorare per definire le linee di programma per il triennio, volgendo grande attenzione allo scenario attuale per orientarsi al futuro, con gli infermieri sempre più protagonisti del mondo sanitario.

Crediamo nel confronto e invitiamo tutti i colleghi appartenenti al Collegio IPASVI di Vicenza di contribuire con idee e proposte allo scopo di definire le mete da raggiungere.

Per suggerimenti o proposte inviare mail al seguente indirizzo

www.vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it specificando in oggetto: linee di programma 2009 - 2011.

XV° CONGRESSO NAZIONALE IPSAVI

Infermieri: valori, innovazione, progettualità per l'assistenza alla persona

*L'appuntamento è per il 26-28 febbraio 2009 a Firenze
Il Collegio Ipasvi di Vicenza mette a disposizione 50 posti*

Un'occasione per i 320.000 infermieri Italiani di confrontarsi, di ritrovarsi in un sistema professionale che fonda il proprio operato sui valori fondamentali, tra i quali il rispetto dei **diritti dell'uomo** e la tutela della **Salute**, come bene fondamentale dell'individuo.

Una premessa su cui costruire progetti di sviluppo e di innovazione per una sanità in grado di mettere al centro il cittadino e i suoi bisogni di assistenza infermieristica.

Un'occasione per avere chiari gli obiettivi, per rinsaldare i rapporti professionali, per riportare a lustro le motivazioni, per considerare la situazione politico/istituzionale partendo dalle problematiche professionali, i rapporti con le Istituzione, le Università, le Aziende Sanitarie.

Non solo, il congresso sarà l'occasione per molti colleghi infermieri di mettere in evidenza aspetti specifici della professione, presentando esperienze di sviluppo professionale negli ambiti della clinica, della ricerca, dell'organizzazione e della formazione.

La parola agli infermieri quindi, per dar voce all'esperienza, per renderla visibile, per riconoscerla, per poterla diffondere e implementare nelle nostre realtà.

Non possiamo mancare a questa importante occasione

Per tale motivo il Collegio IPASVI di Vicenza mette a disposizione 50 iscrizioni gratuite per il Congresso Nazionale.

Per beneficiare dell'iniziativa è sufficiente telefonare

COME ISCRIVERSI AL XV° CONGRESSO NAZIONALE A FIRENZE

1. A partire da gennaio 2009 sono aperte le iscrizioni.
2. Telefonare o inviare mail (vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it) e dare il proprio nome e cognome.

ATTENZIONE

Per motivi organizzativi saranno accettate le prime 50 domande pervenute. Dopo l'iscrizione se per motivati problemi siete impossibilitati a presenziare al congresso, siete pregati di comunicarlo immediatamente alla segreteria del collegio di Vicenza. Questo consentirà di inserire un nuovo nominativo nella lista.



XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI

FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO 26-28 FEBBRAIO 2009

Infermieri:

valori, innovazione e progettualità
per l'assistenza della persona

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Codice deontologico dell'infermiere (prima revisione, marzo 2008)

PROGRAMMA PROVVISORIO

Giovedì 26 febbraio

10.00 Registrazione dei partecipanti

14.30 Apertura del Congresso
Saluti delle Autorità

RELAZIONE INTRODUTTIVA

Infermieri: valori, innovazione e progettualità per
l'assistenza alla persona

Annalisa Silvestro

PRIMA SESSIONE

**Gli infermieri per l'equità e la sostenibilità del
sistema salute**

TAVOLA ROTONDA

Il Comitato centrale Ipasvi si confronta con i rappre-
sentanti del Governo centrale, delle Regioni, delle
Aziende, delle organizzazioni dei cittadini, economisti
e giuslavoristi

18.00 Chiusura dei lavori

Venerdì 27 febbraio

SECONDA SESSIONE

**Innovazione ed esperienze di buona pratica
infermieristica**

09.00 Relazioni

Presentazione di una selezione dei contributi propo-
sti alla Federazione da infermieri che operano nella
clinica, nella formazione e nell'organizzazione

13.00 Pausa pranzo

14.30 Ripresa relazioni

TERZA SESSIONE

Il nuovo Codice deontologico dell'infermiere

15.40 Presentazione a cura del Comitato
Centrale Ipasvi
Presiede Annalisa Silvestro

17.30 Chiusura dei lavori

Sabato 28 febbraio

QUARTA SESSIONE

**Progetti, sperimentazioni e ricerche della Federazione
Ipasvi per l'innovazione infermieristica**

09.00 Relazioni

- Un percorso per la declinazione strategica della funzione dirigenziale infermieristica
- La complessità assistenziale e la determinazione del fabbisogno di infermieri e operatori socio-sanitari
- La collettività infermieristica e l'infermiere per la declinazione della responsabilità professionale
- Le Scuole di dottorato per l'evoluzione e l'innovazione della clinica infermieristica
- Lo sviluppo del sistema professionale di previdenza

QUINTA SESSIONE

Gli infermieri per lo sviluppo del sistema Paese

11.30 TAVOLA ROTONDA

Il Comitato centrale Ipasvi si confronta con i rap-
presentanti del Governo centrale, delle Regioni,
dell'Università e del mondo del lavoro

13.30 Mozione conclusiva
e chiusura del Congresso

Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza

Venerdì 27 marzo 2009

*Aula magna centro formazione sanitaria
Contrà S. Bortolo - Vicenza*

Dalle ore 14,00 alle 17,00

• • • Argomenti trattati • • •

- 1. Presentazione dei componenti del nuovo consiglio direttivo**
- 2. Presentazione delle attività realizzate nel corso del 2008**
- 3. Presentazione delle linee programmatiche per il 2009 – 2011 e i referenti delle varie commissioni**
- 4. Approvazione del bilancio consuntivo e preventivo**
- 5. II° edizione Concorso "A spasso con TESI**

Premiazione delle tesi di laurea in ambito infermieristico

- **Laurea specialistica di 2° livello**
- **Master**
- **Laurea di 1° livello**

Strategie educative per favorire la compliance al programma di Vaccinazione anti Epatite B in pazienti tossicodipendenti detenuti¹

La tossicodipendenza è un disordine progressivo, cronico, recidivante. Il comportamento di assunzione che porta alla dipendenza è sostenuto da uno stato che viene definito di vulnerabilità che a sua volta viene condizionato da vari fattori in ambito biologico, socio-ambientale e psichico.

Il rischio di dipendenza viene sostenuto da tre cluster primari di fattori che interagiscono e coesistono:

- l'individuo e le sue caratteristiche (congenite ed acquisite) che lo rendono più o meno vulnerabile,
- le caratteristiche ambientali (più o meno stressanti, incentivanti l'uso, disponibilità di droghe),
- le caratteristiche farmacologiche della sostanza che può risultare più o meno leganti.

Gli obiettivi dei trattamenti volgono a ridurre o sospendere l'uso di sostanze stupefacenti, migliorare la qualità della vita del paziente, ridurre o annullare il rischio di patologie correlate e comunque curarle in caso di insorgenza.

Gli interventi di educazione sanitaria mirata e di prevenzione delle patologie correlate, sono un utile strumento terapeutico che facilita la permanenza in trattamenti e riduce significativamente i comportamenti a rischio. Tali interventi si riferiscono alla promozione globale della persona e devono essere necessariamente integrati in un processo di educazione alla salute.

L'educazione alla salute comprende la creazione deliberata di possibilità di apprendimento grazie ad una forma di co-

municazione che mira a migliorare le competenze in materia della salute, che comprende il miglioramento delle conoscenze e la trasmissione di attitudini utili nella vita, che favoriscono la salute degli individui e della comunità.

Quindi non solamente la comunicazione di informazioni, ma anche lo sviluppo della motivazione, delle competenze e la fiducia in se stessi, necessarie per agire in vista di un miglioramento del proprio benessere.

Per educare (il detenuto) è necessario:

- fornire conoscenze (sapere)
- aiutarlo a compiere azioni corrette per la sua salute (saper fare)
- sviluppare delle competenze, degli atteggiamenti giusti, una volontà di cambiare (saper essere)

Rientra nella responsabilità infermieristica nei confronti di ogni paziente il compito di educare i pazienti sulla loro malattia, i trattamenti, la promozione della salute e le attività di auto-cura² (25). Il ruolo dell'infermiere è in primo luogo quello di favorire la motivazione al cambiamento e nello stesso tempo quello di facilitare il processo di apprendimento.

Per fare questo è necessario che la relazione educativa sia centrata su una reale identificazione dei bisogni dell'utente e presupponga la presa in carico globale della persona visto come la fenomenologia generale della tossicodipendenza evidenzia problemi di natura medica, psicologica e sociale.

L'abilità professionale pone le condizioni per trasformare un'iniziale richiesta di

"aiuto" in una domanda più strutturata di relazione e di attuazione di un trattamento³ (26).

L'uso del colloquio motivazionale nell'ambito dell'educazione alla salute e negli interventi per le dipendenze da sostanze

Il successo del colloquio motivazionale, elaborato simmetricamente negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, è confermato dalla sua crescente e rapida diffusione in tutti e cinque i continenti e dalla dimostrazione che è possibile applicarlo nell'ambito dell'educazione alla salute e ai diversi comportamenti a rischio. Le ragioni della diffusione hanno a che vedere con la sua utilità pratica e la sua semplicità di applicazione. Le sue fondamenta sono nate da esigenze pratiche emerse a livello clinico, il suo successo suggerisce l'avvenuto controllo di efficacia.

Il colloquio motivazionale è la metodologia, definita da Rollnick e Miller nel 1991, per aiutare le persone a riconoscere i loro problemi, attuali o potenziali, legati alla persistenza di un comportamento disadattivo e a mettere in atto, conseguentemente, le strategie necessarie per modificare tale comportamento. Il colloquio motivazionale vuole aiutare i pazienti a superare le ambivalenze ("voglio, ma non voglio") e ad indirizzarli sulla via del cambiamento. È uno stile di counselling che si attua tramite un approccio cliente-centrico, il cui scopo non è quello di convincere la persona a fare qualcosa, ma quello di aiutarla ad automotivarsi.

Il counselling è un processo di dialogo e di interazione attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a prendere delle decisioni e ad agire di conseguenza.

In questo tipo di colloquio non si educa il paziente, non ci si confronta con lui, non gli si dice cosa deve fare, ma ci si concentra su cosa lui vuole fare per se stesso, lavorando su quello che lui crede essere il suo problema. Le strategie del colloquio motivazionale sono diverse e di tipo persuasivo, basate più sul supporto che sulla discussione per convincere. È risultato essere vantaggioso in quei casi in cui il paziente presenti difficoltà nel riconoscere la gravità del problema, e con pazienti poco motivati al trattamento e difficili da ingaggiare tramite le terapie tradizionali.

Uno dei vantaggi di questa metodologia è l'adattabilità; infatti può essere utilizzata in ogni colloquio con pazienti che hanno problemi di dipendenza ed assume importanza anche in quegli incontri in cui l'operatore e il paziente discutono su qualche cambiamento del comportamento⁴ (27).

L'esperienza un team medico infermieristico nella Casa Circondariale di Vicenza

Dall'anno 2003, presso la Casa Circondariale di Vicenza, un team stabile medico/infermieristico Ser.T., avvalendosi della collaborazione di una assistente sanitaria, si occupa dello screening sistematico per HIV, HBV e HCV e dell'esecuzione, laddove accettata e possibile, della vaccinazione per HBV, e, in alcuni casi, del proseguimento della vaccinazione iniziata in libertà.

