

Il Consiglio Direttivo  
e il Collegio dei Revisori dei Conti  
augurano a tutti i colleghi

# Buone feste



SCRIPTA MANENT - Anno XVIII n. 60 - Dicembre 2012 - Speciazione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c 1.662/96 - BG



# Scripta Manent

n.60



Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo

# Sommario

## Editoriale

QUALE FUTURO PER IL SISTEMA SANITARIO?

A cura di Beatrice Mazzoleni

pag. 3

*L'Infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà*

A cura di Nadia Stuani

pag. 6

*La gestione dell'urgenza-emergenza nei Servizi psichiatrici ospedalieri:  
il contributo degli Infermieri della Salute Mentale al Documento  
del Gruppo di approfondimento tecnico della Regione Lombardia*

A cura di Cesare Moro, Vanna Poli, Silvana Radici

pag. 15

*27 settembre 2012: Il Collegio incontra gli studenti  
del 3° anno di Infermieristica sezione di Bergamo*

A cura della Commissione Innovazione

pag. 19

*Il Collegio si rivolge ai cittadini e ai mezzi di informazione:  
i comunicati stampa*

*del Coordinamento Regionale IPASVI della Lombardia*

pag. 21

*Masterizzato e Promulgato al Coordinamento delle Professioni Sanitarie*

A cura di Emanuela Bergamelli e Antonella Madaschi

pag. 23

*La consapevolezza attraverso la malattia*

A cura di Lucia Cordisco e Giovanna Sciabbarrasi

pag. 24

*Comunicazioni in merito all'attivazione PEC, delucidazioni  
in merito all'accordo Stato - Regioni sul  
nuovo sistema di formazione continua in medicina  
e copertura assicurativa professionale*

A cura di Valentina Griitti e Simona Plebani

pag. 28

## **Semestrale del Collegio IPASVI di Bergamo**

**Proprietà, Redazione e Amministrazione:**

**Registrazione:** Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 maggio 1994

**Direttore Responsabile:** Beatrice Mazzoleni

**Responsabile della Redazione:** Massimiliano Russi

**La Redazione:** Alessandro Bassi, Dolores Belometti, Annamaria Dorigatti, Stefano Ghilardi, Zaccheo Giupponi, Simone Jamoletti, Marina Lanzi, Beatrice Mazzoleni, Marco Mazzoleni, Simona Plebani, Ilaria Porto, Massimiliano Russi, Flavia Zanella.

**Responsabile sito internet:** Gian Luigi Bena

**Progetto grafico:** Gierre srl - Via A. Corti, 51 - Bergamo - Tel. 035.4243057

**Stampa:** Novecento Grafico s.a.s. - Via Pizzo Redorta, 12/a - Bergamo - Tel. 035.295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito ([www.ipasvibergamo.it](http://www.ipasvibergamo.it)) e consultando la sezione dedicata.

**Orario apertura uffici:** lunedì, martedì, giovedì, venerdì (9.30 - 12.00 / 13.30 - 17.00). Giorno di chiusura: mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

# Editoriale



## “Quale futuro per il Sistema Sanitario?”

Editoriale a cura della Presidente Beatrice Mazzoleni

Caro/a Collega,

il periodo storico che stiamo vivendo, ha portato negli ultimi mesi, a rendere sempre più evidenti le difficoltà che il cittadino italiano sta affrontando e dovrà affrontare nel prossimo futuro, investendo in modo significativo anche l'ambito sanitario.

L'attuale quadro sociale, economico e politico, caratterizzato da criteri di razionalizzazione, contenimento delle spese, tagli ai fondi in sanità e riordino dell'assistenza primaria (Decreto Balduzzi), associato all'analisi epidemiologica della popolazione e relativo aumento quantitativo e diversificazione qualitativa dei bisogni della popolazione, induce a rovesciare il punto di vista comune, vedendo la nostra professione impegnata a partecipare alla grande sfida della riorganizzazione del Sistema Sanitario.

Ormai la domanda frequente che gli operatori sanitari, ai diversi livelli, si pongono è “In che modo sarà possibile garantire la sopravvivenza del Sistema Sanitario Nazionale?”.

La professione infermieristica, partecipa attivamente alla discussione in atto, con l'obiettivo dichiarato di voler mantenere un Sistema Sanitario pubblico, universale e solidale, ma non solo.

Va riconosciuto che da tempo gli infermieri sono impegnati quotidianamente a sostenere l'attuale sistema, attraverso la loro costante presenza nelle strutture ospedaliere, nelle residenze per anziani e sul territorio, nonostante i mancati riconoscimenti organizzativi ed economici, le richieste di tagli, l'onere di un sempre maggior numero di prestazioni, di maggiore qualità e sicurezza, il tutto a risposta dei bisogni di salute della popolazione assistita.

Nell'analisi dell'attuale situazione, è chiara la

necessità di un'importante riorganizzazione delle strutture ospedaliere con una loro riclassificazione (è di questi giorni la bozza di decreto recante la Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), e la necessità di potenziamento delle strutture territoriali per poter garantire un a piena copertura dei bisogni assistenziali.

I punti chiave valoriali da richiamare, in questo momento di riorganizzazione del sistema, sono la **solidarietà e l'equità, la prevenzione e la promozione della salute e la continuità assistenziale intesa come passaggio sicuro e controllato da e verso il trattamento specialistico/ospedaliero.**

L'articolo 1 del Decreto Balduzzi, ha definito che “*Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma struttu-*

*rata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere".*

L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e un punto strategico, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità.

Costituisce l'elemento fondante del processo continuo di assistenza sanitaria in quanto si struttura come primo contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il Servizio sanitario nazionale portando l'offerta sanitaria vicino ai luoghi di vita e di lavoro.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute, l'assistenza sanitaria primaria:

- Affronta i principali problemi di salute nella comunità, fornendo i necessari servizi di **promozione, prevenzione, cura e riabilitazione**;
- **Coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori**;
- Richiede il sostegno di **sistemi di riferimento integrati**, funzionali e di supporto reciproco che portano a un progressivo miglioramento dell'assistenza sanitaria globale per tutti e danno priorità a coloro che ne hanno maggiormente bisogno;
- Necessita di operatori sanitari (medici, infermieri, ostetriche) di personale ausiliario e degli operatori di comunità. Tutti devono essere adeguatamente preparati, sia da un punto

di vista sociale che tecnico, a **lavorare in squadra e a rispondere ai bisogni di salute espressi della comunità**.

Le definizioni dell'OMS rendono chiaro che l'assistenza sanitaria primaria:

- **non può essere ricondotta alle sole attività di cura in senso stretto ("cure"),**
- **non è un patrimonio del settore sanitario,**
- **non può essere limitata alle sole prestazioni mediche.**

Nell'assistenza primaria, per assicurare l'effettuazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che permettano di massimizzare il valore del pz. e di valorizzare l'assistenza personalizzata, è inevitabile l'aggregazione multidisciplinare e multiprofessionale garantita dal MMG, dai clinici specialisti, dall'infermiere, dal fisioterapista, ecc..., e la centralità del paziente.

Da tempo, su tutto il territorio, sono in sperimentazione nuovi modelli organizzativi per assicurare qualità, prevenzione, integrazione socio-sanitaria e rafforzamento della medicina del territorio, dato che è ormai chiaro che la medicina di base e quella ospedaliera non possono isolatamente risolvere problemi sanitari sempre più complessi e che è necessaria la complementarietà dei ruoli attraverso forme di collaborazione.

All'interno dei nuovi modelli sviluppatasi sul territorio nazionale quali UTAP (unità di assistenza primaria), Creg (Chronic Related Group), Chronic Care Model, strutture per sub acuti e post acuti a gestione infermieristica, ecc... è dichiarata **l'insostenibilità dei modelli e del sistema in generale, in assenza di collaborazioni multiprofessionali strutturate**, che promuovono una maggiore consapevolezza del pz., *compliance* alle cure, sviluppo dell'educazione sanitaria, ecc...

Anche la bibliografia internazionale riporta dati positivi rispetto allo sviluppo della sanità d'iniziativa per la valutazione dei bisogni, interventi di prevenzione, stratificazione del rischio, coinvolgimento e motivazione degli utenti (attività di *counselling*), interazione con le risorse del sociale.

**I risultati registrati rilevano miglior accesso ai servizi, minor tempo di attesa, migliore coordinamento di cure e globalità della presa in**

## **carico, miglioramento della salute e qualità di vita per la popolazione.**

La conversione in legge del Decreto Balduzzi, chiama ad un'importante sfida riorganizzativa con le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (Unità complesse di cure primarie).

La necessità dichiarata di un sistema coordinato di cure, caratterizzato da un forte coinvolgimento del pz., lo sviluppo e il sostegno dei care *giver*, la presa in carico dei pazienti e il mantenimento della qualità con un occhio rivolto ai costi, vedrà tutti i professionisti impegnati nella predisposizione di **nuovi sistemi integrati che permetteranno di superare la frammentazione tra gli interventi effettuati da operatori diversi, in tempi e spazi diversi, sullo stesso assistito e per lo stesso problema.**

È necessario delineare modelli che declinino la possibilità di un continuum assistenziale, promozione della salute, sostegno e assistenza agli individui nella malattia e disabilità cronica, anche attraverso la presa in carico durante il ricovero per facilitare **dimissioni protette** e attivare il territorio precocemente coadiuvando famiglia, professionisti, strutture/istituzioni.

In questa prospettiva, il professionista infermiere, nello svolgimento delle attività delineate dal proprio Profilo professionale (DM 739/94) non può che essere risorsa da valorizzare e utilizzare, non solo per l'attuazione di prestazioni singole, ma soprattutto per quanto collegato alla prevenzione, educazione e assistenza, prevedendo lo sviluppo di processi per la promozione della salute e la collaborazione con l'individuo, con la famiglia e il medico di medicina generale, nella gestione della malattia cronica e non solo.

La figura professionale infermieristica, è la chiave di volta nella prospettiva di un nuovo modello organizzativo, che dovrà inevitabilmente abbandonare l'attuale centralità del percorso diagnostico-terapeutico basato sulla disciplina medica, rivolgendosi invece ai bisogni dei cittadini in una visuale di processo assistenziale che accompagnerà l'utente dall'ospedale, al territorio, al domicilio dello stesso. Si dovrà quindi affrontare una razionalizzazione delle strutture (riduzione dei posti letto, accorpamento delle risorse tecnologiche, ecc.), per poter riversare le poche risorse economi-

che ancora a disposizione a favore del territorio, dove si vedranno sviluppare strutture per sub acuti a gestione infermieristica (ospedali di comunità), la creazione di ambulatori multi-professionali, dove la presenza degli infermieri potranno garantire l'assistenza domiciliare H24.

