

ScriptaManent

Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



IN OCCASIONE DEL **12** MAGGIO
GIORNATA INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE

SETTIMANA FORMATIVA



Documentazione
sanitaria



Prevenzione
delle infezioni



Territorio



Collegio IPASVI Bergamo



Libera professione



Educazione sanitaria
alla cittadinanza



Valutazione e
gestione del dolore

QUADRIMESTRALE 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:

Marco Ghidini

La Redazione:

Belometti Dolores, Colleoni Maria,
Cosmai Simone, Dorigatti Annamaria,
Ghidini Marco, Ghilardi Stefano, Gritti
Maria Valentina, Jamoletti Simone,
Lanzi Marina, Mainardi Chiaramaria,
Mazzoleni Beatrice, Mehmeti Enrian,
Negroni Alessandra, Plebani Simona,
Stuani Nadia, Zanella Flavia

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) e consultando la sezione dedicata.

Per fornire alla commissione redazione articoli, spunti di miglioramento o segnalare criticità scrivere all'indirizzo: customerscriptamanent@ipasvibergamo.it

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.



Se mancano gli infermieri...
a cura di Beatrice Mazzoleni, Simone Jamoletti

3

Competenze infermieristiche:
facciamo un po' di chiarezza
a cura di Simone Jamoletti

5

Organici infermieristici e mortalità
a cura di Nadia Stuani

8

Relazione Programmatica 2014

10

Sputò a un infermiere per l'attesa:
condannata

14

*a cura di Mariachiara Mainardi, Marco Ghidini,
Manuel Spinelli*

L'ex Ospedale segreto
nella Rocca a Budapest

15

a cura di Marisa Uberti

All'alba del sesto sole

18

a cura di Mariachiara Mainardi

Festa al Parco di Redona

19

a cura di Marina Lanzi

L'ECM: strumento imprescindibile... 20

a cura di Alessandra Negroni, Sara Tiraboschi

Report del Corso 23

a cura di Marina Lanzi

Il collega chiede... il Collegio risponde! 26

a cura della Commissione Redazione

Nota della presidente On. Silvestro 30

Sommario



Se mancano gli infermieri...

a cura di

Beatrice Mazzoleni, *Presidente Collegio IPASVI di Bergamo*

Simone Jamoletti, *Segretario Collegio IPASVI di Bergamo*



Da tempo ormai, in ogni realtà ove si trovano ad esercitare gli infermieri, si vivono situazioni di carenza di personale, dovute al blocco del turn over e alla riduzione drastica delle assunzioni, causando uno stato di disagio tra i professionisti e situazioni di rischio per gli assistiti.

Quotidianamente siamo testimoni di colleghi che denunciano la loro incapacità a fornire servizi sicuri e validi ai cittadini, a seguito di realtà organizzative per la maggior parte delle volte caratterizzate da criticità conseguenti a scelte basate su tagli lineari e non causalizzati.

Le condizioni di lavoro degli infermieri nelle strutture e nei servizi dell'intero Sistema Salute italiano sono difficili. Tant'è che, nel mese di gennaio un noto quotidiano nazionale li ha definiti sull'orlo di "una crisi di nervi". È noto che le strutture e i servizi sanitari del nostro Paese reggono grazie all'impegno e all'abnegazione degli operatori e dei professionisti sanitari. È altrettanto noto che la parte prevalente dei professionisti sanitari è costituita dagli infermieri.

Nonostante l'ormai palese carenza dovuta al blocco delle assunzioni, abbiamo assistito recentemente alla pubblicazione del Rapporto CEIS - CREA Sanità, curato dal prof. Federico Spandonaro, che ha scatenato nel mondo infermieristico reazioni di stupore e di dissenso.

L'elemento contestato è stata la stima di un esubero, sull'intero territorio nazionale, di 18.800 medici e di 28.800 infermieri calcolato sul totale dei posti letto ospedalieri.