Il bacino di utenza è rappresentato da soggetti tossicodipendenti, abusatori o consumatori di sostanze, che mai si sono presentati presso un Ser.T. o che frequentano i servizi per le dipendenze in maniera così sporadica e saltuaria da non permettere la conoscenza della loro reale condizione infettivologica. Per il 51% dei soggetti la sostanza maggiormente utilizzata è la cocaina, per il 43% eroina e il 6% cannabis. I soggetti in carcere in trattamento per uso problematico di cannabis hanno un'età media più bassa (30 anni) rispetto ai cocainomani (34 anni) e agli eroinomani (35 anni). Il 60% dei soggetti che vengono seguiti in carcere per abuso di sostanze è un poliutilizzatore.

Dei 435 utenti sottoposti a screening per HBV nel periodo 2003/2006, circa il 32% risulta essere di nazionalità stra-

niera (in particolar modo magrebina), prevalentemente si ha un'età compresa tra i 26 e i 41 anni.

Nel quadriennio sono risultati vaccinabili (HBs Ag negativo, Anti HBc negativo) 176 soggetti con età compresa tra i 18 e i 53 anni, dei quali 99 italiani e 77 stranieri (Grafico II).

Nella rilevazione effettuata nell'Agosto 2007, risultano essere 39 i programmi vaccinali conclusi (fanno fede un titolo anticorpale immunizzante testato dopo un mese dalla somministrazione della terza dose di vaccino o non responder o low responder alla quarta dose); 9 sono i soggetti che hanno effettuato la terza dose, ma dei quali non si conosce il titolo anticorpale; 41 sono le vaccinazioni sospese alla seconda dose (di questi 18 interessano utenti italiani e 23 stranieri); 22 sono le vaccinazioni sospese alla prima dose (10 di utenti italiani e 12 di utenti stranieri). In totale le vaccinazioni iniziate risultano essere 111 (Grafico III).

Dai dati emersi risulta essere presente un'adesione del 63%, rispetto al pro-

gramma vaccinale, dovuto sia al timore espresso dall'utenza di contrarre delle patologie infettive dovute alla vita in comunità carcere, sia da un primo intervento infermieristico di counselling informativo generale, effettuato prima del prelievo ematico di screening.

Obiettivo di questo primo intervento di counselling è di fornire una corretta informazione generale sull'HBV, HCV e HIV (55).

Si tratta di fornire conoscenze scientifiche sulle tematiche dell'infezione e sulle modalità di prevenzione, inclusa la possibilità di aderire ad un programma vaccinale per HBV.

Questa prima fase consente al paziente di valutare il proprio rischio di attivare quindi i primi "sistemi d'allarme" inducendolo ad accettare l'esecuzione dei test ematici di screening. Questo livello prescinde dalle problematiche specifiche dei comportamenti e dalle caratteristiche di personalità del soggetto, ma fornisce semplicemente una serie di informazioni standardizzate in ambito preventivo. A volte, a causa delle difficoltà oggettive dell'ambiente in cui si lavora,

GRAFICO II
Età vaccinabili

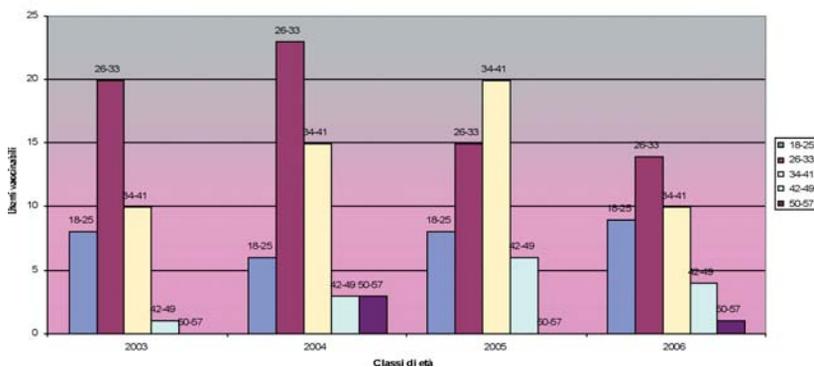
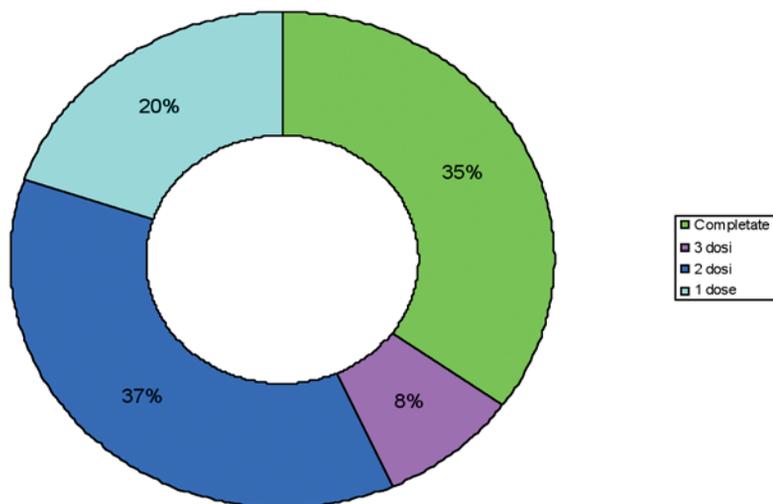


GRAFICO III. Vaccinazioni per dose somministrata (campione di 111 utenti). Periodo 2003-2006



questo livello può diventare l'unico raggiungibile.

Un secondo intervento di counselling, effettuato durante il prelievo ematico di screening, è caratterizzato da un livello informativo specifico. Consiste innanzi tutto in un'analisi dei comportamenti, delle conoscenze e delle credenze del soggetto inerenti alle infezioni ma anche, per quanto possibile, dei fattori di motivazione e di resistenza al cambiamento comportamentale.

Questo intervento si sviluppa prevedendo che il soggetto in questione possieda già una serie di opinioni, di atteggiamenti e di credenze in relazione alle infezioni, adeguate o meno, che l'operatore deve necessariamente far emergere per riuscire, qualora lo ritenga necessario, a modificarle. A questo proposito sarà utile ricordare che il linguaggio non è privo di ambiguità e che l'operatore dovrà costantemente verificare e monitorare il contenuto della comunicazione nel corso del colloquio, affinché vengano correttamente recepite le informazioni da lui trasmesse senza dare per scontati aspetti che il paziente potrebbe non considerare tali. L'operatore, a differenza dell'intervento mirato all'aumento di informazioni generali, non dovrà assumere il ruolo di semplice erogatore di informazioni, ma dovrà porsi in un'ottica di ascolto degli aspetti rilevanti posti dal paziente. Questo secondo livello d'intervento affronta pertanto un livello più specifico e, per essere adeguatamente condotto, presuppone una precedente indagine ed analisi dei comportamenti, delle conoscenze del paziente, ma soprattutto delle sue aree di resistenza al cambiamento, in modo tale da dare avvio ad un'evoluzione personale del soggetto.

Da questa esperienza è emerso che anche interventi brevi producano risultati migliori di nessun intervento, quindi più interventi assicurano migliori risultati nel tempo.

Conclusioni

Rilanciare e ripensare le strategie di prevenzione, porre la tutela della salute dei tossicodipendenti (riduzione dei rischi) come intervento ordinario di politica sanitaria, sono obiettivi principali del Ministero della Salute. Viene universalmente riconosciuta l'importanza di eseguire, laddove possibile, la vaccinazione HBV tenendo presente come una copertura anticorpale significativa si ottenga solo al completamento del ciclo vacci-

nale. La semplice vaccinazione anti-HBV non può considerarsi slegata da una strategia di prevenzione che tenga presente anche la possibilità infettiva da HCV e HIV.

Una corretta strategia di educazione alla salute centrata su uno stile di counselling di tipo motivazionale può portare, come dimostrato dagli studi, a stili di vita più salutari, una maggiore consapevolezza di sé e una maggiore aderenza ai trattamenti proposti.

In un processo educativo è evidente la correlazione tra l'aspetto relazionale e motivazionale. Relazionale in quanto comporta l'azione di altri, motivazionale in quanto si sostiene l'individuo nel partire da sé e nell'esercitare il controllo sul proprio futuro anche quando sembra compromessa la sua libertà d'azione e d'intenzione⁵ (57).

Nella maggior parte dei casi la relazione infermiere-paziente ruota attorno ad individui in difficoltà nel gestire una quotidianità complicata, a volte insostenibile.

Da considerare, come rilevato dagli studi, anche i tempi di strutturazione del colloquio motivazionale, in quanto questi sembrano avere dei risultati in una durata ben precisa nel tempo. Risulta quindi fondamentale la progettualità d'intervento dell'infermiere Ser.T. all'interno di un'equipe multidisciplinare.

Gli infermieri che per il loro lavoro di cura o di assistenza, varcano le porte di una carcere, si trovano immersi in una realtà del tutto particolare, caratterizzata da dinamiche relazionali molto complesse. Spetta loro il difficile compito di ascoltare le richieste, capire ciò che è possibile fare, proporre percorsi di sostegno⁶ (26).

I detenuti tossicodipendenti si aspettano che gli operatori Ser.T., (che intervengono da fuori e sono "estranei"), considerino più di ogni altra cosa la sofferenza che procura loro la carcerazione e li aiutino ad uscire velocemente. In questa sofferenza sono presenti forti spinte psicologiche, anche a distanza di tempo, a "ricongiungersi" con la propria sostanza stupefacente⁷ (58).

Noi infermieri portiamo dentro il carcere, insieme ai nostri codici, un registro di sapere, di saper essere e di saper fare che dovrà trovare la posizione relazionale più adatta al suo dispiegamento e al suo funzionamento.

È indispensabile che parte del nostro mondo professionale esterno ci accompagni anche dentro, perché in questo spazio noi abbiamo il sapere professio-

nale, il dovere e la responsabilità di gestire la relazione con il paziente nel tempo.

Sappiamo tutti molto bene che se si vuole ridurre la recidiva sia delinquenziale che tossicomana, occorre che il tempo trascorso in carcere non diventi un pezzo della propria vita da buttare, un tempo spercato, "ammazzato", un posto dove si organizza esclusivamente e ossessivamente il gioco della riduzione della pena o della scarcerazione. Occorre che diventi un luogo in cui la persona possa riflettere sulla propria situazione, possa iniziare a prendersi cura di sé e possa prendere seriamente decisioni sulla propria vita futura, anche se questo può riferirsi semplicemente all'adesione ad un programma di vaccinazione.

Note all'articolo

1. Zancan Sonia. Tesi di laurea, Università degli Studi di Verona, AA 2007-2008;
2. Artioli G., Montanari R., Saffiotti A. Counselling e professione infermieristica. Roma: Carocci Faber Editore, 2004.
3. Rollnick S., Mason P., Butler C. Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counselling motivazione breve. Trento: Centro Studi Erickson, 2003
4. Bandura A. Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Trento: Centro Studi Erickson, 2001.
5. Ferrario G., Camprostrini F., Polli C. Psicologia e carcere. Le misure alternative tra psicologia clinica e giuridica. Milano: Franco Angeli, 2005.
6. Rollnick S., Mason P., Butler C. Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counselling motivazione breve. Trento: Centro Studi Erickson, 2003
7. Ferrario G., Camprostrini F., Polli C. Psicologia e carcere. Le misure alternative tra psicologia clinica e giuridica. Milano: Franco Angeli, 2005.