Non sarà una sfida semplice, ma si dovrà arrivare alla resa dei conti, con la riduzione delle strutture complesse degli ospedali e dei conseguenti primariati attraverso l'accorpamento di servizi che non hanno motivo di esistere (in base alla valutazione dei volumi e degli esiti di attività).

In questo quadro, certamente non roseo, dobbiamo leggere, quali professionisti, la possibilità di rendere finalmente reali le proposte che da tempo sosteniamo a favore della riorganizzazione delle strutture ospedaliere per continuità assistenziale e intensità di cure, della realizzazione di strutture intermedie a gestione infermieristica e del reale sviluppo dell'assistenza domiciliare, per poter assistere il paziente nel migliore dei modi, attraverso l'utilizzo reale delle competenze a favore di un'assistenza efficiente, efficace e sicura.

L'impegno professionale, culturale e clinico a cui tutti noi saremo chiamati, sarà probabilmente ancora in aumento nel prossimo futuro, ma come dimostrato da tempo, gli infermieri, in ogni ambito di attività e ad ogni livello di responsabilità, continueranno ad essere il pilastro portante del Sistema Sanitario.

Non ci lasceremo scalfire dalle provocazioni di coloro che, ancora oggi, rinnegando le competenze dei nostri dirigenti, dei coordinatori, degli infermieri con formazione complementare in ambito clinico e di tutti gli infermieri, ci vorrebbero vedere subordinati e servizievoli al letto del malato, rinnegando la nostra disciplina e le nostre competenze di gestione di ogni processo assistenziale.

Per questo ci impegniamo al fine di dimostrare e applicare ogni giorno le nostre capacità, le nostre idee e le nostre competenze nella riorganizzazione di un sistema valido, sostenibile e sicuro per l'assistito.



**SM5**



# **L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà**

*A cura di Nadia Stuani*

“Elisa aveva da poco finito la scuola regionale per infermiere professionali ed aveva trovato il suo primo lavoro: assistenza domiciliare con una cooperativa accreditata.

Quel giorno le avevano dato una paziente di cui di solito si occupava un'altra collega che era in ferie, dunque, paziente nuova e primo contatto.

La sua responsabile le aveva detto che la paziente, Angela, era una ragazza di 30 anni, ex tossicodipendente, terminale in AIDS conclamata con un tumore diffuso a tutto l'intestino. La paziente era assistita dalla sorella, studente infermiera al terzo anno, molto competente ed affidabile. L'intervento consisteva nel cambio della morfina (siringa e linee infusive) in pompa siringa e contestuale lavaggio del catetere centrale con fisiologica.

All'arrivo Elisa venne accolta dalla sorella che le disse che la paziente era particolarmente ansiosa ed insofferente e aspettava con ansia il cambio della morfina. Per questo lei aveva già preparato le due siringhe con la fisiologica e la morfina in modo da accelerare le cose e tranquillizzare la sorella così malata e sofferente.

Salutata la paziente Elisa si fa mostrare quale siringa contenga la fisiologica e quale invece i 10 cc (10 fiale quindi) di morfina. Staccate le linee infusive del giorno precedente prese la siringa con la fisiologica e cominciò ad iniettare. Per abitudine e scrupolo personale lo fece con molta lentezza ed attenzione: 1cc, 2 cc, 4, poi 5cc, la paziente sembrava assopirsi, 6 cc la paziente chiuse gli occhi e si lasciò andare tra i cuscini del letto. Elisa

si fermò: “Angela?...Angela?” Ed ecco che la sorella apparentemente in preda al panico disse: “Oddio ma quella è la siringa con la morfina...!!!”

Panico! Tentava di riaspirare quanto più farmaco possibile e intanto: “Chiama il medico e il 118, subito!” Urlò alla sorella che restava ferma, sconvolta.

L'arrivo della dottoressa di famiglia fu tempestivo, insieme a lei il 118 a cui Elisa dovette spiegare cos'era successo. Atterrita, sconvolta, uno spaventoso senso di colpa stava avendo il sopravvento, non sapeva più cosa fare o cosa pensare: “Ecco qui, appena cominciata la mia carriera e ho già ucciso una persona...”. Chiedeva scusa alla dottoressa, alla paziente che on la sentiva, alla sorella che era stata la “causa” di tutto quel pasticcio continuando a dire: “Come ho fatto a fidarmi... Come ho potuto...”

La dottoressa di famiglia prese Elisa da parte e le disse sorridendo: “Stia tranquilla, Angela era abituata a ben altre dosi prima che la malattia allo stadio terminale la costringesse a letto. E' assopita ma i parametri sono stabili, la facciamo ricoverare solo per precauzione.. Quanto a Lei, sono certa che questo è un errore che non ripeterà mai più!”

Fortunatamente Angela non morì. Sopportò bene la massiccia dose di morfina e le conseguenze furono solo in un gran sonno di circa 24 ore sotto controllo medico nel reparto di medicina dell'ospedale, da cui fu dimessa dopo due giorni.

Elisa da allora non ha mai più somministrato nulla che non avesse preparato con le proprie mani.”

## *L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà*

---

Questa è una storia vera, ancora oggi se ci ripenso mi vengono i sudori freddi, e quando parlo con gli studenti raccomando loro di prestare sempre la massima attenzione alla somministrazione della terapia farmacologica e di non somministrare mai nulla che non abbiano preparato loro stessi.

Così vogliono le "buone pratiche" ma tali raccomandazioni hanno un valore molto concreto.

### **GLI EVENTI AVVERSI DA FARMACI**

L'evento avverso da farmaco (ADE) provoca, solo negli Stati Uniti, oltre 140.000 morti ogni anno e rappresenta sicuramente la voce di spesa maggiore (Porter et al 1997).

Questi dati sono riscontrabili un po' ovunque, già più di 30 anni fa il Boston Collaborative Drug Surveillance Project stimava che circa il 30% dei pazienti ospedalizzati vadano incontro ad un ADE da farmaco (Jick 1974).

Uno studio eseguito a NY a metà degli anni '80 ha stabilito che 3,7% dei pazienti sviluppava una seria, disabilitante e clinicamente importante reazione avversa durante il periodo dell'ospedalizzazione; il 19,4% di queste erano ADE. (Teich et al, 2000).

Le proiezioni del 2003, delle casistiche internazionali applicate alla situazione italiana rivelano che:

- sugli 8.000.000 di persone ricoverate ogni anno, 320.000 (il 4% circa) sono dimesse dall'ospedale con danni o malattie dovuti ad errori di terapia o disservizi ospedalieri
- i decessi si aggirerebbero tra i 30.000 e i 35.000; pari al 6% di quelli registrati nel 2000 secondo i dati CINEAS.

In uno studio più recente, nell'ambito della sorveglianza degli Eventi Sentinella (eventi che causano morte o grave danno al paziente) effettuato dall'Osservatorio Nazionale per il monitoraggio degli Eventi Sentinella,



# L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà

---

sono stati raccolti, nel periodo compreso tra settembre 2005 e dicembre 2010, 873 segnalazioni, tra cui 35 derivati da errori nella terapia farmacologica, pari al 4% del totale. Di questi, il 40% circa era avvenuto nelle stanze di degenza e il 23% circa in sala operatoria.

## ERRORE DI TERAPIA

Per errore di terapia s'intende ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Tale episodio può essere conseguente ad errori di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso (NCCPMERP). Il rischio associato all'impiego del farmaco riguarda gli eventi intrinseci quali reazioni avverse, effetti collaterali, e soprattutto gli eventi non direttamente correlati alla natura del farmaco come quelli dovuti a pessima grafia, abbreviazioni ambigue, scarsa informazione su dosi, modi e tempi di somministrazione.

Fondamentalmente vengono riconosciuti 5 categorie di errore

- Errore di prescrizione
- Errore di trascrizione/interpretazione
- Errore di preparazione
- Errore di distribuzione
- Errore di somministrazione

**Gli errori di prescrizione** riguardano i processi decisionali del medico: dalla mancanza di informazioni essenziali (nome del

paziente o del farmaco), alla prescrizione di farmaci che interagiscono tra loro, o di un farmaco sbagliato, oppure la prescrizione di un dosaggio e/o un regime terapeutico inappropriato, l'utilizzo di un'unità di misura errata (es. milligrammi invece che microgrammi). Una fonte importante di errore è una terapia non adatta alle particolari caratteristiche del paziente (un paz con insufficienza renale o epatica di cui non si tenga conto), altre patologie, allergie documentate o particolari controindicazioni per quel principio attivo. Gli errori di trascrizione/interpretazione avvengono quando la prescrizione medica, scritta a mano, non viene correttamente riportata, trascritta o interpretata.

**Gli errori di preparazione** così come riportati in letteratura riguardano soprattutto la farmacia. Possono competere però anche all'infermiere qualora egli sia chiamato a ricostituire un farmaco o a miscelarlo per diluirlo prima della somministrazione. Comprende quindi diluizioni o ricostituzioni non corrette, associazioni di farmaci chimicamente o fisicamente incompatibili.

**Gli errori di distribuzione** sono descritti come quei processi che portano il farmaco dalla farmacia all'UUOO.

**Gli errori di somministrazione** si hanno quando ci sono delle varianti fra quanto prescritto dal medico in cartella e quanto effettivamente somministrato al paziente.

## LA RESPONSABILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

La somministrazione di farmaci risulta es-



# L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà

---

sere una delle attività a maggior rischio di errore compiuta dall'infermiere.

Vi sono particolari settori clinici che, per diversi motivi, sono a maggior rischio di errore: la pediatria e la geriatria. La pediatria sconta problemi legati al dosaggio dei farmaci e al loro calcolo, oltre che la relativa disponibilità di collaborazione; la geriatria sconta invece problemi legati alla presenza di pazienti con una pluralità di patologie concomitanti e con il rischio di maggiori variazioni farmacocinetiche dovute all'età e/o patologie concomitanti.

## Problemi di competenza

Il profilo professionale dell'infermiere recepito con DM n739/94, all'art 1 comma terzo recita: "compete all'infermiere la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche", ciò indica che l'infermiere si rende garante di tutte le procedure dettate dalle migliore letteratura e manualistica internazionale, aumentando enormemente la propria responsabilità e autonomia in questo campo..

Affinchè l'infermiere possa somministrare tuttavia occorre che vi sia una "prescrizione" (letteralmente "scrivere prima) fatta dal medico.