È ineludibile la non aderenza alla realtà di tale affermazione, essendo ormai calcolata in 30.000 unità, la presenza sul territorio nazionale di giovani laureati in infermieristica, che ad oggi faticano ad entrare nel mondo del

Editoriale

lavoro e che sempre più spesso volgono lo sguardo all'estero, con il rischio di depauperare il nostro patrimonio professionale. È inoltre sempre meno valido, se non fuorviante, il metodo di calcolo basato sul rapporto dei posti letto, ponendo alla base le necessità di tipo clinico e non prendendo in considerazione il sempre più affermato modello per complessità assistenziale.

Come affermato dalla Presidente Silvestro nell'editoriale de L'Infermiere Anno LVII - n. 4 luglio agosto 2013, il criterio del posto letto non è adeguato per una valutazione sulla congruenza o meno del numero di medici e infermieri, perché non tiene conto delle molteplici e numerose attività che sono effettuate in un ospedale a prescindere dai posti letto; mentre l'indice di turnover per posto letto, la degenza media, il tasso di occupazione - che in molti reparti, e non solo di medicina, supera il 100% - sono di maggiore pertinenza per valutare il carico di lavoro degli infermieri e, quindi, il loro numero.

Appare sempre più necessaria la riorganizzazione del lavoro, basata su modelli gestionali e contrattuali più efficaci, che deve passare anche attraverso la collaborazione tra le professioni e la riflessione basata su un rigore scientifico e professionale, e non solo su necessità di poteri politici e rappresentanze.

Anche in quest'ottica si sviluppa il percorso delle competenze infermieristiche (affrontato in un articolo all'interno del presente numero), riportate nel documento al momento al vaglio dei Ministeri e che dovrà trovare accordo presso la Conferenza Stato Regioni, che non deve essere vissuto da parte della professione come aumento di attività, bensì come possibilità di ottenere la valorizzazione professionale nella gestione di diversi setting assistenziali da parte di coloro che hanno intrapreso i percorsi formativi complementari e di specializzazione, realtà oltretutto già presenti ma non riconosciute dal sistema.

È ormai appurato che la presenza degli in-

fermieri e della loro professionalità impatta proporzionalmente sulla salute del cittadino, come anche riportato nell'articolo apparso il 26 febbraio u.s. sulla rivista The Lancet, nel quale sono stati presentati i risultati di uno studio eseguito in 300 ospedali di 9 Paesi Europei.

Gli autori, nelle conclusioni, hanno infatti affermato che *"i tagli al personale infermieristico per risparmiare potrebbero avere effetti negativi sui risultati di salute del paziente, mentre i migliori livelli formativi per gli Infermieri potrebbero ridurre le morti evitabili in Ospedale"*.

È questo il messaggio che il Consiglio Direttivo del Collegio di Bergamo sta mandando da tempo in tutte le sedi politiche, istituzionali e formative, in linea anche con quanto espresso dai vertici della professione a livello regionale e nazionale, anche attraverso lo sviluppo della campagna "Io Infermiere mi curo di te".

In occasione della giornata Internazionale dell'Infermiere, la campagna farà da filo conduttore per una serie di eventi rivolti ai professionisti e ai cittadini, affrontando il tema della documentazione sanitaria, attraverso la distribuzione di un Vademecum che fornisca agli infermieri nozioni giuridiche aggiornate; si coinvolgeranno esperti in alcuni setting assistenziali e verrà presentato un manuale utilizzabile dal cittadino...

Si discuterà del sempre più presente bisogno di sviluppare il territorio attraverso la costruzione di una rete che veda l'infermiere protagonista insieme al cittadino e agli altri professionisti e si affronterà la tematica relativa al dolore con la presentazione di un progetto di ricerca provinciale. Tutto questo prevederà uno sforzo importante da parte dei membri del Consiglio Direttivo e delle Commissioni di lavoro, ma soprattutto di ogni collega che si fa portavoce ogni giorno del messaggio che... se mancano gli infermieri il sistema è insicuro, inefficace e insostenibile.