Misurare e confrontare le performances in campo assistenziale: il benchmarking

La realtà sanitaria moderna ha assunto i tratti distintivi di uno scenario in rapida evoluzione. Questo cambiamento si configura sempre più articolato in sistemi di tipo imprenditoriale con una spinta notevole che deriva dalla necessità di sostenere le proprie posizioni durante la negoziazione del *budget* e dall'analisi delle prassi in essere per poter diventare il punto di riferimento, il cosiddetto *best in class*. Come si è già verificato nelle aziende a carattere imprenditoriale, nessuna organizzazione moderna può contare di crescere ed essere punto di riferimento per gli altri, basandosi sulla propria efficienza e sulle idee generate dai propri organi manageriali. Appare sempre più evidente che il successo in campo aziendale non può certo riferirsi ad un solo aspetto aziendale interno. Le aziende per poter progredire, necessitano di un confronto con altre realtà esterne. Questo per poter ricercare modelli evoluti di attività al fine di introdurli in modo attivo nella propria realtà, cercando di fare ulteriori passi per migliorarli ulteriormente e stare al passo con i tempi. Questa è la strada per prendere le distanze da una autoreferenzialità con sfumati confini verso l'autocompiacimento ed avvicinarsi sempre più ad una condizione di sereno e costruttivo confronto con il mondo interno ed esterno all'azienda. La filosofia a cui fa riferimento il *benchmarking* (Tullio 2000) vieta l'autocompiacimento dei risultati di volta in volta ottenuti, ma sprona le aziende a far leva sul miglioramento continuo per l'ottimizzazione sistematica dei processi aziendali (Vedi figura 1). Il *benchmarking* è lo strumento che viene utilizzato da molte aziende per migliorare i propri processi e renderli idonei alle nuove sfide concorrenziali, fornisce inoltre un rigoroso impulso al

rinnovamento, soprattutto nei paradigmi operativi di accertato successo. Il *benchmarking* è l'arte di scoprire cosa fanno gli altri meglio di noi. Per poter ottenere questo è necessario saper riconoscere quando nei processi di altre aziende caratteristiche e *performances* sono superiori a quelle ottenute nella propria. La cosa più logica quindi è quella di raccogliere informazioni utili per intervenire adattando nella propria realtà quanto sia stato possibile apprendere, cercando di ottenere alcuni miglioramenti anche rivedendo i propri obiettivi e modificando le prassi fino ad ora applicate. Questi cambiamenti o soluzioni non necessariamente sono individuabili osservando altre aziende, ma in ambito sanitario i cambiamenti possono derivare dall'analisi della letteratura inerente le *best practices*. Va qui ricordato che il *benchmarking* risulta essere una modalità di confronto ma viene riconosciuta anche come modalità per favorire l'implementazione. Inoltre va detto che

i cambiamenti all'interno di un'azienda, tanto più se a carattere sanitario, non devono e non possono essere sempre radicali, molte volte si riferiscono ad aspetti marginali ma che possono produrre microeffetti positivi su tutto il sistema aziendale. In questa logica le *performances* dei processi devono essere misurate in modo multidimensionale, mettendo quindi in evidenza il divario che allontana un'azienda dal *best in class*, cioè dal *leader* del settore. (tab.1)

Questo *gap* evidenzia la necessità del cambiamento e aiuta il *manager* ad individuare quali siano i processi su cui deve lavorare prioritariamente. Al contempo questo strumento possiede capacità dinamiche tali da permettere al *management* di orientare l'attenzione verso l'esterno per poter scoprire prestazioni di eccellenza da cui poter apprendere.

Questo tipo di strumento si è evoluto

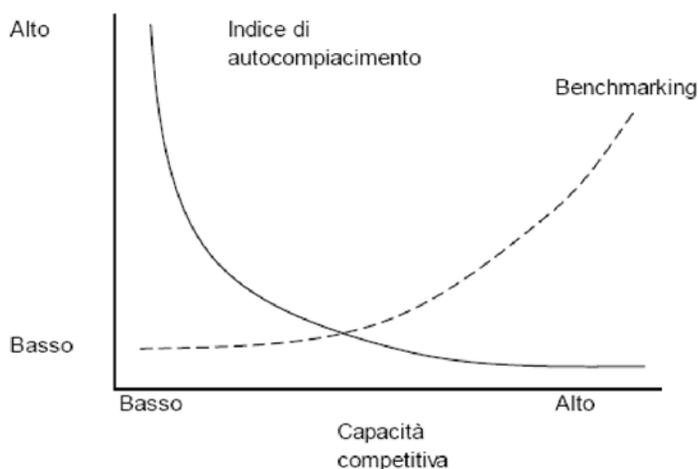


Figura 1: rapporto tra autocompiacimento, benchmarking e capacità competitiva
 Tratto da Tullio (2000)

nel tempo ed ha iniziato ad inserirsi nel contesto sanitario da qualche anno. Oltre a ciò va detto che questo processo ha finora scarsamente interessato le attività infermieristiche, ma vista la crescente domanda che le aziende pongono nei confronti del coordinamento delle attività infermieristiche, inerente a discussioni di *budget*, lo strumento del *benchmarking* potrebbe essere utile ai fini di giustificare, a seguito di un confronto interno od esterno, *input* ed *output* diversi su identiche pratiche assistenziali.

Il *benchmarking* però non è imitare pedissequamente i processi o le azioni di altri. È necessario invece riuscire a contestualizzare con spirito critico, le pratiche d'eccellenza allo specifico aziendale. Questo permette all'organizzazione di apprendere in modo attivo i cambiamenti, e porre in essere meccanismi di modifica e adattamento utili a garantire una determinata *performance*. L'adattamento deve essere accompagnato da spirito critico per evitare d'essere dannoso per l'azienda, laddove non consentisse una crescita rispetto all'apprendimento e non favorisse certamente l'adozione di nuove pratiche senza motivarne la scelta.

Il *benchmarking* seppur come strumento di misurazione per identificare il meglio del meglio ("*the best of the best*") non può focalizzarsi solamente su elementi caratterizzanti la mera prestazione e/o attività ma deve analizzare al contempo anche la struttura organizzativa delle unità messe a confronto. Appare di facile comprensione che una prestazione effettuata allo stesso modo da due unità operative con caratteristiche organizzative diverse (ad esempio numero di infermieri/posti letto) risulti essere di portata organizzativa diversa in un'ottica di eventuale miglioramento verso una terza unità operativa che riesce a sviluppare meglio quella data prestazione.

Una delle caratteristiche distintive del *benchmarking*, rispetto alla tradizionale analisi competitiva, è che il *benchmarking* si caratterizza come un processo di gestione che soddisfa la necessità incontrata dalle aziende di misurare, mediante il confronto, la propria *performance*. Questo avviene "marcando" un riferimento nelle aziende migliori del settore allo scopo di apprendere da loro ed applicare dei criteri innovativi che permettano la crescita verso la posizione di eccellenza nel mercato. Questo processo continuo e sistematico

permette alle aziende di progredire nell'ottica del miglioramento degli *outcome* verso il cliente. Cuccurullo e Testaì (2002) affermano che il *benchmarking* spinge al miglioramento continuo dei processi di gestione e delle *performances* che sono punti critici dell'attuale scenario della sanità italiana. Il *benchmarking* inoltre dovrebbe permettere di recuperare la multidimensionalità delle *performances* di un'azienda sanitaria. Questo recupero permetterebbe di ovviare, almeno in parte, alle difficoltà che si potrebbero trovare nell'implementare nuove attività o processi. Il coinvolgimento attivo di tutte le professionalità interessate a migliorare, tramite il *benchmarking*, un determinato processo o *performances*, dovrebbe permettere un più rapido processo di implementazione e quindi di miglioramento verso la *best practice*. Va qui ricordato che la *best practice* in campo sanitario deve sempre essere *evidence based*, basata sull'evidenza scientifica. Al processo di *benchmarking* per una data prestazione dovrebbero quindi partecipare rappresentanti di ogni singola professione interessati al cambiamento per garantire in primis una maggiore accettabilità del cambiamento, ma anche per garantire che vengano prese in considerazione le evidenze scientifiche a tutti i livelli. Questi passaggi favoriscono, secondo Cuccurullo e Testaì (2002), permettono di spingere l'organizzazione verso momenti di confronto e di condivisione, tra i professionisti, in senso orizzontale, per permettere di rivedere i processi trasversalmente. Il *benchmarking* diviene quindi anche un importante strumento di apprendimento organizzativo, permette la diffusione delle esperienze maggiormente rilevanti ed aiuta lo sviluppo di una cultura manageriale che si sta lentamente avviando nella sanità italiana.

Le aziende sanitarie italiane sono ancora estremamente autoreferenziali e protezionistiche anche nello stesso contesto regionale. Questo strumento permette di sfuggire, come dicono Cuccurullo e Testaì, alle logiche autoreferenziali che sono proprie dei sistemi organizzativi complessi e burocratici. Nella sanità, ma in tutta la pubblica amministrazione italiana, non si è ancora consolidata una prassi operativa fondata sulla misurazione costante dei risultati in termini di *performances*. Invece l'introduzione di strumenti di programmazione, come il *budget*, stanno prendendo piede definitivamente anche se con alcune difficoltà. L'utilizzo del *bench-*

marking è sicuramente di supporto per l'utilizzo di strumenti di programmazione come il *budget*, ma anche per lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti di misurazione della qualità. Chiaramente il processo di avvio di attività di *benchmarking* deve procedere per gradi. Partire da un *benchmarking* interno permette all'organizzazione di sperimentarsi ed affinarsi nell'utilizzo dello strumento. Una volta sperimentato, oltre a determinare piani di azione su indagini specifiche e permettere la conoscenza piena dei processi interni, il *benchmarking* si rivelerà, come affermano Ambrosini et al., parte essenziale dei livelli di pianificazione aziendale: il *budget* annuale e la pianificazione pluriennale.

Questo confronto risulta quindi utile a livello aziendale nel motivare lo sviluppo in corso e nella giustificazione dei cambiamenti proposti. Il *benchmark* diventa quindi il risultato finale atteso da obiettivi di *budget*. Il processo di *benchmarking* è però un processo molto delicato, richiede un monitoraggio continuo e puntuale. Per monitorare i vari percorsi e le varie fasi risulta molto utile l'utilizzo di diagrammi di Gantt e di PERT che permettono di analizzare e monitorare le fasi in senso temporale ma anche rispetto a nodi fondamentali del percorso. Per quanto riguarda la preparazione della discussione di *budget*, questa non deve essere solamente focalizzata alla *best practice*, ma dovrebbe essere seguita anche da un'analisi del confronto costo-efficacia. Per capire come affrontare questa problematica il manager deve saper utilizzare alcuni strumenti. Esempi di strumenti sono l'*Activity Based Management* (ABM) e l'*Activity Based Costing* (ABC). L'*Activity Based Costing* è un approccio secondo il quale si procede a calcolare il costo pieno di prodotto attraverso la determinazione del costo delle attività indirettamente. Lo strumento ABC invece, potrebbe divenire elemento fondamentale anche in campo sanitario, il concetto che sta alla base di questo processo aiuterebbe a definire l'aumento, o la più auspicabile diminuzione, dei costi dovuti alla messa in atto di nuove metodologie derivanti da un processo di *benchmarking*. Chiaramente l'utilizzo di tali strumenti deve essere preceduto da una formazione dedicata. È necessario applicare questi strumenti per verificarne successivamente anche a livello infermieristico la possibilità di crescere e consolidare la capacità di confronto.