Sia la percezione medico-legale che la manualistica infermieristica hanno individuato gli elementi costitutivi di una prescrizione corretta. Essa si deve comporre dei seguenti elementi:

- il tipo di farmaco (nome commerciale)
- il dosaggio, che può essere espresso in diverse unità di misura me devono essere

precisate chiaramente

- i tempi di somministrazione che comprendono due situazioni
  - l'orario di somministrazione
  - il tempo, la durata di un'infusione continua
- la via di somministrazione che deve essere compatibile con il livello di preparazione dell'infermiere
- la forma farmaceutica indicata in modo convenzionale in compresse, fiale, gocce, ecc..
- la sottoscrizione del medico che appone data e firma

Alla prescrizione "incompleta (se manca anche uno solo degli elementi elencati sopra) si equipara una prescrizione scritta con grafia poco leggibile.

Rispetto alla responsabilità infermieristica, gli errori di terapia più comuni sono:

- errore di conservazione
- omissione di somministrazione
- somministrazione di farmaco "guasto" o scaduto
- somministrazione di farmaco non autorizzato
- scorretta dose
- errata tempistica (orario sbagliato)
- scorretta via di somministrazione
- scorretta velocità /tempi di somministrazione
- errato schema di dosaggio
- scorretta preparazione della dose
- scorretta tecnica di somministrazione

Spesso questi errori vengono commessi per problemi di natura organizzativa, per la fretta, perché si viene continuamente disturbati, ma possono accadere anche per

# L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà

---

la poca conoscenza dei farmaci che stiamo somministrando (che sono sempre di più)

D'altro canto, come dicevamo sopra, l'infermiere si rende "[...] garante delle procedure dettate dalla migliore letteratura e manualistica [...]", la letteratura, a livello internazionale, ha già da molti anni sintetizzato nella formula delle 6 G (1 giusto farmaco; 2 giusta dose; 3 giusta via; 4 giusto orario; 5 giusta persona; 6 giusta registrazione) la procedura corretta per la somministrazione dei farmaci.

Dalla regola delle 6G si evince che l'atto della somministrazione della terapia farmacologica è un atto unitario, sequenziale e cronologico. Atto unitario in quanto deve essere compiuto da una persona sola.

Facendo riferimento a prassi professionalmente scorrette, quali la somministrazione

di farmaci precedentemente preparati da altro operatore, spesso a distanza di tempo, si precisa che entrambi gli operatori hanno la responsabilità dell'operato.

Il principio dell'unitarietà riconosce solo tre eccezioni: la situazione di emergenza; l'attività di insegnamento agli studenti; le soluzioni di farmaci in "infusione continua".

Dalla letteratura si coglie che l'atto della somministrazione, oltre che unitario, debba essere consequenziale e cronologico, ciò in relazione alla conoscenza dei farmaci da somministrare.

Al riguardo il mansionario degli infermieri francesi precisa che compete all'infermiere anche: "[...] la verifica della loro assunzione e la sorveglianza degli effetti".

Anche in Inghilterra esistono norme simili in cui si dice che la somministrazione della terapia richiede: "l'esercizio di un giudizio professionale diretto a: partecipare alla valutazione dell'efficacia dei farmaci e all'identificazione degli effetti collaterali e delle interazioni con altri farmaci".

La mancata conoscenza degli effetti dei farmaci, delle conseguenze e delle eventuali interazioni con altri farmaci incorso non è accettabile neppure dal punto di vista deontologico. Il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 specifica:

## **Articolo 9**

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere

## **Articolo 22**

L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che



# L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà

---

questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito

Ma quali sono le nostre responsabilità al riguardo?

## Problemi di responsabilità

Pur essendo unitario l'atto di somministrazione della terapia può essere distinto, dal punto di vista giuridico, in due momenti: la prescrizione di competenza medica; la somministrazione di competenza infermieristica. Se questi due momenti vengono tenuti separati ( non trascrizione, utilizzo del foglio unico di terapia) l'infermiere risponderà solo per la parte relativa alla somministrazione. La distinzione tra medico e infermiere può venir meno nelle situazioni di emergenza in cui l'infermiere potrebbe somministrare farmaci senza prescrizione non essendo punibile ai sensi dell'art. 54 del Codice Penale che regola lo stato di necessità ( attenzione! In realtà lo stato di necessità è difficile da provare).

Per l'area critica del 118 la legittimità della somministrazione di farmaci, in assenza del medico e in presenza di protocolli, è sancita dal DPR 27 marzo 1992. Qui la responsabilità infermieristica assume caratteristiche diverse in relazione alla possibilità di errore nella prima parte del protocollo che ha valenza diagnostica: se l'infermiere sbaglia la diagnosi ne risponderà.

Fatta eccezione dunque per il 118 la maggior parte degli errori imputabili a responsabilità infermieristica consiste nella prescrizione, nello scambio di pazienti, nel dosaggio o diluizione, nella via di somministrazione o nei

"tempi" della somministrazione stessa; errori che si sotanziano nella colpa professionale e nei suoi caratteri tipici della negligenza e dell'imperizia.

I reati a cui l'infermiere può più frequentemente andare incontro, in relazione agli errori sopradescritti, sono le lesioni personali e l'omicidio colposo.

Il reato di "**lesioni personale e omicidio colposo**" (art 598 del Codice Penale).

Nel reato di omicidio colposo, come in tutti i reati "colposi", il soggetto autore del reato non vuole intenzionalmente commettere il reato, ma l'evento si verifica a causa di negligenza, imperizia, imprudenza, oppure per inosservanza di leggi, ordini, regolamenti, discipline. Casistica:

1. è stata riconosciuta la responsabilità della morte di un paziente ad un'infermiera che ha somministrato farmaci in eccesso ad un paziente psichiatrico in seguito ad una sua errata trascrizione di un'esatta prescrizione medica (Tribunale di Bolzano 1980).
2. Un'infermiera ed un'allieva infermiera sono state condannate entrambe per un'errata somministrazione di cloruro di potassio a due neonati. La somministrazione è stata effettuata dall'allieva infermiera ma l'infermiera avrebbe dovuto controllare più da vicino e più attentamente l'allieva che aveva preparato la fleboclisi" (Tribunale di Firenze 1981)

## Le prescrizioni condizionate

Le dizioni più comuni sono: terapia "al bisogno", "se occorre", "all'insorgere del dolore" ecc.

# L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà

---

Tra le prescrizioni condizionate vale la pena operare una distinzione tra: le prescrizioni basate su segni clinici rilevabili oggettivamente all'infermiere oppure su sintomi riferiti dal paziente.

Nel primo caso la prescrizione è infatti condizionata ma ancorata a dati oggettivi, segni clinici rilevabili e quantificabili (es. pressione arteriosa, temperatura, ecc) che possono completare la prescrizione del medico. Sono perciò accettabili prescrizioni del tipo:

- "somministrare una fiala di antipiretico X... se la temperatura supera i ...°C"
- "somministrare una fiala del diuretico Y... se la pressione arteriosa supera i valori... mmHg"

Più insidioso il secondo caso, il sintomo infatti non è oggettivamente rilevabile. Questo comporta, per l'infermiere, fare una diagnosi, quella di dolore, con tutto ciò che comporta in termini di pericolosità ed illegittimità essendo la diagnosi clinica di stretta responsabilità medica.

Recentemente è intervenuto su questo punto il nostro Ministero della Salute precisando:

- evitare nelle prescrizioni la frase "al bisogno", ma, qualora riportata, deve essere specificata la posologia, la dose massima giornaliera e l'eventuale intervallo di tempo tra le somministrazioni.

## Le trascrizioni

Una frequente fonte di responsabilità è data dall'errore di trascrizione dalla cartella clinica alla scheda infermieristica o sul quaderno della terapia.

Laddove la copiatura della terapia, corretta-

mente prescritta dal medico, risultasse errata, l'infermiere risponderà per "negligenza".

## Prescrizioni orali o telefoniche

Non esistendo riferimenti normativi è utile fare riferimento alle precauzioni adottate in Inghilterra dall'UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing) che precisano:

- 1) "la prescrizione di farmaci sulla base di una prescrizione orale può essere accettata solo in casi di emergenza"
- 2) "le istruzioni telefoniche a un infermiere, date per una somministrazione di farmaci, anche in una situazione di emergenza, non sono accettabili. Questa pratica coinvolge l'infermiere in una procedura potenzialmente pericolosa per il paziente"

Nel caso 1) l'emergenza è una situazione che giustifica la mancanza della prescrizione scritta, in questo caso sol formale perché il medico è presente, ha visitato il paziente e fatto una diagnosi.

Nel caso 2), prescrizione telefonica, gli inglesi non la chiamano nemmeno "prescrizione" ma "istruzioni telefoniche" e definiscono non accettabile perché il medico non è presente, non visita il paziente, non fa una diagnosi.

La prescrizione telefonica inoltre può porre problemi di prova tra il proscrittore medico e il somministrante infermiere.

Recentemente è intervenuto su questo punto il nostro Ministero della Salute precisando:

le prescrizioni orali o telefoniche vanno evitate e, laddove presenti, devono essere limitate solamente a circostanze particolari e in ogni caso verificate immediatamente (facendo per es. ripetere l'operatore) e subito

# L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà

---

riportate in cartella clinica.

Tali prescrizioni vengono, di fatto, salvate, senza fare la distinzione tra le due situazioni che sono invece molto diverse. Per la prescrizione telefonica la legittimità rimane dubbia mentre è accertata la sua pericolosità.

## Prescrizioni secondo protocollo

Il protocollo di riferimento è un protocollo terapeutico che viene approntato, sempre più frequentemente, per la terapia infusiva.

Può essere sufficiente la prescrizione in cartella del tipo "terapia secondo protocollo n 1? La risposta è affermativa solo ad una condizione: il protocollo deve essere inserito all'interno della cartella clinica, diventandone così parte integrante, e deve essere sottoscritto dal medico richiedente. Anche il protocollo deve essere costituito da tutti gli elementi di una prescrizione (dose, tempo, diluizioni, ecc)

## COS'ALTRO DICE LA LEGGE

**L'art 443 del Codice Penale** recita testualmente:

"Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a lire 200.000."

Per farmaci "guasti" si intendono quei medicinali che "si sono alterati per qualsiasi causa, come il normale deperimento, la vetustà, la fermentazione<sup>2</sup>

I farmaci "imperfetti" sono quei medicinali non preparati secondo le prescrizioni scien-

tifiche o nei quali non si siano prese tutte le precauzioni necessarie per evitare ogni pericolo durante il loro utilizzo o per renderli idonei allo scopo( comprende anche una diluizione non sterile di farmaci che dovrebbero esserlo o una errata ricostituzione...).