Buon lavoro a tutti! ■

Competenze infermieristiche: facciamo un po' di chiarezza

a cura di Simone Jamoletti, Segretario Provinciale



Negli ultimi mesi si è acceso il dibattito sul tema delle **competenze infermieristiche**, portando con sé talvolta polemiche e inesattezze sul percorso che si sta prospettando per gli infermieri nel prossimo futuro.

Con il presente articolo si cercherà di chiarire alcuni passaggi avvenuti in questi anni e la relativa posizione del Collegio IPASVI, anche alla luce dei numerosi e talvolta poco chiari interventi fatti da interlocutori, anche esterni alla professione, su quanto si sta dibattendendo a livello nazionale e che avrà forti ricadute su tutta la professione.

Il primo concetto da chiarire è certamente quello per cui non si sta parlando di nuove competenze o competenze avanzate, bensì si punta al riconoscimento formale, professionale, organizzativo ed economico di ciò che gli infermieri di alcune realtà già svolgono in risposta ai crescenti bisogni della popolazione, del sistema sanitario, delle organizzazioni e della professione stessa. Ulteriore chiarimento riguarda il fatto che tale percorso vede come capofila la professione infermieristica e, a ricaduta, coinvolgerà tutte le professioni sanitarie.



Il percorso è iniziato alla fine del 2011, quando, sulla base delle necessità dei sistemi sanitari regionali e dell'*upgrading* infermieristico riscontrato, i rappresentanti di alcune regioni hanno richiesto una maggiore definizione per percorsi specialistici, come ad esempio il *see and tree*, che hanno talvolta procurato criticità di rapporti con altre professioni, ma, nel contempo, hanno prodotto *outcomes* positivi nei confronti dei bisogni assistenziali.

Il primo documento prodotto e proposto al Ministero da parte dei suddetti rappresentanti, divulgato ad aprile del 2012, vedeva una definizione non di competenze bensì di attività/compiti che richiamavano alla memoria vecchie impostazioni normative risalenti agli anni '70.

Sulla base di tale documento, la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (FNC), invia una nota in cui si rileva che *"il documento presentato appare molto più vicino ad una logica di tipo mansionariale. Si rileva infatti una elencazione di prestazioni..."* omissis *"... Vi è*

la volontà di introdurre le specializzazioni previste dalla legge 43/2006?... È necessario riflettere approfonditamente sugli elementi costitutivi per evitare che le funzioni specialistiche possano realizzarsi attraverso l'acquisizione di competenze fortemente diversificate da regione e regione".

In seguito a tale nota, il 26 aprile viene istituito il tavolo di lavoro congiunto sui profili professionali delle professioni sanitarie, in cui la FNC sostiene fortemente la necessità di prorarre il tempo a disposizione per la disamina della proposta per una valutazione, rivalutazione e condivisione all'interno della professione, al fine di presentare una controproposta, inviata al Ministero nel mese di luglio.

La nuova versione del documento, approvata in sede di Consiglio Nazionale, contiene la ridefinizione delle aree di intervento, identificandole in area delle cure primarie, area intensiva, area medica, area chirurgica, area neonatologica e pediatrica e area salute mentale e dipendenze.

Si introducono riferimenti più espliciti alla legge 43/2006, nello specifico, quanto previsto dall'articolo 6 comma 1, che definisce l'infermiere specialista come colui che ha acquisito competenze grazie ad un master di I livello.

La volontà dichiarata è quella di valorizzare i colleghi che hanno acquisito competenze nella gestione di processi in *setting* assistenziali specifici attraverso percorsi universitari, definendoli infermieri specialisti e nel contempo di riconoscere anche le competenze acquisite rispetto a tecniche specifiche (es. team pic, eco fast, ecc.) di infermieri definiti esperti, dando a questi ultimi la possibilità di convertire i percorsi formativi aziendali o regionali in CFU accademici e accedere così ad una qualificazione per completare l'eventuale percorso specialistico.