Foto di Carlo Preato

Bibliografia

Ambrosini, S., Deales, A., Gallegati, D., Gardi, I., Mazzini, T. & Tozzi, V. (2002) Il benchmarking. In G. Casati & M.C. Vichi, *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale* (1^a ed., pp. 319-337). Milano: Mc Graw-Hill

Bocchino, U. (1995). *Manuale di benchmarking come innovare per competere aspetti operativi, casi pratici e problemi*. Milano: Giuffrè Editore.

Bogan, C.E., & English M.J. (1994). *Benchmarking for best practices. Winning through innovative adaptation*. New York: Mc Graw Hill.

Boxwell, R.J. (1994). *Benchmarking for Competitive Advantage*. New York: McGraw-Hill.

Bullivant, J. (1998). *Benchmarking for best value in the NHS*. NHS Confederation, Financial Times Healthcare.

Camp, R. (1989). *Benchmarking come analizzare le prassi delle aziende migliori per diventare i primi*. Milano: Editoriale Itaca.

Codling, S. (1992). *Best Practice Benchmarking. A management guide*. Cambridge: Gower.

Cook, S. (1995). *Guida pratica al benchmarking*. Milano: Franco Angeli.

Cuccurullo C., & Testa P. (2002). *Il ben-*

chmarking nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche. Torino: G. Giappichelli Editore.

Department of Health (DoH) (2001). *Essence of Care: Patient focused benchmarking for health practitioners*. London, DoH, reperibile presso www.doh.gov.uk/essenceofcare.

Ellis, J.M. (2001) Introducing a method of benchmarking nursing practice. *Professional Nurse* 16 (7) 1202-1203.

Ellis, J.M. (2000) Sharing the evidence : clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. *Journal of Advanced Nursing* 32(1) 215-225.

Ellis, J.M. (1998). *Developing best practice through comparison and sharing*. In *Carter Perspectives on pain: mapping the territory*. London, Arnold 171-186.

Ellis, J.M., & Morris, A. (1997) Paediatric Benchmarking: a review of its development. *Nursing Standard* 12(2), 43-46.

Ellis, N.T. (1997). *An Information Based Approach to Clinical Audit in the United Kingdom National Health Service*. PhD submission document University of Central Lancashire.

Fronsko, A.L. (1999). *Benchmarking for the Australian Compulsory Third Party Insurance Industry*. Melbourne: Royal

Melbourne Institute of Technology University, School of Management.

Lucianelli, G., & Danese, A. (2002). *Il benchmarking nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche*. Torino: G. Giappichelli Editore

Milone, M. (1996). *Il confronto competitivo ed il Benchmarking*. Bari: Cacucci Editore.

Noriaki, K. (1989) intervento alla conferenza del Goal/Apqc del 1989.

Patterson, J.G. (1996). *I fondamenti del benchmarking*. Milano: Franco Angeli.

Tullio, A. (2000). Benchmarking la strategia per migliorare le performance *Amministrazione & Finanza*, 17 21-23

Watson, G.H. (1993). *Il Benchmarking come migliorare i processi e la competitività aziendale adattando e adottando le pratiche delle imprese leader*. Milano: Franco Angeli Editore.

Zairi, M., & Leonard, P. (1994). *Practical Benchmarking: the complete guide*. Londra: Chapman & Hall.

Zairi, M. (1996a). *Benchmarking for Best Practice. Continuous learning through sustainable innovation*. Oxford: Butterworth Heinemann.

Zairi, M. (1996b). *Effective Benchmarking. Learning from the best*. Londra: Chapman Hall.

Opportunità formative per l'infermiere: istruzioni per l'uso

Incontro a domande e risposte

In occasione dell'assemblea elettiva dello scorso dicembre, sono state presentate le opportunità formative post laurea per gli infermieri che, sempre più, hanno la necessità di sviluppare le loro competenze in percorsi formativi universitari che certifichino, al termine, le competenze capitalizzate.

Per dare risposta alla domanda, **Quali opportunità si presentino per l'infermiere**, è stata condotta un'indagine tra le Università, prevalentemente del Nord Italia.

Il DM 270 del 22 ottobre 2004, sui corsi di laurea, ha introdotto una nuova riforma che istituisce un percorso formativo definito - a "Y" o a **biforcazione** - che ha come obiettivo l'attivazione di due diversi canali formativi:

- uno professionalizzante (1+2)
- l'altro metodologico (1+2+2).

Osservando lo schema sotto riportato, dopo la Laurea di primo livello di durata triennale, l'infermiere può accedere a:

- Master di 1° livello
- Laurea magistrale di 2° livello
- Corsi di Alta specializzazione

Abbiamo focalizzato la nostra ricerca sui corsi di master di 1° livello e INDIVIDUATO le proposte formative, ponendo attenzione:

- Al Riconoscimento del titolo
- Alla Spendibilità nella realtà organizzativa
- Ai crediti formativi acquisiti (CFU)

Il Dm 739/94, profilo professionale dell'infermiere, individua cinque aree della formazione complementare infermieristica: sanità pubblica, pediatria, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica, e la **Federazione Nazionale dei Collegi Ipsavi**, articolando le indicazioni del decreto, ha definito delle linee guida per i master di primo livello allo scopo di favorire percorsi didattici omogenei che contribuiscano, in modo specifico e significativo, alla prevenzione e al trattamento dei problemi di salute della popolazione.

Le linee guida pubblicate dalla Federazione Nazionale IPASVI vertono sulle seguenti tematiche:

- Management
- Sanità pubblica
- Pediatria

- Geriatria
- Psichiatria
- Area Critica
- Cure complementari

Master proposti dalle Università

(tutti i titoli rilasciati dall'Università sono riconosciuti, attenzione ai corsi ON line, e chi li rilascia)

UNIVERSITÀ DI VERONA

- **nursing psichiatrico** avanzato (1° livello)
- **coordinatori delle professioni sanitarie** (1° livello) con sedi a Vicenza, Verona Bolzano
- **Gestione della qualità, del rischio clinico e della sicurezza del paziente** (1° livello)

UNIVERSITÀ DI PADOVA

- assistenza sanitaria a pazienti stomizzati ed incontinenti
- coordinamento infermieristico ed ostetrico
- in pediatria per l'assistenza al neonato e al bambino critico

MILANO

- coordinamento
- area critica
- cure palliative
- tecniche musico terapeutiche

MILANO BICOCCA

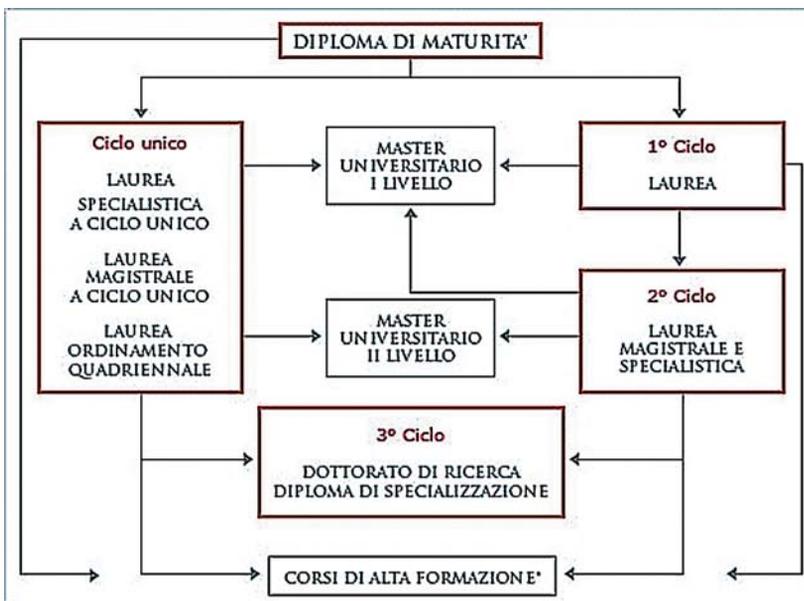
- master salute mentale
- cure palliative
- wound care
- terapia intensiva
- psicomotricità

S. RAFFAELE MILANO

- ass. paziente critico
- coordinamento
- master di primo livello in comunicazione nelle aziende ospedaliere

CATTOLICA ROMA

- infermieristica pediatrica
- area critica
- infermieristica e ostetricia forense
- coordinamento
- nursing degli accessi venosi
- nursing del paziente chirurgico settico
- master in piede diabetico
- strumentisti in sala operatoria



BOLOGNA

- assistenza in traumatologia e ortopedia

MODENA REGGIO EMILIA

- **master in grave cerebrolesione acquisita (gca): progetto riabilitativo con approccio interdisciplinare**
- **master transculturale-multietnico nel campo della salute, del sociale e del welfare**

PARMA

- **fisiopatologia e terapia riabilitativa delle malattie dell'apparato respiratorio**
- **infermieristica in geriatria: case management in ospedale e sul territorio**
- **infermieristica pediatrica**
- **management per le funzioni di coordinamento**

Spendibilità del titolo (Legge 43-2006)

La legge in questione richiama i requisiti formativi necessari per svolgere le seguenti funzioni:

- **professionisti coordinatori** in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n.270;
- **professionisti specialisti** in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270
- **professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica** di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

Come spendere il master di primo livello per le funzioni specialistiche

- Non chiarito dalla norma.
- Ad oggi il ruolo dell'infermiere in possesso di un "master clinico" dovrà essere costruito all'interno delle strutture, immaginando nuovi modelli organizzativi.

Presentazione di un'esperienza

Il Collegio IPASVI di Vicenza il 19 settembre 2008 ha proposto ai Coordinatori Infermieristici della Provincia un incontro dal titolo: "L'evoluzione professionale attraverso nuovi modelli organizzativi: condivisione di un'esperienza dell'Istituto Humanitas di Milano". È stata l'occasione per confrontarci con dei colleghi che stanno mettendo in atto un nuovo modello organizzativo dove è prevista, in affiancamento alla figura del Coordinatore, una figura di "referente clinico"

Per migliorare sia i processi di offerta assistenziale all'utenza, sia per valorizzare le competenze cliniche dell'infermiere, si sono diversificati gli interventi nell'ambito gestionale dell'assistenza infermieristica. I dirigenti infermieristici dell'istituto Humanitas hanno individuato 2 figure distinte. Una per l'area organizzativa, l'altra per l'area clinica. Mentre la prima è comparabile al ruolo del coordinatore infermieristico, la seconda invece è un novità.