Si apre un capitolo a parte sui farmaci scaduti: secondo alcuni questi sarebbero assimilabili ai farmaci imperfetti, secondo altri non perché."un medicinale scaduto non è necessariamente privato della sua efficacia terapeutica, che conserva in tutto o in parte, ma che pur sempre presenta" (pretura di Empoli 1989).

I farmaci nelle strutture sanitarie vengono conservati sia nelle farmacie centrali che nelle farmacie di reparto. Nelle prime vi è la responsabilità del farmacista, nelle seconde vie è la responsabilità diretta del caposala e degli infermieri.

Su questo problema la Corte di cassazione sembra divisa in due correnti di pensiero:

- Assimilabilità della detenzione per la somministrazione con la detenzione per il commercio
- Non assimilabilità della detenzione per la somministrazione con la detenzione per il commercio

Nel primo caso si presume che, detenendo per somministrare, sia altamente probabile che poi la somministrazione avvenga e, quindi, si configuri la stessa responsabilità di chi detiene per vendere a chi detiene per somministrare. Per non incorrere in questo reato quindi il caposala e gli infermieri devono: controllare le scadenze dei farmaci; controllare l'integrità delle confezioni; rispet-



# *L'infermiere e l'errore di terapia: miti e realtà*

---

tare le norme per la conservazione. I farmaci scaduti, qualora non si possano smaltire dovrebbero essere chiusi a chiave in un armadio a parte dove non ci siano quelli da somministrare.

Nel secondo caso si afferma che il reato sarebbe punibile solo quando "la detenzione costituisca un atto diretto in modo non equivoco alla somministrazione e sia accompagnata dalla consapevolezza del guasto o della imperfezione del medicinale". Quindi il personale sarebbe punibile solo quando vuole somministrare un farmaco scaduto, conoscendolo come tale.

La diatriba sembra aver trovato soluzione dichiarando che esiste una differenza tra la detenzione nei servizi di farmacia e quella nei reparti. La detenzione da parte del farmacista non può essere assimilata a quella dei reparti in quanto egli non somministra il farmaco, mentre il personale del reparto può esercitare il controllo tanto quando preleva il medicinale dall'apposito armadio, quanto nel momento della sua effettiva somministrazione.

## **I FARMACI CAMPIONE**

Questi farmaci hanno una disciplina normativa a parte (D.Lgs219/2006).

I farmaci campione non possono essere detenuti dal personale infermieristico, bensì solo da quello medico che risponde a tutti gli effetti della loro conservazione, validità e smarrimento.

L'infermiere può somministrare lecitamente un farmaco campione, in quanto è un farmaco per il quale è stata rilasciata "l'autorizzazione all'immissione in commercio", ma non può detenerlo.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Luca Benci; "Aspetti giuridici della professione infermieristica"; McGraw Hill; 6° edizione, settembre 2011
2. Ministero della salute; "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica"; 7 marzo 2008
3. Manuela Brusoni; "La gestione del rischio in sanità: il problema degli errori"; SDA Bocconi, Milano, 2007
4. Ministero della salute; "Risk management in sanità. Il problema degli errori"; marzo 2004
5. Ministero della salute; "Manuale di formazione per il governo clinico, la sicurezza dei pazienti e degli operatori"; gennaio 2012-11-28
6. Marina Giorgini; "Quali sono gli errori dell'infermiere nella somministrazione dei farmaci: un evidence report"; Centro Studi EBN Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna, 2004



# **La gestione dell'urgenza - emergenza nei Servizi psichiatrici ospedalieri**

## **il contributo degli infermieri della Salute Mentale al Documento del Gruppo di approfondimento tecnico della Regione Lombardia**

*A cura di Cesare Moro, Vanna Poli, Silvana Radici*

A distanza di 5 anni dall'approvazione del Piano Regionale Salute Mentale (DGR 15713 del 17 maggio 2004) la DG Sanità ha ritenuto necessario istituire un Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) costituito da clinici ed esperti nella materia nonché da stakeholders con l'obiettivo di produrre entro il 30 giugno 2011 un documento di aggiornamento sul tema del ruolo del SPDC, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza psichiatrica tenendo conto:

- delle raccomandazioni della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome relativamente alla prevenzione delle contenzioni fisiche e all'applicazione degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (ASo e TSO);
- dello sviluppo delle pratiche cliniche e dell'evoluzione delle evidenze scientifiche;
- dei cambiamenti dei modelli organizzativi (per esempio organizzazione di attività per intensità di cura, possibilità di differenziazione dei percorsi di cura):

Al gruppo, in rappresentanza degli infermieri, sono stati invitati a partecipare Cesare Moro (IPASVI Bergamo) e Silvana Radici (IPASVI Como) ed in una fase più operativa, su indicazione degli stessi, la collega Vanna Poli (IPASVI Cremona).

Il Piano Regionale Salute Mentale (PRSM) della Regione Lombardia al capitolo 3.3 (Aree di intervento nell'Ospedale Generale) individua il Servizio Psichiatrico Diagnosi e

Cura (SPDC) come nodo vitale per i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) essendo questa struttura chiamata ad intervenire in una situazione delicata e decisiva del percorso di cura in cui viene richiesta contemporaneamente la capacità di esercitare contemporaneamente funzioni terapeutiche, contenitive e di accoglimento nei confronti di utenti che presentano una notevole variabilità rispetto a diagnosi, età e bisogni relativi ai singoli episodi di ricovero. Conseguentemente il PRSM ritiene quali tematiche prioritarie all'area:

- la definizione di procedure per il trattamento in fase acuta,
- la predisposizione di protocolli per il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera,
- l'attenzione all'appropriatezza dei ricoveri,
- la formazione dell'equipe,
- la necessità di garantire la continuità delle cure con le strutture territoriali e residenziali,
- il collegamento con gli altri soggetti deputati all'intervento di emergenza e urgenza con particolare riferimento alle procedure degli ASO e TSO.

Inoltre, in ordine a problematiche di particolare criticità quali la contenzione, il PRSM da indicazioni specifiche prevedendo che in ogni SPDC esista un protocollo scritto sulle procedure per attuare la contenzione nel quale sia definito: chi la dispone, per quali

# La gestione dell'urgenza - emergenza nei Servizi psichiatrici ospedalieri

---

motivazioni e chi la effettua.

Sempre il PRSM prevede inoltre che in ogni SPDC esista un registro per la rilevazione nominativa dei pazienti contenuti e il tempo della durata della contenzione e, infine, dispone che sia garantita un'adeguata assistenza all'utente nel corso del periodo di contenzione. Il gruppo di lavoro si è quindi suddiviso in tre sottogruppi che hanno affrontato le seguenti tematiche:

- A. Modelli organizzativi nella gestione delle urgenze in psichiatria
- B. Elementi clinici ed organizzativi generali in relazione alle casistiche trattate ed ai comportamenti aggressivi o violenti, e raccomandazioni gestionali
- C. Contenzione
- D. Raccomandazioni sul tema dei modelli organizzativi e di gestione delle urgenze in psichiatria, e della prevenzione e gestione dei fenomeni di aggressività negli SPDC
- E. Indicazioni operative sulla prevenzione, gestione e limitazione della contenzione in SPDC

In particolare il nostro contributo di infermieri è stato prevalente in merito al punto E.

L'uso della contenzione come fatto straordinario dovrebbe indurre a una riflessione su quanto succede normalmente nella pratica assistenziale quotidiana. Il ricorso alla contenzione, in passato come oggi, interpellava e interrogava gli operatori sanitari su quali sono i loro valori in quanto persone, cittadini e professionisti.

Per quanto motivata e giustificata possa

essere la contenzione di un paziente, si avverte pur sempre la sensazione di aver ferito la persona assistita negandole temporaneamente o limitando in modo significativo un diritto umano fondamentale: il diritto alla libertà.

Le raccomandazioni sulla "contenzione fisica in psichiatria;..." emesse dalla Conferenza Stato Regioni, Roma, 22 luglio 2010, sollecitano le diverse realtà organizzative a realizzare strumenti che regolino la pratica della contenzione, viste le grandi disomogeneità presenti sul territorio nazionale.

La riduzione o l'eventuale eliminazione della contenzione nella pratica psichiatrica è realizzabile solo passando dalla riduzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura; ciò è realizzabile attraverso l'adozione o il potenziamento di buone pratiche cliniche.

La condivisione di valori all'interno del gruppo curante e di una filosofia clinico-assistenziale che pone al centro l'assistito, richiede



all'operatore sanitario un'attenta valutazione del paziente e il vaglio di tutte le possibili soluzioni alternative affinché la contenzione diventi scelta motivata ed estrema.

Un'importante guida alla individuazione dei contributi inseriti nel documento del GAT e derivata dall'approfondimento delle 7 raccomandazioni contenute nel documento emanato dalla Conferenza Stato Regioni. Quale il livello di realizzazione degli obiettivi che tali raccomandazioni si prefiggono?

Raccomandazioni:

- 1. Monitoraggio e raccolta sistematica di informazioni sul fenomeno della contenzione**
- 2. Monitoraggio, a livello locale e regionale, dei comportamenti violenti**
- 3. Promuovere la formazione per favorire pratiche appropriate**
- 4. Definire e garantire standard di struttura e di processo per la gestione degli**

**atti violenti**

- 5. Valutare l'impatto di informazione, formazione e appropriatezza organizzativa sulla qualità dell'assistenza della cura**
- 6. Promuovere azioni sistematiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi, ricorso alla contenzione, ecc.**
- 7. Favorire la trasparenza delle strutture di cura al fine di migliorare l'accessibilità, vivibilità, accoglienza e facilitare la comunicazione con l'esterno.**

Assunto che in particolari stati clinici non è possibile non considerare la necessità di applicare la contenzione, quali sono gli strumenti che regolamentano l'utilizzo di questa pratica? Tutte le UU.OO. si sono dotate di indirizzi operativi? Quali sono i contenuti presenti nei protocolli o procedure? Sono due gli ambiti di riflessione nei quali si sono articolati i contributi portati dagli Infermieri all'interno del GAT:

- 1. l'individuazione delle strategie di buona pratica clinica finalizzate alla sua riduzione/eliminazione**
- 2. l'individuazioni dei contenuti utili alla stesura dei Protocolli specifici e quindi necessariamente in essi ricompresi.**

Strumenti di standardizzazione quali protocolli, procedure, linee guida e percorsi clinico assistenziali, garantiscono la qualità delle cure e l'uniformità degli interventi e la riduzione della discrezionalità in relazione a pratiche particolari quali la contenzione. Alcune delle tematiche evidenziate nel documento finale dello scorso anno, hanno

# La gestione dell'urgenza - emergenza nei Servizi psichiatrici ospedalieri

---

comportato l'avvio di attività (quali il monitoraggio delle contenzioni praticate negli SPDC e l'analisi dei relativi protocolli in uso nella A.O) che richiedono di essere e proseguite approfondimento.