La bozza prevede quindi il duplice canale formativo regionale/aziendale e universitario, ma riconduce il primo al secondo, utilizzando il sistema del riconoscimento dei CFU, con l'obiettivo di rispondere, da una parte, alle necessità delle singole realtà regionali e, dall'altra, garantire uniformità ed omogeneità sul territorio nazionale.

Il percorso fin qui illustrato, ha però sollevato non poche barriere da parte di altri professionisti, soprattutto degli appartenenti alla disciplina medica, giungendo a fine 2013 alla dichiarazione da parte dell'intersindacale medica sulla non disponibilità ad accettare l'evoluzione della professione infermieristica, denunciando uno "sconfinamento" delle competenze.

Si è tentato di superare la chiusura posta da parte dell'intersindacale medica attraverso la definizione a gennaio della "cabina di regia", al fine di facilitare

la comprensione, la condivisione e il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari nella ridefinizione e attualizzazione del sistema delle relazioni interprofessionali.

Tale documento doveva essere poi divulgato dal Ministero in pochi giorni, ma i noti cambi avvenuti a livello di Governo, che hanno visto il mantenimento in carica del Ministro Lorenzin, ma il cambio del Sottosegretario, hanno provocato una stasi che dovrebbe risolversi nel breve periodo.

Lo sblocco permetterebbe l'assegnazione delle deleghe da parte del Ministro e, quindi, la prosecuzione dell'iter del documento per la sua approvazione finale in Conferenze Stato/Regioni. Ad oggi quindi si attende la ripresa del percorso intrapreso, che permetterà di definire sulla base dell'art. 6 della Legge 43/2006, le aree di specializzazione infermieristica basandosi sul Profilo Professionale.

Si definiranno quindi aree specialistiche, che riconosceranno percorsi formativi accademici inerenti l'ambito delle cure primarie, dell'emergenza/urgenza, della medicina, della chirurgia, dell'ambito pediatrico e della salute mentale, rimandando l'applicazione contrattuale delle stesse allo specifico sindacale.

Il Collegio mantiene quindi alta l'attenzione sulla tematica a tutti i livelli, coinvolgendo gli interlocutori provinciali, regionali e nazionali, al fine di poter rendere attuativo un percorso che riconoscerà le competenze specialistiche e l'esperienza dei professionisti, a favore del sistema salute e soprattutto degli assistiti. ■

Organici infermieristici e mortalità

a cura di Nadia Stuani



Il 26 febbraio 2014 la rivista *The Lancet*¹ ha pubblicato una ricerca europea, in merito all'importanza del numero e della qualifica del personale assistenziale, per la riduzione del rischio di mortalità dei pazienti nel periodo post-operatorio.

La pubblicazione ha avuto un modesto impatto sui mezzi di comunicazione, ma lo studio effettuato è di notevole importanza essenzialmente per due motivi:

> è un ambito di ricerca già analizzato, ma è la prima volta che si effettua un lavoro di così ampie dimensioni in Europa, precisamente in 9 Paesi Europei, presi a campione di tutte le diverse realtà nazionali;

> i risultati ottenuti confermano appieno quelli delle ricerche effettuate negli Stati Uniti, in Canada e in alcuni singoli stati dell'Unione Europea.

Ciò che emerge da questa ricerca, effettuata in 300 ospedali di 9 Paesi Europei, su 422.730 pazienti, sottoposti a procedure chirurgiche "comuni" (interventi di media e bassa complessità), è che la carenza nel numero di infermieri (aumento del personale di supporto a dispetto dei professionisti) porta sicuramente ad un aumento del rischio di mortalità del paziente.

Il numero e la qualifica del personale, addetto all'assistenza della persona nell'immediato periodo post-operatorio, sono stati acquisiti dalle risposte

alle interviste del personale infermieristico di ogni ospedale, mediante lo strumento "RN4CAST nurse survey". Nello specifico, l'infermiere è quel professionista che, in possesso della Laurea triennale in Infermieristica, eroga assistenza di natura tecnica, educativa e relazionale alle persone che ogni giorno incontra nell'esercizio della sua professione. Il personale infermieristico in ogni ospedale è stato calcolato nell'indagine, dividendo il numero di pazienti per il numero di infermieri che ogni soggetto intervistato riferiva essere presente, nel proprio reparto, nel loro ultimo turno.