RESPONSABILE AREA ASSISTENZIALE (specialista nell'organizzazione)

SCOPO DELLA POSIZIONE

- **la gestione delle risorse umane e materiali assegnate** d'intesa e secondo le politiche istituzionali e nel rispetto delle indicazioni della Direzione dei servizi assistenziali, questo comporta il monitoraggio degli indicatori di costo del personale assegnato e farsi parte attiva nel contenimento di essi gestendo le variabili di competenza, supervisionare la crescita, la formazione e lo sviluppo professionale delle risorse assistenziali assegnate all'Area, attuare l'accoglimento/inserimento del personale assistenziale neoassunto/neo inserito, promuovere riunioni con il personale finalizzate alla pianificazione di attività nell'Area e all'analisi di problematiche organizzative, effettuare la valutazione del personale in relazione ai criteri definiti dalle politiche istituzionali e delle indicazioni operative date dalla

Direzione dei servizi assistenziali;

- **la pianificazione ed il controllo dei processi di attività che garantiscono un'assistenza continua e integrata, secondo criteri di qualità e di efficienza** attraverso processi organizzativi che mirano ad uniformare e ottimizzare l'utilizzo dei materiali e dei presidi, l'attivazione di un monitoraggio nella gestione e nel controllo dei costi delle risorse materiali e tecnologiche dell'Area, sulla base della reportistica inviata dalle funzioni competenti, per garantire il raggiungimento degli obiettivi assegnati e l'analisi e la valutazione dell'acquisto dei nuovi presidi
- **la responsabilità sugli obiettivi assegnati all'Area di competenza, attraverso la valutazione ed il monitoraggio di indicatori specifici**, attraverso l'organizzazione delle risorse assistenziali assegnate all'area di appartenenza, verificando che le attività erogate rispondano a criteri di efficacia, efficienza e qualità, e siano dirette a privilegiare il benessere dei clienti/pazienti, la definizione e l'implementazione di percorsi assistenziali relativi all'area di competenza, il monitoraggio dell'efficienza organizzativa e la rilevazione dei carichi di lavoro sulla base della metodologia definita, la partecipazione alla definizione e verifica dei modelli organizzativi, la promozione e l'integrazione della componente infermieristica con quella clinica attraverso modalità di lavoro multiprofessionale e interdisciplinare. Promuove il comfort dei degenti all'interno del settore di appartenenza attraverso il monitoraggio costante delle condizioni che garantiscono un ambiente sicuro e terapeutico, verificando l'efficacia e la qualità dei servizi alberghieri in base ai requisiti stabiliti dalle funzioni competenti;
- **la qualità e la formazione**, contribuendo uniformare ed implementare le procedure assistenziali i metodi di lavoro e gli strumenti finalizzati a garantire il miglioramento continuo dei livelli qualitativi di assistenza, coordinando attività di rilevazione della qualità percepita e promuovere la diffusione dei dati al fine di migliorare gli indicatori. Inoltre contribuire alla rilevazione dei bisogni formativi del personale coordinato, pianifica e gestisce la formazione del personale coordinato e coordina l'attività degli studenti che svolgono tirocinio nell'area. È re-

sponsabile degli adempimenti e della formazione relativi alla normativa vigente, in particolare in tema di sicurezza, privacy e rischio clinico. Sovrain-tendere all'osservanza di tutte le disposizioni di legge in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori durante il lavoro.

Il Responsabile dell'Area Assistenziale coordina più di una unità operativa in una logica di integrazione delle risorse (sia tecnologiche, che umane che di posti letto), ne esce l'immagine di una figura con forti competenze gestionali, con grandi responsabilità organizzative che persegue avvalendosi di collaboratori presenti in ogni unità operativa, che hanno specifiche competenze.

REFERENTE ASSISTENZIALE (specialista nella clinica)

SCOPO DELLA POSIZIONE

- **Garantisce i processi assistenziali e di integrazione clinica** questo attraverso verificando che le prestazioni assistenziali concorrono efficacemente alla realizzazione del piano di cura e identificando idonee modalità di lavoro multiprofessionali Collaborare per un'ottimale gestione dei posti letto, presidia il processo di gestione dei pazienti dall'accettazione alla dimissione, garantire la continuità assistenziale, anche attraverso l'educazione dei pazienti e dei familiari durante il ricovero e alla dimissione, infine provvedere all'approvvigionamento interno e alla conservazione dei farmaci e dei presidi necessari per l'attività clinica ed infermieristica e assicurare la custodia dei presidi, della strumentazione e degli arredi assegnati all'unità di degenza/servizio;
- **Collabora a garantire sicurezza, comfort e privacy al paziente**, in particolare si occupa del monitoraggio costante delle condizioni che garantiscono un ambiente sicuro e terapeutico e la messa in atto delle procedure previste;
- **Effettua la formazione e la supervisione del personale infermieristico e di supporto** sia fornendo supporto competente ai colleghi in situazioni critiche e/o complesse di assistenza, sia svolgendo attività formativa d'aula e/o sul campo ai colleghi e agli operatori di supporto. Inoltre partecipare al processo di accoglimento/inserimento del personale assistenziale neo-assunto/neoinserito. In collaborazione con il Responsabile di Area, sovrintendere all'osservanza di tutte le

disposizioni di legge in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, e partecipare al processo di valutazione del personale in relazione ai criteri definiti dalle politiche istituzionali e dalle indicazioni date dalla direzione dei servizi assistenziali.

Ne esce un'immagine di "esperto della clinica" che si occupa sia di monitorare e gestire situazioni cliniche complesse, sia di presidiare, spesso in collaborazione con la figura del coordinatore, aspetti più strettamente organizzativi. Tale figura vuole essere quindi un valido supporto per i colleghi e per l'organizzazione del lavoro.

Tali esperienze sono particolarmente interessanti in quanto, uscendo dagli schemi in cui siamo abituati ad operare, consentono di affrontare le nuove sfide poste dall'evoluzione del sistema sanitario.

Le domande e le risposte più frequenti

- **Se sono iscritto ad un corso di studio (laurea, dottorato, master, etc.) posso iscrivermi ad un master?**
No! Non è ammesso ai Master chi è contemporaneamente iscritto a corsi di laurea del vecchio ordinamento, triennale e specialistica, a scuole di specializzazione, a dottorati di ricerca. Non è consentita la contemporanea iscrizione a più master (Regolamento dei corsi per Master Universitari).
- **Quando devo conseguire la laurea per iscrivermi ad un master?**
Per questo aspetto fare riferimento ai regolamenti definiti dai diversi Atenei. In alcune Università alle selezioni sono ammessi con riserva i candidati che conseguiranno il titolo previsto per l'accesso l'anno di istituzione, ma, anche se vincitori, la loro iscrizione sarà condizionata all'esistenza di posti vacanti al termine delle iscrizioni e degli eventuali subentri. Per i master che hanno richiesto l'inizio anticipato, i candidati dovranno essere in possesso del titolo di studio previsto per l'accesso all'inizio del master.
- **Qual è la differenza tra un master di I e di II livello?**
La differenza consiste nella tipologia di preparazione richiesta ai candidati. **I corsi di primo livello** per creare figure professionali non specializzate, **I corsi di secondo livello** rispondono ad un'elevata richiesta di natura professionale. È ammesso ai master di primo livello chi abbia conseguito un titolo univer-

sitario di durata almeno triennale. È ammesso ai master di secondo livello chi abbia conseguito una laurea specialistica

- Cosa sono i CFU?

I Crediti Formativi Universitari corrispondono alla misura del lavoro di apprendimento, compreso lo studio individuale, richiesto ad uno studente in possesso di adeguata formazione iniziale, per l'acquisizione di conoscenze ed abilità nelle attività formative previste dagli ordinamenti didattici dei corsi di studio (D.M. 270/04, art.1). Ad 1 CFU corrispondono 25 ore di impegno complessivo per studente.

- Quanti CFU posso acquisire al termine di un master?

Ogni master assegna un minimo di 60 CFU (corrispondenti a 1.500 ore di didattica frontale e individuale), ma vi possono essere corsi che assegnano un maggior numero di CFU: per ogni dettaglio si consiglia di visionare i singoli avvisi di selezione.

- Quanto dura un master?

La durata è decisa da ogni singolo Ateneo, in genere sono istituiti master di durata annuale o biennale. Solitamente i master iniziano le lezioni a gennaio, ma vi possono essere master che prevedono un diverso percorso formativo. Per ogni dettaglio si consiglia di visionare i singoli avvisi di selezione.

- È possibile prescrivere a più master?

Ciascun candidato può presentare domande di pre-iscrizione a più master ma in seguito dovrà immatricolarsi ad uno solo.

- Chi può accedere ad un master?

Chiunque sia in possesso dei titoli di studio richiesti negli avvisi di selezione e non sia contemporaneamente iscritto ad un altro master, corso di laurea, scuola di specializzazione o dottorato di ricerca.

- La frequenza ad un master riconosce crediti ECM?

I master non dà diritto a crediti ECM, ma a soli CFU.

È comunque esonerato dall'obbligo di conseguire E.C.M. (finché è iscritto al master) il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica), previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000.

Cura come comprensione. Emozioni e malattie, malattie ed emozioni.

Tratto dalla tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche dell'autore all'Università di Verona.

È stato questo il tema dibattuto in occasione del convegno organizzato dalla Società Medico Chirurgica Vicentina, tenutosi lo scorso 18 ottobre a Vicenza.

Un tema per mettere in evidenza le emozioni legate all'esperienza di malattia del paziente e che si manifestano anche nell'operatore sanitario.

La malattia di un uomo non è il guasto di una macchina, bensì la sua malattia non è altro che lui stesso, o meglio, la sua possibilità di diventare se stesso¹. Senza il soggetto noi infermieri e medici, non capiamo la malattia, senza il soggetto noi non realizziamo la guarigione. È diffusa la sensazione che nella pratica della medicina sia andato perduto qualcosa di essenziale, è necessario e urgente reintrodurre per non snaturare ciò che costituisce l'arte della guarigione². L'accusa di dis-umanizzazione non colpisce solo il ventaglio di comportamenti da quelli esplicitamente criminali, arroganti o insensibili al vissuto di una persona ammalata - che emergono periodicamente nella rubrica "malasanità". A suscitare non è tanto la collera di pazienti maltrattati ma il deterioramento dei rapporti che dilagano a ridosso di prestazioni mediche di grande efficacia.

Man mano che l'esigenza di qualità nei servizi sociali e sanitari ha preso concretezza, è diventato evidente che il centro gravitazionale dell'interesse si sposta dal professionista, che fornisce il servizio, al cittadino/utente che ne usufruisce. Tuttavia in regime di paternalismo (sono io come professionista che so cosa serve al paziente), il criterio di valutazione di ciò che viene offerto al malato è fornito dal professionista stesso. Il medico ha per secoli rivendicato il diritto-dovere di prendere le sue decisioni "in scienza e coscienza", come se il suo sapere e la sua morale totalizzassero tutte le forme di tutela che si possono offrire al paziente.

Ma allora se per capire un malato è necessarie provare le emozioni conseguenti ad una esperienza negativa, dovremmo avere un medico o un infer-

miere malato perché sia in grado di essere "umano"?

Alla radice del **concetto di cura**, convivono non solo i significati di guarigione (*dimensione fisica*), ma anche i significati di **comprensione** di un'esperienza di malattia (*dimensione psicologica*) nella sua complessità.

Infatti l'individuo malato **aderisce al trattamento**, soprattutto nella malattia cronica, a partire **non solo dalla semplice prescrizione**, ma dal **progetto terapeutico** che insieme al medico e infermiere ha condiviso e contrattato (Zannini, 2001). Per guarire tutto l'uomo diventa necessario comprendere la situazione che il paziente vive. La sola parola cancro è in grado di suscitare disperazione legata alla prospettiva di un cammino verso l'ignoto, accompagnata da paura, senso di frustrazione, a seguito della presa di coscienza dell'insuccesso delle cure e il paziente si sente già condannato. Tuttavia la soggettività e l'individualità di ogni essere umano mette in crisi il tentativo di adattare il concetto alle esigenze di misurazione, quantificazione, standardizzazione.

La scienza e i progressi della medicina hanno prolungato la vita di molti pazienti (*oncologica*), ma poco si conosce di come è vissuto questo tempo

Tuttavia la percezione dei pazienti è un importante indicatore per misurare la qualità dell'assistenza e la stessa considerata di qualità quando è individualizzata, centrata sui bisogni, carica di umanità, quando è presente un rapporto di relazione tra curante e curato. (Attree, 2001). Gli infermieri sanno bene che **non solo i farmaci** aiutano a guarire **ma anche le relazioni** che sostengono i pazienti nella loro difficile esperienza e comprendere i bisogni del paziente fa parte della competenza degli operatori sanitari

Tuttavia pochi studi hanno esaminato l'esperienza dei **pazienti** e degli **infermieri** e questi ultimi sono descritti frequentemente in letteratura come comunicatori scarsi³

Perché e quali sono le conseguenze?