Al fine di consentire l'approfondimento e le ipotesi di lavoro sviluppate nel GAT del 2011 si è pertanto ritenuto opportuno prevedere la prosecuzione del GAT sino al 31/12/2013. Ciò anche per individuare strategie preventive e migliorative che i DSM dovranno porre in essere sul piano clinico, organizzativi, strutturale e formativo al fine di conseguire l'obiettivo generale di un miglioramento della qualità dell'assistenza psichiatrica in fase di acuzie e dell'appropriatezza e della qualità dei trattamenti erogati nei SPDC, e specifico di una progressiva riduzione del numero della contenzioni praticate, nel contesto degli interventi di prevenzione degli agiti auto-etero aggressivi e di tutela della sicurezza delle persone.

Nel 2012 e 2013 il GAT, al quale sono stati confermati i colleghi infermieri, potrà proseguire le attività intraprese ed elaborare ulteriori specifiche progettualità sperimentali e proposte di formazione, anche prevedendo forme di audit e focus group con gli operatori, nell'ambito dei programmi di miglio-

ramento continuo della qualità degli interventi dei DSM nella acuzie e nell'emergenza-urgenza psichiatrica.

In particolare il Gat dovrà produrre:

- Entro ottobre 2012: aggiornamento e completamento del documento elaborato dal GAT nel corso del 2011,
- Entro dicembre 2012: documento di analisi dei dati relativi alla contenzione fisica nei SPDC della Regione Lombardia, e dei protocolli sulla contenzione fisica, nell'ambito della prevenzione degli agiti auto-eteroaggressivi, adottati dai DSM;
- Entro giugno 2013: programmazione e svolgimento dei percorsi di formazione, audit o focus group, nel ambito dei programmi di miglioramento della qualità degli interventi dei DSM nella acuzie e nell'emergenza-urgenza psichiatrica;
- Entro dicembre 2013: documento di aggiornamento dei temi sopra indicati e di valutazione dell'impatto delle iniziative intraprese.

Per maggiori approfondimenti il documento finale redatto dal GAT e consultabile sul sito [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it) cliccando quindi su "normativa e documenti" e successivamente nella barra "tipo atto" evidenziare "linee guida/manuale".

*AFD Cesare Moro, Coord.re Inf.co,  
A.O Treviglio,DSM, UOP 17*

*Dott. Inf. Vanna Poli, Resp. Infer.ca, DSM,  
A.O Cremona*

*AFD Silvana Radici, Raa DSM,  
A.O S. Anna di Como*





## **27 settembre 2012: Il Collegio incontra gli studenti del 3° anno di Infermieristica sezione di Bergamo**

---

*A cura della Commissione Innovazione*

Il 27 settembre u.s. la Presidente Beatrice Mazzoleni e il Consigliere Simone Cosmai, hanno incontrato gli studenti del 3° anno del Corso di laurea in infermieristica di Milano Bicocca della Sezione di Bergamo. Tale incontro, nato dalla volontà del Collegio e dei responsabili della formazione, nella persona della Dott.ssa Nadia Colombo e della Dott.ssa Irene Milesi, aveva l'obiettivo di presentare ai futuri colleghi l'istituzione del Collegio, le attività, il ruolo e gli ambiti istituzionali.

Soprattutto in questo periodo di incertezze del sistema sanitario, si è fortemente sentita la necessità di creare "un ponte" tra l'ambito formativo e l'Ordine Professionale, con l'auspicio di fornire informazioni e indicazioni utili al momento della laurea e nel periodo successivo di inserimento nel mondo professionale e sanitario.

L'incontro si è svolto con una modalità di lezione frontale e dibattito con gli studenti, raccogliendo e rispondendo ai dubbi, alle domande e alle richieste di informazioni per il loro futuro.

Si è iniziato il percorso illustrando le normative di riferimento di istituzione e sviluppo dell'ente ordinistico, proseguendo rispetto ai pilastri fondamentali dell'esercizio professionale, fino ad

entrare nello specifico del Codice Deontologico dell'Infermiere.

E' infatti grazie all'importante percorso di riforma delle normative e non solo, che gli infermieri sono riusciti negli scorsi decenni e continuano tuttora, a render prestigiosa la nostra professione.

In seguito all'introduzione di tipo normativo e dell'attuale contesto, l'incontro è proseguito con la descrizione della composizione del Collegio Ipa-svi, dei suoi organi di rappresentanza e le sue commissioni di lavoro, attraverso la presentazione della rete composta dai livelli provinciali, regionali e nazionali; tale descrizione ha reso chiaro agli studenti il ruolo di tutela del Collegio nei confronti della salute del cittadino e di supporto e sviluppo degli iscritti e della loro professione.

In conclusione la Presidente ha spiegato il nuovo sistema di formazione continua (ECM), illustrando le modalità di acquisizione dei crediti formativi. La discussione di tale tematica, ha permesso di sottolineare l'importanza della formazione continua, non solo come obbligo normativo, ma soprattutto come risposta deontologica dei professionisti ad assicurare costantemente un'assistenza sicura ed effica-

27 settembre 2012:  
Il Collegio incontra gli studenti  
del 3° anno di Infermieristica  
sezione di Bergamo

ce basata sulle più recenti evidenze scientifiche.

Il dibattito finale ha portato il gruppo presente a confrontarsi sulla difficile situazione del sistema sanitario nazionale e regionale, caratterizzato da tagli, "spending review", riorganizzazioni, nuovi modelli, ecc. e che da tempo chiede notevoli sforzi a tutta la categoria professionale, che puntualmente risponde dimostrando quotidianamente di essere il perno e il sostegno principale sul quale il sistema si basa. Si è inoltre ribadito che: *"Nonostante i quotidiani ci portino ad affrontare le profonde e continue trasformazioni dell'intero sistema sanitario che spesso ragiona in termini di contenimento della spesa, dobbiamo ricordare di esercitare la professione consolidando i traguardi raggiunti, il nostro senso di appartenenza e continuando a sviluppare fino in fondo le potenzialità dell'assistenza e della professione infermieristica nell'interesse comune della collettività"*.

L'incontro si è concluso con la somministrazione agli studenti di un questionario per verificare il grado di soddisfazione degli stessi e per valutare la qualità dell'incontro, al fine di raccogliere eventuali suggerimenti per gli eventi futuri.

Dai risultati è emerso che più della metà degli studenti ha dato un voto più che positivo all'evento e, tra di essi il 20% ha espresso un voto addirittura ottimo. La totalità degli studenti, ad eccezione del 2%, ha dichiarato di conoscere già l'esistenza dell'Ordine degli infermieri; solo il 78% però era a conoscenza dell'attività che svolge. L'80% degli studenti ha inoltre dichiarato l'intenzione di voler collaborare con l'ordine in futuro e il 98% ritiene inoltre, dopo aver assistito a quest'incontro, che sia un punto di riferimento per il cammino professionale infermieristico. Dato l'ottimo grado di soddisfazione degli studenti e vista la loro volontà a ripetere l'evento (97%), sicuramente negli anni successivi si auspica la ripetizione dell'incontro.

Il percorso iniziato con questo incontro, proseguirà nei mesi futuri, prevedendo momenti nei quali il Collegio cercherà di accompagnare i neolaureati nell'inserimento del mondo della professione e del lavoro.

Si ringrazia per la collaborazione i tutor del corso di laurea di Bergamo, la Coordinatrice del Corso di laurea Dott.ssa Nadia Colombo e la Dott.ssa Irene Milesi, Dirigente formazione universitaria delle professioni sanitarie.

# Comunicato stampa

## Coordinamento COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA



Il Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, in rappresentanza dei 60.000 professionisti operanti in Regione Lombardia, intende esprimere la propria costernazione in merito ai recenti avvenimenti legati ai corsi di Laurea in Infermieristica. "Inaspettata ci giunge la notizia riguardante la revoca delle autorizzazioni all'apertura di nuove sedi distaccate di Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università Milanesi" afferma la Presidente del Coordinamento Regionale Collegi IPASVI della Lombardia Beatrice Mazzoleni "tali nuove sedi, che avrebbero dovuto formare 85 nuovi studenti, perseguendo il modello "campus", legato direttamente ad aziende ospedaliere di eccellenza, avrebbero dovuto e potuto garantire la qualità della formazione e il rapporto stretto tra studente, formatore e assistito".

Nel dettaglio, i dettami contenuti nel protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia e Università (DGR 7/20950 del 2005) definiscono i requisiti minimi per l'attivazione dei corsi di laurea sia in termini strutturali che di personale docente (1 tutor ogni 15 studenti). Attualmente, i numeri di posti disponibili per la formazione infermieristica messi a disposizione

dalle singole sedi ad oggi autorizzate, vanno ben oltre questo rapporto: pertanto se il rapporto tutor /studenti viene incrementato, potrebbe aumentare il rischio di possibili errori verso l'utenza a causa di una situazione di apprendimento non protetta.

"Solo il rispetto degli standard previsti dalla normativa vigente, permette un livello formativo qualitativamente adeguato, rispetto alle necessità di appropriatezza, sicurezza ed efficacia che un corso di laurea professionalizzante deve garantire a studenti, nonché a futuri professionisti, con dirette ricadute sull'assistenza al cittadino" continua la Presidente Mazzoleni. La rappresentanza degli Ordini Provinciali della Lombardia, non condivide l'improvvisa e ingiustificata decisione di non apertura delle sedi concordate da tempo, per le quali ricordiamo sono già stati pubblicati i bandi di iscrizione per gli studenti e predisposti strumenti e risorse necessari per la piena operatività delle sedi stesse.

La riduzione dei posti per la formazione dei futuri professionisti infermieri, non fa altro che confermare l'attuale tematica inerente i gravi rischi che gli utenti corrono quando l'assistenza viene sottodimensionata in termini quali e quantitativi.