Sono stati raccolti i dati sulla mortalità dei pazienti post-operati, dimessi dagli ospedali in studio nell'anno più prossimo al sondaggio che è stato effettuato tra il 2007 e il 2009.

L'analisi ha incluso pazienti con età superiore ai 50 anni, con una degenza in ospedale di almeno due giorni, sottoposti ad interventi di chirurgia generale, ortopedica o chirurgia vascolare, per i quali erano disponibili i dati completi relativi alle comorbidità presenti al momento del ricovero, il tipo di chirurgia, le condizioni alla dimissione e altre

variabili utilizzate per l'aggiustamento del livello di rischio.

I chiarissimi risultati indicano che: "[...] per ogni malato in più di cui gli infermieri devono prendersi cura, il rischio per l'assistito di morire entro 30 giorni dal ricovero aumenta del 7%. Al contrario, tale rischio si riduce del 7%, se viene aumentato del 10% il personale infermieristico.

Questi risultati sono simili a quelli degli studi effettuati sui pazienti chirurgici negli ospedali degli USA e del Canada [...]".

Negli ospedali dove gli infermieri si occupano dei malati con un rapporto di 1:6 malati e il numero degli infermieri risulta adeguato, il rischio di mortalità ospedaliera è inferiore di quasi il 30%, rispetto ai malati curati dalle strutture dove la quota degli infermieri risulta sottostimato ed il rapporto infermieri/assistiti è di 1:8.

In definitiva, avvertono i ricercatori, "i tagli al personale infermieristico per risparmiare potrebbero avere effetti negativi sui risultati di salute dell'assistito, mentre migliori livelli formativi per gli infermieri potrebbero ridurre le morti evitabili in ospedale". ■

1 www.thelancet.com. Published online February 26, 2014.



Relazione Programmatica anno 2014

*Presentata nell'assemblea annuale degli iscritti del Collegio IPASVI di Bergamo
il 19 marzo 2014*



Anche quest'anno si è svolto uno dei tradizionali appuntamenti di condivisione con gli iscritti: l'assemblea annuale. All'interno della stessa sono stati presentati, da parte del tesoriere Belometti Dolores, il rendiconto generale consuntivo e il bilancio di previsione in merito a progetti futuri, mentre nello specifico della relazione consuntiva e programmatica della Presidente Beatrice Mazzoleni, le attività svolte a livello Nazionale, Regionale e provinciale (nelle varie Commissioni di lavoro). Prima di riportare all'interno di questo articolo i punti salienti, che ci auguriamo permettano anche ai colleghi che non sono riusciti ad essere

presenti la condivisione dei contenuti, vediamo alcuni numeri. Siamo sempre una famiglia numerosa, che al 31 dicembre risulta essere composta da 6.629 iscritti. Il Consiglio Direttivo nel 2013 si è riunito 20 volte, ha protocollato circa 1.610 documenti, risposto a 47 quesiti degli iscritti più 2 pareri legali. A livello invece di attività ecco cosa è successo nei vari ambiti e che ci ha visto direttamente coinvolti.

NAZIONALE

1. Ricorderete il percorso formativo attuato dal Collegio IPASVI, circa la conoscenza e l'utilizzo delle banche dati CINAHL PLUS full text, che ha

visto impegnato oltre ad alcuni consiglieri diversi colleghi (che ringrazio) per la diffusione capillare nelle maggiori Aziende e RSA della provincia.