Gli infermieri e tutte le figure professionali si trovano a confrontarsi con situazioni difficili e molto coinvolgenti quali:

- La sofferenza - il dolore
- La cronicità
- La difficoltà a comunicare con i pazienti
- La morte

Questo richiede un alto investimento emotivo che se non gestito può determinare uno stress elevato.

Diventa importante comprendere il vissuto emozionale e prestare attenzione alle storie non solo dei pazienti ma anche degli operatori sanitari stessi. Questa attenzione aiuta a riflettere su noi stessi, sulle nostre emozioni nel confronto con la malattia, sul modo in cui esse influiscono sulle nostre percezioni e sulla nostra pratica clinica.

Certo non è possibile improvvisarci esperti per **esplorare il mondo della vita quotidiana**. L'intervista (intervista ermeneutica) ci aiuta a **comprendere** il vissuto, le emozioni.

Per tale fine è stata condotta un'indagine per confrontare il livello di qualità percepita dal paziente, ricercando gli elementi, sia positivi che negativi, che influenzano l'instaurarsi di un senso di fiducia e sicurezza, confrontando con il livello di qualità percepita dell'assistenza erogata da parte degli operatori sanitari di un day hospital oncologico, per evidenziare eventuali discrepanze. Da queste riflessioni, nate in seguito all'esperienza professionale maturata nel contesto del DH Oncologico, le domande conseguenti sono state:

"Ma il paziente che cosa chiede e di che cosa ha bisogno per raggiungere lo stato di fiducia?"

E pur non avendo strumenti per valutare la qualità dell'assistenza:

"Che cosa conta di più per il paziente nei confronti dell'équipe sanitaria, la competenza tecnica o la competenza relazionale?"

E che cos'è prevalso negli operatori sanitari:

“La cura della malattia o la presa in carico del paziente con malattia?”

Le risposte ottenute dalle persone coinvolte nel progetto di ricerca hanno avuto lo scopo di attivare un processo di comprensione profonda della situazione vissuta, attraverso la ricostruzione dei passaggi esperienziali, per far emergere gli elementi necessari per ri-orientare la pratica clinica, la formazione e l'organizzazione del servizio di Day Hospital che si prende in carico il paziente oncologico.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra luglio e dicembre 2007 sono state condotte 40 interviste semi strutturate presso il DH Oncologia dell'Azienda ULSS n. 6 di Vicenza. Per il campionamento teorico sono stati intervistati 20 pazienti di un'età compresa tra i 30 e i 60 anni, sia donne che uomini e 20 operatori sanitari, tra cui 10 medici e 10 infermieri.

I pazienti intervistati non appartenevano ad un gruppo socialmente omogeneo: hanno fatto parte del gruppo degli intervistati, casalinghe, operai, imprenditori, professionisti, insegnanti, militari.

I medici intervistati, sia uomini che donne hanno un'età compresa tra i 30 e i 60 anni. L'esperienza professionale dei medici in ambito oncologico è mediamente superiore ai 15 anni. Gli infermieri intervistati, tutte donne e un solo uomo, hanno un'età compresa tra i 35 e i 45 anni. L'esperienza professionale in campo oncologico per gli infermieri è mediamente di 9 anni con punte di 15/17. I criteri di selezione erano che le persone intervistate avessero esperienza e che fossero disponibili a partecipare all'indagine. Mediamente le interviste hanno avuto una durata di 40 minuti ciascuna, consi-

derando anche il tempo legato al cerimoniale d'avvio, alla presentazione dell'intervista e dell'intervistatore. Ai pazienti oncologici e agli operatori sanitari, rispettivamente, sono state poste le seguenti domande:

Schema intervista per i pazienti

1. Quali sono gli elementi positivi del servizio di cura che le viene prestato?
2. Quali sono gli elementi negativi del servizio di cura che viene prestato?

Schema intervista per il personale sanitario

1. Che cosa vorresti dare al paziente (informazioni, addestramento, supporto psicologico, competenza tecnica) affinché trovi una serie di risposte per farlo sentire sicuro (fiducia).
2. Che cosa sarebbe da evitare?
3. Che cosa pensi di dare effettivamente?
4. In che cosa ti senti carente?
5. Che cosa si dovrebbe fare per realizzare una situazione ottimale (come la vorresti).

Le interviste sono state effettuate presso la sala incontri all'interno del day hospital, priva di fonti di disturbo come telefono, campanelli di chiamata, orologio. L'ambiente, dotato di poltrone, consentiva la vicinanza fisica tra ricercatore ed intervistato e quest'ultimo aveva la possibilità di esprimersi in completa libertà in quanto nessun'altra persona era prevista all'interno della stanza. Al primo contatto con l'intervistato è stato illustrato il tema della ricerca con un linguaggio chiaro, ribadendo che le informazioni raccolte sarebbero state utilizzate per gli scopi della ricerca garantendo l'anonimato. Alla richiesta di utilizzare il registratore solo in un caso, da parte di un medico, vi è stata la manifestazione di timore, legata a suo dire ad aspetti di timidezza. Ribadendo la finalità del-

la ricerca il medico ha superato il momento di difficoltà e ha accettato di continuare l'intervista con il registratore. Dopo la prima domanda si lasciava l'intervistato il tempo necessario per riflettere e formulare la risposta.

Dalle domande guida per rendere concreto il contenuto della risposta venivano utilizzate frasi come:

- *Mi può chiarire....*,
- *Che cosa intende per....*,
- *Lei mi sta dicendo che....*

Le risposte così ottenute permettevano una espressione più mirata e specifica da parte dell'intervistato. Durante lo svolgimento delle interviste era evidente il cambio di atteggiamento sia da parte dei medici/infermieri sia da parte dei pazienti. Con la maggior parte degli intervistati l'atteggiamento iniziale di tensione e imbarazzo via via si modificava. Il rapporto a due diventava più confidenziale e tutti gli intervistati si rilassavano, dimostravano di essere a loro agio e non avere difficoltà a raccontare la loro esperienza. In alcuni casi l'intervista non è potuta procedere oltre i 10 minuti, per il livello di capacità di astrarre elementi dall'esperienza vissuta dopo la riflessione, o perché il paziente si trovava nella fase di rifiuto del problema per cui non ancora in grado di evidenziare elementi, positivi o negativi che non fossero legati alla malattia. Affermazioni del tipo: *È un mese che è finita la pace interna. Io ho tutte esperienze. Dovrei essere a lavorare, ma ora non devo pensarci. Mi mancano 2 anni per andare in pensione e ora tutto questo. Cambia il vedere, dal bianco al nero.* In questo caso, per non mettere in difficoltà il paziente ho riportato quanto affermato dalla paziente senza insistere per ricavare ulteriori elementi. Alcuni pazienti si sono espressi utilizzando il dialetto e per una migliore comprensione a mia volta ho usato la stessa modalità.

Tutte le interviste sono state sbobinate fedelmente e riportate in formato word.

Discussione dei risultati interviste pazienti

Elementi positivi

Più della metà dei pazienti (12 su 20) ha indicato come elemento prioritario il **rapporto umano** che si è instaurato con l'équipe sanitaria, (12 su 20 per gli infermieri - 8 su 20 per i medici). Si sono sentiti trattati come persone e hanno rilevato un atteggiamento di vicinanza e di disponibilità (6 su 20 per gli infermieri - 5 su 20 per i medici).



Foto di Carlo Preato

8 pazienti indicano positivamente la competenza degli infermieri caratterizzata da attenzione, scrupolosità, precisione. Tuttavia più di un paziente ha affermato di non avere parametri oggettivi per valutare la competenza tecnico-professionale.

6 pazienti su 20 hanno indicato positivo il supporto relazionale offerto dagli infermieri. Tale affermazione è probabilmente dovuta al maggior tempo che il personale infermieristico trascorre accanto al malato durante la somministrazione di più cicli di chemioterapia.

Dall'analisi delle interviste risulta quanto segue:

Infermieri

- *La professionalità degli infermieri è indubbia, gli infermieri sono sempre attenti. Nel senso che sono capaci di muoversi nel modo più adeguato, visti i pazienti che devono trattare. Sono sempre molto positivi, molto attenti, scrupolosi, preparati e questo mi dà sicurezza.*
- *Li sento vicini come persone, visto il tempo di frequentazione in DH li conosco tutti per nome. Non è che un infermiere vale l'altro, li conosco e loro hanno imparato a conoscere me e si crea un rapporto a due e quindi mi dà sicurezza.*
- *Gli infermieri per fortuna, hanno un modo di capirti, quando parli se hai qualche problema, cercano di aiutarti, di venirti vicino, le medicine, cosa prendere e allo stesso tempo il modo con cui mi trattano, si da paziente ma soprattutto come persona umana.*
- *Il personale infermieristico mi pare del più preparato anche dal punto di vista psicologico per trattare i pazienti, cioè da qualcosa in più.*
- *L'aspetto umano per me è stato fondamentale. Sentirmi una persona e non un tumore con le gambe. Un sorriso amicale, due chiacchiere, è bella quella cosa lì.*
- *L'estrema precisione messa in atto dal personale infermieristico, sempre attenti a cosa fanno. Io li osservo e anch'io ho imparato la procedura quando ti mettono l'ago, quando lo tolgono, per disinfettare, nell'essere molto precisi.*

Medici

- *Il medico ti mette a tuo agio, nel modo di dirti le cose. Mi sento trattata come una persona. Sono parecchi anni che vado sempre dalla stessa dottoressa, lei mi conosce e quando mi vede lei sa già, abbiamo un bel rapporto. Io ho*

fiducia perché io la considero anche la mia psicologa perché mi capisce subito.

- *Al primo approccio ho incontrato un medico donna che è stata dolcissima, squisita. Sono venuta impaurita e spaventata. Ad una persona che gli dico "Tu hai solo una ciste al pancreas vai a Padova ti fai operare". Ma un bel momento mi trovo un cancro al pancreas, questa è una tegola che non è facile da digerire. Mi hanno consigliato la chemio e la radioterapia e quando mi hanno chiamato qua ho incontrato questa dottoressa che mi ha fatta sentire a mio agio.*

Infine 4 pazienti su 20 hanno indicato positivamente le informazioni ricevute sia dal personale medico che infermieristico.

- *Dal medico arriva un'informazione clinica al momento della visita, è una sua competenza specifica.*
- *Dagli infermieri arriva un'informazione di come verrà somministrata la terapia, il procedimento. Si vede che è parte di un processo strutturato che individua certi momenti prima e dopo, come per la manutenzione del catetere venoso centrale.*

11 pazienti su 20 hanno indicato come elemento positivo la struttura fisica, in quanto più confortevole, dotata di camere con bagno, impianto TV, esposte al sole e soprattutto con una sala d'attesa. Il recente trasferimento nella nuova struttura ha permesso di superare i problemi legati alla precedente, dove la sala d'attesa era disposta lungo un corridoio di grande passaggio e i pazienti si sentivano di essere in mostra e lamentavano la mancanza di privacy. Poi il bagno era uno solo per tutti i pazienti e le finestre davano su un cortile interno chiuso, circondato da edifici molto alti che impedivano di vedere la luce del sole.