**E' fatto pertanto obbligo, nel rispetto delle responsabilità verso i cittadini, i potenziali studenti e i professionisti rappresentati, chiedere un intervento immediato di Regione Lombardia che garantisca il rispetto degli accordi presi e delle indicazioni espresse nei mesi precedenti per l'anno accademico 2012-2013, non solo in termini numerici, ma soprattutto in termini di qualità del processo formativo, quale garanzia per gli assistiti di erogazione di processi assistenziali sicuri.**

La Presidente Coordinamento Collegi IPASVI della Regione Lombardia: **Beatrice Mazzoleni**

**Sede:** Collegio IPASVI di Bergamo - Via Rovelli, 45  
24125 Bergamo BERGAMO, 8 agosto 2012  
collegio@infermieriber-gamo.it  
collegiobg@ipasvibg.postecert.it

**PRESIDENTE:**

*Collegio di Bergamo:*

MAZZOLENI Beatrice

**VICEPRESIDENTE:**

*Collegio di Mantova:*

GUANDALINI Andrea

**SEGRETARIO:**

*Collegio di Varese:*

FILIPPINI Aurelio

**TESORIERE:**

*Collegio di Cremona:*

MARSELLA Enrico

*Collegio di Brescia:*

BAZZANA Stefano

*Collegio di Como:*

CITTERIO Stefano

*Collegio di Lecco:*

TENTORI Cristina

*Collegio di Milano-Lodi*

Monza-Brianza:

MUTTILLO Giovanni

*Collegio di Pavia:*

FRISONE Enrico

*Collegio di Sondrio:*

TRINCA COLONEL Tonino

# Comunicato stampa

**COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DELLA LOMBARDIA**  
in collaborazione con la Consociazione Nazionale  
delle Associazioni Infermiere/i



## ***Il ruolo degli infermieri nella definizione delle politiche sanitarie***

**Un incontro per un'assistenza infermieristica a favore della salute dei cittadini**  
**Mazzoleni: "Migliorare i servizi offerti attraverso la condizione delle esperienze"**  
**23 ottobre 2012, Circolo della Stampa di Milano**

Un evento dedicato al ruolo infermieristico nella definizione delle politiche sanitarie, un incontro organizzato dal Coordinamento dei Collegi IPASVI della Lombardia in collaborazione con Cnai (Consociazione nazionale delle associazioni infermiere/i) per individuare esperienze e proposte in grado di dare risposta ai bisogni di salute dei cittadini lombardi.

In un contesto sanitario che si profila come incerto e che guarda al futuro con timore - si pensi alla proposta di tagli lineari, alla riduzione dei posti letto, ai blocchi e a uno scenario che sembra delineato con l'obiettivo più di far quadrare i conti che di rispondere al fabbisogno della popolazione - la professione infermieristica può e deve fare la differenza.

*«Gli indirizzi di politica sanitaria - illustra la presidente del Coordinamento Beatrice Mazzoleni - e i sempre più complessi e crescenti bisogni dei cittadini assistiti portano alla necessità di rivisitare i modelli organizzativi del sistema sanitario regionale ai diversi livelli. Gli elementi da tenere in considerazione riguardano sia l'ambito clinico-assistenziale, sia la formazione infermieristica e del personale di supporto. L'obiettivo è migliorare il sistema, fornendo indicazioni concrete e proponendo soluzioni mirate che prendano avvio da una "prospettiva infermieristica". Questo incontro è il punto di partenza».*

Un punto di partenza privilegiato, che si avvale del contributo di Stephanie Ferguson, Professore in Scienze infermieristiche e Politiche sanitarie, Direttore del programma Leadership for Change del Consiglio internazionale degli Infermieri (ICN) e Consulente dell'Organizzazione mondiale della Sanità. *«Abbiamo inviato professionisti esperti - commenta Mazzoleni -, oltre a esponenti del mondo politico e giornalistico, per un confronto aperto. Gli infermieri sono coloro che fino ad ora hanno dimostrato, forse più di chiunque altro, di essere in grado di costruire nuovi modi di lavorare. In tal senso eventuali interventi volti a migliorare il sistema non possono non tenere in considerazione l'expertise, la responsabilità e il ruolo rivestito da questa professione in ambito sanitario e assistenziale».*

L'attenzione è rivolta prevalentemente alle esigenze del cittadino, all'aumento della domanda legato alle variazioni epidemiologiche, all'aumento della cronicità e della complessità assistenziale e alle mutate condizioni sociali, rese ancor più precarie dalle crisi. Ma nel tenere i riflettori puntati sui destinatari dell'assistenza, il dibattito si concentra anche sulla professione infermieristica e sulle sfide che sarà chiamata ad affrontare, a partire dalle buone pratiche per arrivare alle condizioni di garanzia e sicurezza.

*«Gli infermieri sul territorio regionale sono 60mila - conclude Mazzoleni -. Un'attenta riflessione e la messa in atto di soluzioni innovative potrebbe portare a un significativo miglioramento della qualità dei servizi offerti attraverso la rivalutazione e la valorizzazione della professione infermieristica e dei processi assistenziali. Nel corso di questo evento attiveremo un confronto che porti alla proposta di soluzioni innovative per risposte efficaci in un quadro di spending review. Questo è, a mio avviso, un importantissimo contributo che la professione può e deve dare alla collettività».*

# “Masterizzato e promulgato al coordinamento delle Professioni sanitarie

## Resoconto di un'esperienza (anno accademico 2011/2012)

a cura di Emanuela Bergamelli e Antonella Madaschi

Partire dall'esito di un processo, percorrendo a ritroso il cammino fatto, permette di riflettere su ciò che è accaduto, sulle premesse iniziali e su quanto effettivamente si è realizzato, soprattutto in relazione alle attese personali.

Ci si “risveglia”, infatti, dopo la discussione della tesi relativa al corso universitario di coordinamento, “masterizzati” ed abilitati ufficialmente a coordinare; l'interrogativo che si pone, a questo punto, è: coordinare chi, che cosa, come?

Questo non per il fatto che l'insegnamento ricevuto difetti, bensì proprio perché l'efficacia del metodo utilizzato genera riflessioni in tal senso; infatti, per poter al meglio coordinare gli altri, oltre che ad una serie di conoscenze specifiche tecnico sanitario organizzative, è necessario innanzitutto saper “coordinare” sé stessi. L'equilibrio personale infatti, cui si dovrebbe tendere indipendentemente dallo svolgimento di un specifico ruolo lavorativo, aiuta, in particolare nella professione sanitaria, a riconoscere abilità, capacità, potenzialità e limiti di ciascuno, consentendo l'instaurarsi di una efficace e proficua relazione collaborativa, in vista del raggiungimento di obiettivi comuni.

A tal proposito, frequentare per circa un anno il suddetto corso di master (considerata la fatica relativa alla presenza alle lezioni, agli esami da affrontare, allo stage da espletare, ecc., lavorando contemporaneamente) è un bell' esercizio di condivisione,

confronto e aggiornamento ( con insegnanti, tutor e altri studenti ), utile per analizzare, appunto, gli obiettivi prefissati ma anche i contenuti, i metodi, i risultati e le motivazioni. Impegno e fatica sono assicurati, ma la soddisfazione, oltre al titolo accademico, consiste anche nel “vincere la sfida” con sé stessi, che si instaura nel momento in cui si decide, per le ragioni più disparate, di “rimettersi in gioco”, misurandosi in un difficile riallenamento mnemonico scolastico ( per taluni gli studi precedenti sono infatti... “passato remoto”), che consente però al fine di operare un vitale reinquadramento personale del proprio ruolo professionale; una sorta, cioè, di cospicua immissione di ossigeno ed eliminazione di anidride carbonica in eccesso.

### Analisi provenienza iscritti al master Management coordinamento professioni sanitarie

A.A. 2010/2011 A.A. 2011/2012

PROVENIENZA	N°	N°
BERGAMO	34	32
BRESCIA	5	9
LECCO	1	6
COMO		3
MILANO		2
MONZA BRIANZA		1
TRENTO		1
VERONA	1	
<b>TOTALE PARTECIPANTI</b>	<b>40</b>	<b>55</b>



# La consapevolezza attraverso la malattia

A cura di Lucia Cordisco e Giovanna Sciabbarrasi

Stiamo attraversando un momento difficile: crisi economica, uomini che sembrano aver perso il lume della ragione agiscono con atti disumani, decadenza dei valori, malattie che sovrastano e sconvolgono la nostra vita quotidiana.

Di fronte a tanta sovra stimolazione, l'essere umano come può difendersi? Sarà dunque inevitabile 'ammalarsi'?

Il 12 Ottobre 2012, presso il Collegio Ipa-svi di Bergamo è stato tenuto un Evento Formativo dal titolo 'AIUTARSI AD AIUTARE', condotto dalla dott.ssa Lorena Peotta (Presidente e Formatore Associazione MEGLIOINSIEME) e il dott. Emanuele Tinto (Consulente Aziendale, Formatore Senior e Psicologo del lavoro). Tale evento non ha seguito le solite procedure ma ha introdotto, con piacevole sorpresa, un modo diverso di analizzare il succedersi degli eventi della vita con l'intento di guardare 'oltre la siepe'.

Il concetto di 'malattia' è stato trattato con un approccio non prettamente scientifico bensì con introduzione al significato ed all'interpretazione filosofica delle malattie (Ruediger Danlke), dei quali di seguito faremo un sunto.

L'evento è stato condotto in modo attivo, ovvero le persone presenti sono state coinvolte con esercizi pratici, ed interpellate sui loro vissuti più intimi. Una volta superata l'iniziale diffidenza ed abbassate le difese che generalmente si hanno in tali occasioni, si può affermare con certezza che, a fine giornata, i partecipanti appari-

vano alleggeriti e rilassati.

Durante il corso della giornata sono stati toccati molti punti:

- 1) La relazione emotiva tra infermiere e paziente oncologico o con il familiare;
- 2) il concetto personale di malattia;
- 3) la capacità di ascolto attivo;
- 4) la comunicazione verbale;
- 5) il 'giusto' distacco;
- 6) l'ascoltarsi per aiutare: cogliere i giusti segnali del proprio corpo, definire il proprio "spazio sacro"
- 7) le riunioni di staff come cerchio della salute.

Dopo aver raccolto il significato personale che ogni partecipante ha attribuito al concetto di malattia i docenti, integrando i singoli pensieri individuali, hanno sintetizzato il risultato in un verbale comune:

*"la malattia è un impedimento tra anima, corpo e spirito, causato da un abbandono inteso come l'inizio della fine di qualcosa, come un'interruzione dell'equilibrio psico-sociale e fisico, dovuto alla dipendenza da qualcosa che ha portato l'allontanamento dello spirito e dell'emotività, come possibilità di fare ciò che piace nella vita. La gravità della malattia come malessere fisico ha un significato personale per ogni singola malattia".*

È interessante sapere che l'OMS, legata ai metodi della medicina tradizionale, dà una definizione della salute che richiama la tradizione esoterica: una condizione li-

## La consapevolezza attraverso la malattia

---

bera da mali fisici, spirituali e sociali. Tale concetto, come si può comprendere, non si discosta molto da quello di malattia formulato dai presenti in sala.