2. La questione relativa all'Ordinistica a cui, di fatto, manca solo l'attuativo. Presentato recentemente il DDL del Ministro Lorenzin, aspettiamo fiduciosi.
3. Importante lavoro relativo al settore della Libera Professione, che ha portato alla realizzazione di un vero e proprio Vademecum.
4. La lunga e sospirata questione relativa alle competenze infermieristiche, che mira a definire le aree di specializzazione infermieristica e che ci vede attualmente impegnati in seguito all'accordo sulla "cabina di regia" approvata dopo le dichiarazioni di contrapposizione da parte dell'intersindacale dei medici.

REGIONALE

1. Costanti rapporti con la Regione e gli Assessorati (famiglia, Sanità) al fine di produrre documenti condivisi in merito a standard assistenziali, territorio ecc.
2. Tavoli tecnici sul contesto territoriale relativo all'attivazione della figura dell'infermiere di famiglia/comunità.
3. Commissione regionale ECM e osservatorio, in merito alla qualità formativa.
4. Il Consiglio Direttivo, in merito all'evento EXPO 2015, in collaborazione con CNAI (Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri) e GPAIN (Gruppo Permanente delle Associazioni Infermieristiche Nazionali) ha aderito al progetto NURSES for EXPO. Obiettivo: dare visibilità al

contributo e al ruolo che la professione infermieristica apporta, anche nello specifico tema dell'alimentazione.

PROVINCIALE

1. Collaborazione con DG, SITRA, Coordinatori infermieristici, aziende della nostra provincia.
2. Incontri con studenti del 3° anno del Corso di Laurea e partecipazione nelle commissioni d'esame finale.
3. Collaborazione e partecipazione attiva a Commissioni della Provincia e della Curia.
4. Consulta provinciale delle professioni sanitarie.
5. Importante creazione di gruppi di lavoro per realizzazione di un progetto di RICERCA INFERMIERISTICA sugli strumenti di rilevazione del dolore.
6. Commissioni di lavoro.

Andiamo ora a vedere, nello specifico, il lavoro svolto dalle singole commissioni, sottolineando che, in particolar modo, quest'anno ha visto protagonisti le commissioni Innovazione e Formazione, con un costante miglioramento e innalzamento sia del livello qualitativo formativo, oltre che di realizzazione e propaganda della campagna promozionale, relativa all'immagine dell'infermiere dal titolo "Io infermiere mi curo di te" di cui abbiamo già trattato nel precedente numero di Scripta Manent.

COMMISSIONE REDAZIONE

- Rivista SM on line sul sito e costante monitoraggio dell'indirizzo mail per suggerimenti e invio di articoli da pubblicare.
- Pubblicazione di articoli report redat-

ti dai colleghi che partecipano ai corsi di formazione.

- Continua collaborazione con Bergamo Salute.
- Implementazione dei canali FACEBOOK (1602 contatti) e MAILING LIST (1815 contatti).

COMMISSIONE PROMOZIONE IMMAGINE

- Continuazione degli interventi di orientamento nelle scuole secondarie di secondo grado e di educazione sanitaria nelle materne e primarie.
- Collaborazione con Consiglio delle Donne e Presidente Nazionale OSDI (Associazione Diabetologia Operatori Sanitari Italiani).
- Condivisione campagna promozionale sull'immagine dell'infermiere.

COMMISSIONE LIBERA PROFESSIONE E TERRITORIO

- Consulenza telefonica agli iscritti.
- Aggiornamento area informativa e documentazione consultabile online.
- Monitoraggio sulle liberalizzazioni delle tariffe.
- Collaborazione con gruppo regionale sull'infermiere di famiglia.

COMMISSIONE FORMAZIONE

Dal punto di vista della formazione quest'anno il Collegio ha fornito una programmazione formativa, possiamo dire, eccellente, non solo per i contenuti e i docenti proposti, ma anche per la capacità di discernimento, che ha permesso di soddisfare tutte le varie esigenze e richieste formative pervenute da parte degli iscritti. Grosso impegno, come accennavo precedentemente, relativo all'utilizzo delle banche dati CINAHL PLUS, ma non solo.