- *L'ambiente qui è favoloso, prima eravamo su uno spazio ristretto che tutti passavano, ma non si riusciva a passare. Eravamo un numero di persone che io odiavo, e poi tutte le persone che ti conoscevano si fermavano ti dicevano, come mai sei qua?*
- *Qui è tutto diverso, è sempre l'ospedale, questo è un ambiente caldo, ospitale, si vengo per i miei problemi ma questo incide insomma, per noi.*

Elementi negativi

Un numero consistente di pazienti (6 su 20) ha indicato come elemento negativo

il dover effettuare la visita di controllo ogni volta con un medico diverso. Per poter capire, Il medico che non conosce la situazione, deve recuperare le informazioni, ma i pazienti temono che in questo passaggio si perdano elementi importanti e che questo influenzi la decisione conseguente.

- *Invece l'unica cosa che mi ha disturbato è il fatto che la visita dei medici, quella che si fa praticamente ogni 4, 6 settimane è sempre fatta con un medico diverso. Ho visto 6 medici diversi e questo mi ha scombussolato. Ha sta cartella, chiede e secondo me sono più in imbarazzo anche loro perché non sanno niente e dicono allora lei è stata operata là. No veramente sono stata operata qua, allora guardano un attimo, vanno a vedere.*
- *Oggi è l'ultima cura e poi avrò l'intervento e che la dottoressa mi dica adesso non ci vediamo più, si sente questo abbandono. Devo parlare con il chirurgo ma non c'è l'idea dell'équipe, non si vive. Così idealmente sarebbe utile essere seguiti da un team. La frammentazione di informazioni ti portano una serie di fantasmi.*
- *Con tanti medici che ti vedono si perdono tanti passaggi che non so se si ricordano neanche il mio nome.*

5 su 20 hanno indicato, come ulteriore elemento negativo, l'informazione medica, in quanto molto tecnica, corredata da un linguaggio difficile e limitata da un tempo insufficiente (20 minuti per visita).

- *Quello che ho trovato carente è l'informazione medica. Ho avuto la scarsità di informazioni sulla mia malattia, sui modi per curarla. Mi hanno dato poco tempo per l'informazione, legato anche al fatto che i medici, le dottoresse hanno poco tempo, però io non lo posso sapere. Visite veloci, alcune questioni devi tirarle fuori, fare domande.*
- *Mi ricordo che anche in certi momenti la dottoressa mi parlava della malattia in maniera succintamente e lei diceva 10 parole e io ne capivo 3, ma non perché non capissi, è che ero frastornato.*

4 pazienti hanno indicato come elemento negativo l'assenza dei medici nella fase di somministrazione dei cicli previsti di chemioterapia. Tra una visita medica e la successiva passa molto tempo prima di rivedere il medico. Vorrebbero che di tanto in tanto venisse a constatare com'è la situazione, se vi sono proble-

mi. Trascorrono molto più tempo in DH mentre in ambulatorio per la visita rimangono poco. C'è una separazione tra il momento della visita e i momenti di somministrazione delle cure.

- *Ho notato che i medici sono assolutamente assenti e non c'è mai un medico che entri qui che ti saluti che ti dica come va, viene solo se chiamato. È sempre chiamato dall'infermiere e allora arriva, altrimenti qua medici non se ne vedono mai.*
- *Passa un mese tra una visita e l'altra per cui tutti quelli che sono i problemini o i problemoni determinati dal tipo di cura sono gli infermieri a risolverli. Non c'è il medico a cui chiedere e anche lo stesso per telefono. Si chiama, risponde l'infermiere ed è a lui che si chiede cosa fare, perché hai le gambe gonfie piuttosto che altre cose (int. nr. 6, paz. donna.).*
- *Dopo di quella volta la dottoressa non l'ho più vista e se mi vede neanche mi saluta, nemmeno per dire buongiorno. Questo mi ha dispiaciuto, mi sono sentita di essere nessuno (int. nr. 7 paz. donna)*
- *Ci si sente meno seguiti dai medici. Si vedono poco, quando telefoni, probabilmente è un problema di carattere organizzativo, è difficile parlarci, è un approccio molto lontano con il medico, molto più lontano che con le infermiere. (int. nr. 16, paz. Donna)*

Un ulteriore elemento indicato come negativo che si evidenzia dalle interviste (3 pazienti su 20) sono le **informazioni discordanti tra medico e infermiere** sugli effetti collaterali delle terapie. Le informazioni discordanti impediscono al paziente di comprendere la situazione e lo mettono in ulteriore difficoltà.

- *A me hanno dato le informazioni sulla terapia però c'è un po' di scollamento tra il medico che mi aveva presentato tutto in un modo molto soft. Per il 2° ciclo di terapia mi aveva detto che è una passeggiata, mentre l'infermiere mi ha detto, signora lei i farmaci per la nausea e il vomito li tenga sempre pronti.*
- *Preferisco mi venga detto che è dura così che io possa prepararmi a quello che mi aspetta. Con le infermiere parlo, le informazioni le chiedo alle infermiere, perché la dottoressa è più ottimista.*
- *L'infermiere mi ha portato in questa stanza e mi ha spiegato tutto quello che il medico mi aveva già detto. La prima cosa che mi ha detto era riferi-*

to a capelli. Prima sono stata dal medico e lui mi ha detto non ti preoccupare, per i capelli sei "impazzita" cadono ma poi ricrescono, ma poi quando sono andata dall'infermiere mi ha spiegato tutto nei minimi particolari, la mucosità, le precauzioni.

- *La prima cosa che mi ha detto è stato "Lo sa che perderà i capelli". Si ho risposto e allora mi ha consigliato di raderli per evitare di doverli raccogliere. Ho pensato che io non le avevo chiesto di venire a raccogliermeli e forse sarebbe meglio trovare un altro sistema da dire le cose.*
- *L'infermiere che mi ha detto questo è stato vero, però nel mio caso io mi era già preparata, ero andata già dal mio panucchiere per dirgli cosa sarebbe successo. Ho sentito come una violenza, perché per me è stata una cosa forte.*



Foto di Carlo Preato

Conclusioni

Nella vita professionale quotidiana l'esercizio della valutazione è elemento costante.

Ogni volta che ci si trova a dover decidere, rispetto a possibilità alternative di azione, è necessario formulare un giudizio. Giudicare o valutare implica che ci si attivi in un processo di comprensione profonda di una situazione⁴.

Dall'analisi delle interviste, un terzo dei pazienti esprime il bisogno di essere assistito dallo stesso medico durante la visita. Continuità che, secondo le loro indicazioni, consentirebbe di conoscere effettivamente la loro storia e di concordare la gestione dei problemi correlati alla situazione anche nella fase dedicata alla somministrazione delle cure. Esprimono la necessità di avere, sempre dai medici, informazioni più dettagliate, concordanti tra medici e infermieri, con un lin-

guaggio semplice e comprensibile, senza ricorrere all'uso di dati statistici. Informazioni e supporto umano che, nelle intenzioni di cura, sono indicate come elementi prioritari sia da medici e infermieri per favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia.

Dall'analisi del materiale raccolto è stato possibile rendere evidenti le richieste dei pazienti, caratterizzate da aspetti di carattere organizzativo, relazionale e formativo.

Per l'aspetto organizzativo l'esigenza dei pazienti è di un diverso sistema che favorisca la continuità assistenziale, con lo stesso medico di riferimento.

Per l'aspetto relazionale, da parte dei pazienti, vi è l'esigenza di un rapporto con gli operatori sanitari di maggior confidenza e per un tempo non predefinito, che deve essere adattabile in base alle diverse/mutate necessità.

Necessità emerse dal personale sanitario

Dall'analisi delle interviste di medici e infermieri è emerso un bisogno di carattere formativo. Le esigenze degli operatori sanitari sono infatti di raggiungere livelli di competenza di tipo relazionale, che consentano di gestire il rapporto inter-soggettivo.

La difficoltà è caratterizzata, in particolare per i medici, dalla mancanza/carenza negli ordinamenti didattici di percorsi formativi in ambito comunicativo-relazionale.

Dalle interviste dei medici e degli infermieri si evidenzia quanto riportato:

medici

- *Non esiste un percorso formativo in grado di fornirti una conoscenza di questo tipo (intervista nr. 7, medico).*
- *Corsi non sono mai stati fatti. È un'esperienza mia. Posso apprezzare modalità o frasi dette da altri colleghi che sono capaci di aggirare domande difficili in un modo molto bello. Ma poi sei tu che parli, non è che ci può essere una interposta persona. Non puoi copiare e la cosa sarebbe falsa (intervista nr. 5, medico).*
- *Più tempo da passare con il paziente non solamente per offrire supporto tecnico ma anche un supporto ai rapporti, alla relazione. Un supporto che richiederebbe una preparazione e quindi anche una formazione specifica per comunicare con il paziente anche*



Foto di Carlo Preato

...sul come comunicare una cattiva notizia (intervista nr. 8, medico).

infermieri

- *La grossa carenza che ho è il rapportarmi con il paziente e con i familiari di questi pazienti. Io vado in crisi e sono proprio carente perché mi rendo conto che arrivo fino a lì, ma poi mi allontano. Vorrei tantissimo riuscire ad accompagnare il paziente in questa fase fino all'accettazione. Ma io, in ogni caso, cosa devo, cosa posso fare, cosa è meglio che non faccia, non mi è chiaro. (int. nr. 6, infermiere).*
- *Lo ascolto, sono presente però poi più di tanto non riesco a dare al paziente quello che vorrei dargli. Riesco con le persone che sono vicine a me, nelle quali io mi identifico. Persone che sono donne come me, che hanno bambini della stessa età dei miei, che sono nelle mie stesse condizioni. Mi identifico e si entra in empatia. Riesco un po' meno con il ragazzo giovane, con il papà. Però questo non è corretto perché se sono una professionista io devo saper entrare con la persona anziana, giovane, maschio, con qualsiasi. (int. nr. 2, infermiera).*
- *Manca un supporto psicologico, mi trovo in difficoltà perché devo affrontare il malato che mi pone delle domande difficili. Spesso noi ci sosteniamo tra infermieri. Pazienti in stadio avanzato che ti dicono **sto per morire**, è difficile anche per gli infermieri più esperti... (Intervista nr. 8, infermiera)*

La richiesta di una formazione sulle competenze dialogico - relazionali deve essere calibrata in modo da mettere medici e infermieri nelle condizioni di apprendere dall'esperienza, con progetti formativi costruiti sulle modalità narrative, non solo sul pensiero (*narrativo*) fondato sui testi, ma dai racconti vivi delle persone come punto di partenza.

Quindi è necessario partire dagli elementi evidenziati dalla ricerca per studiare la fattibilità di modificare l'organizzazione del servizio (*modello assistenziale*), strutturare e condividere le informazioni da trasmettere, programmare momenti di confronto e di formazione tra l'équipe multiprofessionale. Tuttavia poiché sono così problematiche la rappresentatività dei soggetti e la generalizzabilità dei risultati, è possibile concludere che è molto più prudente circoscrivere queste considerazioni ai soggetti intervistati.

Poiché la ricerca si profila come uno studio di caso di tipo qualitativo, non si può pretendere alcuna valenza generalizzabile dei dati, quanto piuttosto una trasferibilità esemplare. Ossia la possibilità di usare questi dati come matrice di partenza per altre ricerche in contesti analoghi.

Un vantaggio di una intervista ermeneutica risiede proprio nell'opportunità che essa offre al particolare di segnalare il suo scarto rispetto al generale⁵.