Desidereremmo esporre la riflessione a cui i docenti hanno inteso portare i partecipanti con la seguente frase del dott. E. Bach: "ciò che chiamiamo malattia è la fase terminale di un disturbo molto più profondo, e perché un trattamento possa avere davvero successo è evidente che non basterà curare la sola conseguenza senza risalire alla causa fondamentale che andrà eliminata."

Ciò che noi rifiutiamo a livello di coscienza, ciò che non vogliamo accettare e crediamo poter rimuovere, ignorandolo, approda in realtà, per usare la terminologia di C. G. Jung, nell'ombra. Ma poiché l'ombra è una parte necessaria della nostra totalità, possiamo divenire sani, cioè interi, completi, solo integrandola.

Un uomo completo è infatti costituito da lo e da ombra: i due insieme danno vita al Sé, cioè all'essere umano integrato, realizzato. L'accettazione e l'elaborazione degli elementi d'ombra che si sono incarnati nei sintomi, è di conseguenza la via che conduce alla scoperta di se stessi attraverso la liberazione di quell'energia che altrimenti rimarrebbe soppressa nel nostro inconscio, dalla quale derivano i 'sintomi'. Le malattie sono quindi manifestazione dell'ombra che, affiorando dalle profondità dell'anima alla superficie del

mondo fisico, costituisce una guida eccellente sulla via della perfezione.

Fin dall'antichità i primitivi, e in seguito gli sciamani, consideravano i sintomi di una malattia come interventi del destino nella loro vita e li accettavano come prove.

Queste premesse possono apparire forti perché si è abituati a pensare alla malattia come una punizione... La teoria del dott. Dahlke ci esorta ad allargare i nostri orizzonti per cogliere interpretazioni diverse da quelle comunemente usate.

I docenti dopo aver ampiamente discusso le teorie del libro, sopra descritte, hanno diviso i partecipanti in gruppi di 4/5 persone. Ogni partecipante ha scelto una situazione ipotetica, o vissuta, e un ruolo da interpretare tra: paziente, familiare, medico, infermiere o altro, e osservatore. Ogni gruppo ha inscenato uno psicodramma all'interno del quale gli osservatori scelti all'interno del gruppo stesso hanno relazionato le emozioni suscitate dai teatranti. Dalla relazione degli osservatori di ogni gruppo sono emerse dinamiche di varia natura che hanno messo in evidenza le difficoltà di ogni figura rappresentata nei ruoli, e che verranno esposti in diversi punti.

Difficoltà del familiare ad accettare la malattia del proprio caro;

Difficoltà dell'infermiere, che per coscienza e codice deontologico, si trova a dover gestire un contrastante insieme di emozioni, da un lato l'omissione della verità sull'aspetto clinico e sulla eventuale gra-

# La consapevolezza attraverso la malattia

---

vità della malattia, da un altro la relazione di auspicata trasparenza instaurata con il paziente, da un altro ancora l'individualità del paziente che, per propria coscienza e caratura umana, possiede un livello di consapevolezza più o meno sviluppato.

Difficoltà dell'infermiere legata alla necessità di elaborare il concetto di malattia e raggiungere un equilibrio interiore, per meglio gestire l'emotività legata alla paura che la malattia suscita in sé, di modo da ridurre lo stress emotivo e il senso di frustrazione che, inevitabilmente, racchiude in sé quando non possiede gli strumenti adeguati;

Gestione della relazione tra paziente e familiare;

Difficoltà delle relazioni interne tra medico, infermiere e paziente;

Necessità di relazionarsi in modo più umano e maggiore ascolto, deficitaria per mancanza di tempo legata al carico di lavoro. Continua interruzione durante lo svolgimento delle mansioni che comportano, inevitabilmente a indurre all'errore e allo stress.

A fine giornata è stata espressa dai docenti la necessità di avere un metodo veloce di confronto fra i partecipanti. Gli stessi hanno proposto, per ottimizzare i tempi, l'applicazione del diagramma di Pareto, che permette di preparare e di tenere riunioni in breve tempo. Il quesito posto in essere è stato il seguente: "Cosa ho imparato oggi da applicare sul lavoro operativamente".

Sono stati presi in considerazione solo 5 punti espressi dalla maggioranza dei partecipanti a cui sono stati dati dei voti secondo l'importanza di ognuno, e sono i seguenti:

1. Ascoltare 4
2. Autostima 5
3. Tecniche di rilassamento 1
4. Approccio verso l'altro 3
5. Mantenere il giusto distacco 2

La voce più votata diventa l'obiettivo da raggiungere: **Come avere più autostima in ogni situazione** Partendo dal voto più basso si apprende la strategia su come fare per essere sempre in una posizione corretta di "Autostima". Quindi avremo che la prima cosa da fare sarà *"Imparare tecniche di rilassamento"* si passerà poi, ad apprendere *"Il giusto distacco"* per poi, attraverso il rilassamento e il giusto distacco, imparare *"il giusto approccio verso l'altro"* e infine capire la cosa più importante nella professione medica *"Ascoltare: sia quello verbale e non, sia quello emotivo"*

## CONCLUSIONI

Sulla base di quanto sopra detto, anche se la malattia diventa un evento inaspettato o espressione del nostro modo di vivere, nessuno si deve colpevolizzare. Chi colpevolizza se stesso non riconosce le possibilità di crescita offerte dalla malattia. Scopo di quanto detto finora, estra-

## *La consapevolezza attraverso la malattia*

---

polato dal libro del dott. Rudiger Dahlke, medico specialista in terapie naturali e psicoterapia, è mettere in relazione l'esperienza della malattia col piano spirituale. Se invece ci si assume la responsabilità del proprio destino, la malattia si trasforma in possibilità: "Può purificare il cuore rendendolo capace di cogliere ciò che davvero conta nel nostro vivere, può dare la lucidità nel compiere scelte essenziali per le quali si pensava di non aver il benché minimo coraggio per affrontarle, può rafforzare la ricerca faticosa e zoppicante della riconciliazione del cuore. E poi aiuta a discernere, separare in maniera netta le amicizie vere da quelle false, le persone insostituibili da quelle che fanno da corollario spesso interessato alla nostra esistenza."

Bisogna imparare soprattutto ad accettare che non sempre gli eventi della vita

concordano con le nostre povere e piccole speranze umane ed è allora che mi viene in mente una frase di Sant'Agostino: "Signore, il nostro cuore è inquieto finché non trova pace in te"

Il nostro compito come Infermieri è quello di imparare ad **AIUTARCI PER AIUTARE...** a vivere con dignità il momento della sofferenza. A contatto con i loro volti e le loro storie dobbiamo essere LUCERNARI DI SPERANZA: donare quella speranza necessaria per avere occhi nuovi con cui guardare a quella situazione, sostenerli per far gustare anche nel dolore i momenti belli di una vita vissuta con pienezza di significato e di amore.

DONARE SORRISI E AMORE AI NOSTRI AMMALATI,.. QUELL'AMORE CHE TUTTO SOPPORTA, CHE TUTTO CREDE, CHE TUTTO SPERA, CHE TUTTO VINCE!! San Paolo.



# Comunicazioni in merito all'attivazione PEC, delucidazioni in merito all'accordo Stato - Regioni sul nuovo sistema di formazione continua in medicina e copertura assicurativa professionale

*a cura di Plebani Simona e Gritti M. Valentina*

**INFERMIERI PROFESSIONALI  
ASSISTENTI SANITARI  
VIGILATRICI D'INFANZIA**

## **Collegio Provinciale di Bergamo**

24125 Bergamo - Via Rovelli, 45  
Telefono 035/217090 - fax 035/236332  
Cell. 346/9627397  
www.ipasvibergamo.it  
e-mail: collegio@infermieribergamo.it

A tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Bergamo

Bergamo,

Gentile collega,  
il Decreto Legge n. 185 del 29/11/2008, convertito in Legge il 28/1/2009 rende OBBLIGATORIO l'uso della Posta Elettronica Certificata.

In specifico al comma 7 la sopracitata Legge dispone:

"I professionisti iscritti in Albi o elenchi costituiti con Legge dello Stato comunicano ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata". Tale Legge ne prevede anche l'obbligo per tutti i liberi professionisti iscritti agli Albi Professionali.

Il servizio di PEC consiste in un sistema di comunicazione elettronica che, grazie alle sue caratteristiche di tracciabilità ed inviolabilità,

rende il messaggio e-mail "certificato" ovvero equivalente nella sostanza, alla tradizionale raccomandata A/R, garantendo quindi oltre alla certezza della comunicazione anche un costo nettamente inferiore.

Altro grande vantaggio è quello, già accennato, della valenza legale attribuita alle e-mail certificate, che risultano opponibili nei confronti di terzi, e in particolare per quanto riguarda la data, l'ora di trasmissione e di ricezione; fornisce certezza sull'identità del mittente, del destinatario e sull'integrità del messaggio.

Nella pratica, i messaggi di PEC e i relativi allegati si considerano legalmente conosciuti dal destinatario nel momento in cui sono recapitati nella sua casella di posta elettronica, indipendentemente dall'effettiva lettura.

Attualmente l'attivazione della PEC è a pagamento (tranne per i liberi professionisti, vedi nota sotto), in alternativa è possibile attivare una **CEC-PAC** (comunicazione elettronica tra Pubblica Amministrazione e Cittadino) che è **gratuita per tutti i cittadini** e che costituisce una comunicazione certificata a tutti gli effetti. L'unica limitazione risulta essere il fatto che la stessa, sarà ritenuta certificata esclusivamente con la Pubblica Amministrazione, e non con aziende e/o tra cittadini.

In virtù di quanto specificato, invitiamo tutti gli iscritti al Collegio, ad attivare nel più breve tempo possibile un indirizzo PEC o CEC-PAC e a comunicarcelo, ricordando che l'indirizzo CEC-PAC sul programma Albo non dovrà essere inserita nella casella PEC ma a quella della e-mail.

In tal modo, oltre all'ottemperanza dell'obbligo previsto per legge, l'attivazione della PEC o CEC-PAC, ci permetterà la spedizione di comunicazioni inerenti la programmazione e le attività relative alla vita propria del Collegio, oltre alle informative circa i corsi di aggiornamento in calendario, presso la sede dello stesso. Riusciremo così ad ovviare gli eventuali disservizi legati alla mancata o ritardata consegna da parte del servizio postale.