Al ricercatore è richiesto di essere molto cauto nell'estendere la propria interpretazione oltre i soggetti intervistati. In tal caso la generalizzazione dei risultati

è demandata al lettore, chiedendogli un ruolo attivo, dialogico nei confronti della ricerca. Un elemento qualificante di una ricerca di questo tipo è che ha un impatto sul vissuto dei soggetti partecipanti. Specificamente, nel caso di utilizzo di interviste semi-strutturate, il paziente-partecipante non si sente strumento di una ricerca, ma soggetto ascoltato. Il sentirsi ascoltati fa sentire di essere, nel senso di valere e dunque di non essere uno dei tanti numeri. Molti pazienti hanno apprezzato questo tempo dedicato ad indagare il loro vissuto, la loro esperienza di malattia. Qualcuno ha auspicato che questo momento occasionale, divenuti un momento strutturato. La funzione ermeneutica della ricerca sta proprio in questo scambio attivo-partecipato dai diversi attori coinvolti.

Note all'articolo

1. Spinsati S. (2008) Atti del convegno "Malattie ed emozioni" Vicenza 18 ottobre
2. Voltaggio F. (1992) *L'arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Torino.
3. Mc Cabe C. (2004) Nurse-patient communication: an exploration of patients' experience. *Journal of Clinical Nursing* 13, 41-49;
4. Mortari L. (2004) *Linee di Epistemologia della Ricerca Pedagogica*. Libreria Editrice Universitaria, Verona;
5. Montesperelli, op. cit. pag 154

E-learning tra ECM e innovazione.

Relazione presentata in occasione di Medmatic@2008

“L’aggiornamento degli operatori sanitari è il migliore investimento che un paese possa fare per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie dei cittadini”.

Questa significativa frase, pronunciata nel 2002 da Girolamo Sirchia durante l’inaugurazione del programma ECM obbligatorio per tutto il personale sanitario, racchiude in sé la concezione sociale contemporanea in cui, lo sviluppo delle risorse umane è il maggiore valore da perseguire al fine di erogare prestazioni di qualità.

Per gli infermieri, la formazione propria e dei propri collaboratori assume valore di responsabilità professionale, proprio come sancito dall’ art 1.4 del DM 739/94 (istituente il relativo profilo professionale) e dagli art 3.1; 3.3; 5.1; 6.1 del Codice deontologico.

Uscendo dagli anni bui del mansionario, l’infermieristica si propone oggi come una professione più innovativa ed incisiva che offre prestazioni non solo quantitative ma anche qualitative in coerenza e rispetto dei propri ambiti professionali.

La formazione si manifesta dunque come imprescindibile strumento di sviluppo personale e professionale attraverso il quale gli infermieri rispondono sia alle continue innovazioni tecnologiche e conoscitive sia al gap esistente tra le abilità le conoscenze e le competenze possedute e quelle che si dovrebbero possedere per raggiungere standard di prestazioni ottimali, eticamente e professionalmente corrette.

Come tutti sappiamo la formazione e l’aggiornamento, richiedono da un punto di vista organizzativo, una scrupolosa analisi sia dei contenuti didattici sia delle risorse necessarie e disponibili alla loro realizzazione e svolgimento. Se pensiamo che, ad ogni credito formativo erogato equivale un impegno di 25 ore di formazione ed 1 ora di aggiornamento, possiamo immaginare con quale costo (non solo economico) per le aziende, le università e per gli infermieri stessi?

Il programma formativo convenzionale, realizzato attraverso lezioni tradizionali frontali, spesso si dimostra insufficiente a colmare i bisogni dei professionisti infermieri e delle aziende.

Come fare dunque a sviluppare le competenze richieste, in breve tempo, per il maggior numero di persone? Occorre predisporre nuovi approcci, più flessibili, più vicini alle esigenze dei singoli soggetti coinvolti.

Questa possibilità può realisticamente essere fornita dalle nuove tecnologie informatiche della comunicazione (TIC), da quella che è la formazione on line basata sul web: l’e-learning, il grande fenomeno di Internet.

Effettivamente il programma ECM italiano, prevede che almeno l’80% dei crediti formativi sia acquisito attraverso la formazione e-learning, sottolineando così, non solo la sua valenza formativa (di provata esperienza decennale in Nord Europa e Stati Uniti) ma anche la prospettiva di risparmio temporale e spaziale che si vuole offrire ai professionisti dell’assistenza.

Mediante l’e-learning, la costruzione di nuove conoscenze e nuove competenze è sempre possibile, dovunque e in qualsiasi momento (every thing, any where, any when). Un sistema e-learning consiste, infatti, in un ambiente integrato di formazione che utilizza le tecnologie di rete per progettare, costruire, ampliare, scegliere, distribuire e gestire materiali e percorsi di apprendimento. Sia la Comunità Europea, con il “Piano d’azione e-learning-pensare all’istruzione di domani”, che lo stato Italiano, con le prime citazioni di formazione a distanza nei Dlgs 229/99 e 509/99, puntano molto su tale modalità formativa vedendo nell’e-learning non solo lo strumento per la globalizzazione dei livelli formativi ed il perseguimento del life long learning ma anche il mezzo per la crescita economica del Paese.

In Italia però, nonostante la Fiaso (Federazione italiana delle Aziende sanitarie ed ospedaliere) pubblici i soddisfacenti risultati del progetto nazionale di sperimentazione e-learning nelle aziende sanitarie (Del Favero 2005), i risultati d’altre indagini nazionali, mostrano ancora un certo ritardo nell’utilizzo dell’e-learning in tale ambito (ANEE 2004; ANEE 2005; ANEE 2006; CRUI 2006; SIE-I 2007). È da comprendere quali siano le basi motivazionali di tale ritardo che, presumibilmente, sono da ricondurre a molteplici fattori di stampo cul-

turale, economico ed organizzativo (basso livello di alfabetizzazione digitale dei formatori, radicata concezione che la formazione è face to face, etc).

Attualmente le poche esperienze Italiane di formazione e-learning per infermieri riscontrano un buon livello di gradimento da parte di discenti, sicuramente dovuto alla buona qualità dei contenuti erogati, facendo sperare e presumere per un rapido incremento negli anni a venire.

Tra i sei principali erogatori troviamo i seguenti portali:

<http://www.aifa.progettoecce.it/> un progetto dell’AIFA (agenzia nazionale del farmaco) in collaborazione con il Ministero della Salute e l’IPASVI (albo nazionale degli infermieri). Attualmente il maggior erogatore di corsi on-line con sono circa 60.000 iscritti professionisti infermieri.

<http://www.consorzioelisa.com/> creato dall’Azienda ospedaliera-universitaria di Careggi, a Firenze, insieme all’Ibm Italia ed all’Università di Firenze per fornire adeguate soluzioni per la formazione e l’aggiornamento professionale dei suoi dipendenti

<http://www.med3.it/> creato dalla collaborazione tra l’Azienda ospedaliera-universitaria Sant’Orsola-Malpighi, l’Azienda USL di Bologna, l’Università di Bologna e con il supporto tecnico del CINECA.

www.telbios.it/it/pagineOnline/layoutNew1.jsp?idmenu=877 SkyNurse è un progetto realizzato con lo scopo di effettuare Formazione a Distanza attraverso l’e-learning, di personale infermieristico proveniente dai Paesi dell’Europa dell’Est con l’obiettivo di inserirli in contesti lavorativi del Veneto.

<http://www.formex.it/> creato da una società specializzata nella Progettazione e Realizzazione Informatica di Attività Formative e supportata da partners scientifici, eroga corsi per infermieri su piattaforma open source (<http://www.miformo.com/>).

<http://www.ecmcampus.it/> portale di formazione in cui la Fondazione Ospedale Maggiore-Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano in collaborazione con la regione Lombardia, erogano corsi per infermieri ed altri professionisti.



Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza

MODULO DI ISCRIZIONE AI CORSI



Iscrizione:

- ▼ Inviare il presente modulo di iscrizione (via e-mail o fax) a:
Collegio IPASVI di Vicenza
telefono: **0444 303313**
(attivo mercoledì e giovedì dalle 10.00 alle 12.00)
fax: **0444 303313** (attivo 24h)
e-mail: **vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it**

- ▼ Nel modulo di iscrizione, oltre al **Cognome e Nome**, deve essere compilato obbligatoriamente e in modo chiaro anche l'**indirizzo** postale, il **codice fiscale** e la **professione**. Le schede incomplete non saranno considerate valide.
- ▼ Al fine di poter comunicare eventuali variazioni relative al corso a cui si iscrive, è utile inserire anche un contatto telefonico e/o e-mail valido.

Conferma dell'avvenuta iscrizione:

- ▼ È necessario chiamare il numero 0444 303313 per avere conferma dell'avvenuta iscrizione.
- ▼ L'accettazione dell'iscrizione al corso è subordinata al paga-

mento della quota annuale di iscrizione all'Ordine.

Pagamento:

- ▼ Una volta ricevuta conferma di avvenuta iscrizione (vedi punto precedente) la relativa quota deve essere versata, tramite bollettino postale, sul CCP 53229126 intestato al Collegio Provinciale IPASVI di Vicenza:
 - scrivere obbligatoriamente cognome e nome del partecipante e, nella causale, data e sede del corso;
 - inviare copia del bollettino per fax al numero 0444 303313.
- ▼ Il versamento deve essere effettuato entro 7 giorni dall'iscrizione, pena l'annullamento dell'iscrizione stessa.
- ▼ Il bollettino postale costituisce ricevuta di pagamento.

ATTENZIONE!

- I corsi sono accreditati unicamente per gli Infermieri.
- La quota di partecipazione, una volta versata, non viene restituita per nessun motivo. Per non perdere la quota è comunque possibile effettuare un cambio nel nome del partecipante, anche in sede congressuale.

Dati corso **Iscrizione al corso**

- "Infermieri: valori; innovazioni, progettualità per l'assistenza alla persona"** **Costo:** iscrizione gratuita (per i primi 50 posti, per i soli iscritti)
26-28 febbraio 2009 - Firenze
- "Assemblea annuale degli iscritti"** **Costo:** € 10
27 marzo 2009 - Vicenza, Aula magna Centro Formazione Sanitaria Ulss 6 Vicenza **Costo:** € 30 (per i non iscritti)
Premiazione 2° edizione concorso "A spasso con TESI" **Costo:** € 30 (per i non iscritti)
- "Come ricercare le informazioni per una pratica basata sulle evidenze"** **Costo:** € 10
30 aprile 2009 e 14 maggio 2009 Aula Informatica Centro di formazione Sanitaria ULSS 6 Vicenza **Costo:** € 30 (per i non iscritti)

Dati partecipante

Cognome e nome

Codice Fiscale

Professione

Via con numero civico

CAP

Comune e provincia

Telefono/Cellulare

E-mail

Ordine, Collegio e Associazine di riferimento

Provincia o Regione di Ordine, Collegio e Associazione

Provincia in cui opera prevalentemente

Profilo lavorativo attuale

- Dipendente del SSn Convenzionato del SSN
 Libero professionista in ambito sanitario Altro (specificare) _____

Al fine di determinare la quota di partecipazione dovuta, dichiaro sotto la mia responsabilità, di essere:

- iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza **non iscritto** al Collegio IPASVI di Vicenza

Ai sensi del DLgs. 196/2003, autorizzo il Collegio IPASVI di Vicenza al trattamento dei dati personali ai soli fini di organizzazione del corso/convegno.

Firmando e inviando il presente modulo accetto integralmente le modalità di iscrizione sopra descritte e dichiaro che quanto compilato corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____