Se siete **liberi professionisti**, per l'attivazione di una casella **PEC gratuita** dovete rivolgervi all'ENPAPI. Per l'attivazione della CEC-PAC, invece, dovete collegarvi direttamente al sito [www.postacertificata.gov.it](http://www.postacertificata.gov.it).

**Per quanto riguarda l'accordo Stato Regioni sul nuovo sistema di formazione continua in medicina, qui di seguito troverete alcune delucidazioni.**

In data 14 maggio 2012 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 111, supplemento ordinario n.98, l'Accordo Stato-Regioni del 19/04/12 in merito al nuovo sistema di formazione continua in medicina.

Tra i vari argomenti presi in esame si riportano di seguito quali sono le più importanti novità.

In merito ai crediti formativi, viene confermato anche per il triennio 2011-2013 è il raggiungimento di 150 crediti formativi, per

ogni anno i professionisti dovranno acquisire 50 crediti con un minimo di 25 crediti e un massimo di 75 per anno. E' prevista la possibilità di riportare fino a un massimo di 45 crediti dal triennio precedente (2008-2010) a condizione che si abbia ottemperato all'acquisizione di 150 crediti previsti.

Nel documento viene sottolineato il ruolo di particolare significato che nel sistema ECM, è rivestito dagli Ordini, Collegi, Associazioni professionali e dalle rispettive Federazioni ( come individuati dal decreto del Ministero della Salute 19 giugno 2006, pubblicato sulla G.U. 14 luglio 2006 n. 162) i quali come stabilito nell'accordo del 2007, rivestono il ruolo di garante della professione e di "certificatori" dell'aggiornamento effettuato da ogni professionista sanitario".

In tal senso è stato costituito un apposito Consorzio (CO.GE.A.P.S.), deputato ad istituire un'anagrafe nazionale dei crediti formativi da trasmettere agli enti suddetti presenti sul territorio affinché gli stessi possano certificare, al termine del triennio formativo, i crediti formativi acquisiti dal professionista. Di seguito si riportano le modalità di formazione e i criteri per l'assegnazione dei crediti:

- formazione residenziale;
- convegni, congressi, corsi;
- formazione a distanza con un massimo del 60% ;
- gruppi di miglioramento;
- attività di ricerca
- audit clinico e/o assistenziale;
- docenza e tutoring con un massimo del 50% dei crediti da acquisire nel corso



dell'anno solare (due crediti formativi per ogni ora di docenza, le lezioni di durata inferiore di un'ora non possono essere prese in considerazione, mentre per il tutoraggio 4 crediti per ogni mese )

- autoformazione con un massimo del 10% annuo.

Per quanto riguarda le pubblicazioni si precisa che l'assegnazione dei crediti risulta essere diversa a seconda del ruolo che si riveste:

1. autore di citazioni su riviste 3 crediti formativi, coautore 1 credito formativo

2. autore di atti di congressi 1 credito formativo, coautore 0,5 crediti formativi

3. autore di capitoli di libri 2 crediti formativi, coautore 1 credito formativo

Per coloro che conseguono i crediti all'estero, gli stessi saranno calcolati il 50% di quelli erogati (max 50 crediti)

I liberi professionisti avranno una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali per rispondere a quelle che sono le loro esigenze lavorative.

Si ricorda inoltre che vi è un limite per i crediti acquisiti tramite sponsor che ammonta ad 1/3 dei crediti realizzati (massimo 50 crediti nel triennio).

Per ulteriori informazioni riguardo l'assegnazione dei crediti sono consultabili al sito <http://ape.agenas.it/documenti/2.criteri> per assegnazione crediti e fsc.pdf

Ricordiamo infine quali sono le categorie, che per legge, sono esonerati dall'obbligo ECM. Nello specifico parliamo di:

-operatori che frequentano all'estero corsi attinenti (post base)

- operatori che soggiornano all'estero per giustificati motivi o per lavoro

-gravidanza

-operatori che frequentano master o corsi di specializzazione e/o dottorato di ricerca-malattia(non specificata)\*

**\*Gli esoneri per malattia saranno oggetto di studio e valutazione da parte della Commissione Nazionale ECM nei prossimi mesi, al fine di avere criteri omogenei su tutto il territorio nazionale.**

Se il periodo di assenza ricade a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione sarà ritenuto quello in cui risulta il maggior periodo di assenza.

Come previsto dal decreto legislativo del 13 agosto 2011 n.138, convertito in Legge n. 148 il 14 settembre 2011, il professionista ha l'obbligo di seguire percorsi di formazione continua permanente, come sancito dalla legge la violazione del suddetto obbligo determina un illecito disciplinare e come tale è passibile di sanzionamento dall'ordine professionale di appartenenza. Nello specifico l'art. 3 recita: "La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione". Allo stato attuale non sono state deliberate le sanzioni previste per coloro che non raggiungono il numero di crediti previsti nel triennio, si attendono linee guida precise da seguire dalla Commissione Nazionale ECM. Si invitano dunque tutti gli i professionisti, a far pervenire presso il Collegio di appartenenza i crediti formativi acqui-

siti ed eventuali esoneri al fine di certificare l'avvenuta formazione.

La L. 148/2011 in materia di riforma degli Ordinamenti professionali, **prevede l'obbligo per tutti i professionisti di stipulare un'assicurazione professionale** a tutela di eventuali danni arrecati al cliente.

Sono interessati dalla norma tutti i Professionisti dell'Area tecnica, medica, infermieristica e giuridico-economica.

E' palese il "richiamo" alla responsabilità dei Professionisti tale da garantire la qualità del servizio al cliente, assicurandogli il diritto al risarcimento dei danni derivanti da eventuali inadempienze o negligenze.

Pertanto, ai sensi dell'art.3, 5 lett. e), del D.L. 138/2011 ( conv. In L. 148/2011), gli Ordinamenti Professionali, entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto, dovranno prevedere l'obbligo per gli iscritti di stipulare "idonea"assicurazione a tutela di eventuali danni arrecati al cliente, eccetto per quelli causati da comportamenti dolosi. Preme richiamare in specifico:

- che anche se l'obbligo **non** si riferisce ai professionisti che operano in regime di dipendenza stante che in tal caso, è l'Ente datore di lavoro che deve impegnarsi rispetto al paziente, se ne consiglia anche per loro l'attivazione
- che la Federazione dei Collegi IPASVI ha già da tempo stipulato una Convenzione assicurativa per tutti i professionisti Infermieri operanti sia in regime di libera professione che in regime di dipendenza;
- che tale Convenzione assicurativa offre a tutti i professionisti Infermieri una polizza con contenuti estremamente positivi e co-

sti oggettivamente concorrenziali rispetto ad altre offerte;

- che la Convenzione assicurativa stipulata dalla Federazione dei Collegi IPASVI è già stata utilizzata da oltre 30.000 Infermieri;
- che le proposte assicurative nello specifico si riferiscono a:
  - Responsabilità civile professionale e tutela giudiziaria
  - Infortuni professionali
  - Responsabilità Civile Patrimoniale per la copertura dei Dirigenti Infermieristici e Coordinatori

Nella speranza di essere stati sufficientemente esaustivi, l'occasione è gradita per porgere da parte di tutto il consiglio direttivo, i nostri più cordiali saluti.

**Oggi si svolge a Roma  
una manifestazione a sostegno  
del Servizio Sanitario Nazionale.**

Noi infermieri aderiamo alla manifestazione,  
ma non saremo in piazza.

**La nostra difesa  
del Servizio Sanitario Nazionale  
e dei suoi principi e valori è resa concreta  
ogni giorno con il lavoro  
e l'impegno professionale,  
che costituiscono  
un argine all'affanno della sanità pubblica.**

Viviamo, forse più di altri,  
la non sostituzione del turn over  
e di tutte quelle molteplici assenze  
che impattano pesantemente  
sugli standard assistenziali  
e che chiamano gli infermieri  
a un ulteriore e faticoso  
sforzo professionale.

**Per progredire sui valori  
della Universalità, Equità e Solidarietà,  
con attenzione alla Sostenibilità,  
il Servizio Sanitario Nazionale  
e la Sanità pubblica  
hanno bisogno  
di un profondo cambiamento.**

Noi infermieri vogliamo  
che il Servizio Sanitario Nazionale  
con i valori che lo sostengono viva.

**Lo vogliamo con forza,  
e non solo perché siamo il cuore  
della sanità pubblica di questo Paese.**

*La Presidente Annalisa Silvestro*

# **Gli infermieri a difesa di un Servizio Sanitario Nazionale Pubblico Equo Universale Solidale**

**IL COMITATO CENTRALE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE IPASVI E I COLLEGI PROVINCIALI IPASVI DI:**  
**AGRIGENTO ALESSANDRIA ANCONA AOSTA AREZZO**  
**ASCOLI PICENO ASTI AVELLINO BARI BARLETTA-ANDRIA-**  
**TRANI BELLUNO BENEVENTO BERGAMO BIELLA BOLOGNA**  
**BOLZANO BRESCIA BRINDISI CAGLIARI CALTANISSETTA**  
**CAMPOBASSO-ISERNIA CARBONIA-IGLESIAS CASERTA**  
**CATANIA CATANZARO CHIETI COMO COSENZA CREMONA**  
**CROTONE CUNEO ENNA FERMO FERRARA FIRENZE**  
**FOGGIA FORLÌ-CESENA PROSINONE GENOVA GORIZIA**  
**GROSSETO IMPERIA L'AQUILA LA SPEZIA LATINA LECCE**  
**LECCO LIVORNO LUCCA MACERATA MANTOVA MASSA**  
**CARRARA MATERA MESSINA MILANO-LODI-MONZA-**  
**BRIANZA MODENA NAPOLI NOVARA-VERBANO CUSIO**  
**OSSOLA NUORO ORISTANO PADOVA PALERMO PARMA**  
**PAVIA PERUGIA PESARO-URBINO PESCARA PIACENZA**  
**PISA PISTOIA PORDENONE POTENZA PRATO RAGUSA**  
**RAVENNA REGGIO CALABRIA REGGIO EMILIA RIETI RIMINI**  
**ROMA ROVIGO SALERNO SASSARI SAVONA SIENA**  
**SIRACUSA SONDRIO TARANTO TERAMO TERNI TORINO**  
**TRAPANI TRENTO TREVISO TRIESTE UDINE VARESE VENEZIA**  
**VERCELLI VERONA VIBO VALENTIA VIGENZA VITERBO**