Ottimi anche i riscontri avuti nelle varie edizioni (e ripetute riedizioni) dei corsi tenuti dal Dott. Tinto e dalla Dott.ssa Peotta, che hanno affrontato con professionalità la sfera emotiva relativa alla nostra professione, e nelle due edizioni tenute, dall'Avvocato Gamba e dal Magistrato Macchioni, circa la simulazione di un procedimento penale a carico di un infermiere. Da non dimenticare anche il percorso formativo mirato e rivolto ai coordinatori infermieristici, a cura della Dott.ssa Ravelli. Nella settimana del 12 maggio sono previste una serie di iniziative a favore degli iscritti ma anche della cittadinanza, al fine di rendere visibile l'impegno e la professionalità della nostra categoria.

COMMISSIONE INNOVAZIONE

Oltre alla continua evoluzione dei canali di comunicazione con gli iscritti (FB, ML e sito), come già accennato, grosso impegno per l'attuazione, promozione, divulgazione, implementazione della campagna promozionale sull'immagine dell'infermiere dal titolo **"lo infermiere mi curo di te"**. Realizzazione e divulgazione di un **"tascabile"** rivolto alla cittadinanza nel quale sono comprese:

- informative circa la prevenzione delle principali malattie degli adulti e dei bambini;
- principali nozioni di primo soccorso, la cui distribuzione, inizierà in occasione della settimana del 12 maggio, nell'evento formativo rivolto al cittadino.

COMMISSIONE QUALITÀ

- Conferma certificazione ISO Rivista Collegio, anche in versione informatizzata.

- Miglioramento ed implementazione dei servizi offerti agli Iscritti.
- Redazione ed implementazione di nuovi protocolli interni per la gestione degli archivi, dei protocolli e l'organizzazione di eventi formativi.

COMMISSIONE OSS

- Collaborazione con Coordinamento Regionale per la stesura di "Linee guida per la formazione degli operatori di supporto nelle aree tecnico-operativa e igienico-sanitaria", documento condiviso con responsabili e docenti, corsi di formazione, da proporre in Regione per uniformare i percorsi.
- Identificazione nuovi commissari d'esame.
- Corso formazione per commissari d'esame.

COMMISSIONE INFERMIERI STRANIERI

Continua il costante impegno al fine di vigilare e controllare il livello di preparazione degli infermieri stranieri, che arrivano al nostro Collegio, chiedendo l'iscrizione all'Albo. Come già detto in precedenti articoli, prima della loro iscrizione devono sostenere un esame d'ingresso, i cui contenuti riguardano l'aspetto legislativo e assistenziale, oltre che di comprensione della lingua italiana. Nel corso dell'anno sono state istituite 8 sessioni d'esame per un totale di 25 infermieri.

Nel congedarci, ricordo sempre che **chiunque volesse contribuire e collaborare all'interno delle varie Commissioni, può in qualunque momento contattare la segreteria del Collegio.** Grazie! ■



Sputò a un infermiere per l'attesa: condannata

a cura di Mariachiara Mainardi, Marco Ghidini,
Manuel Spinelli



Siamo abituati a notizie di cronaca che attribuiscono alla sanità reati di diversa natura a danno di persone assistite e i cui imputati sono professionisti della sanità e medici.

A volte, purtroppo o per fortuna, si assiste al rovescio della medaglia; è il caso di un infermiere residente ad Albano Sant'Alessandro che, al momento del fatto, prestava servizio presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Treviglio.

L'episodio risale a sette anni fa, quando l'infermiere era in servizio all'accettazione del Pronto Soccorso. Durante il turno si presentò una donna con una reazione allergica cutanea. L'infermiere le aveva assegnato un codice verde e l'aveva invitata ad aspettare il proprio turno nel triage d'attesa. Passata circa un'ora un collega dell'infermiere, presente all'accettazione chiamò un altro codice verde arrivato al pronto soccorso dopo la donna con la reazione allergica cutanea, ma diretto all'ambulatorio chirurgico, quindi con una tipologia di visita differente rispetto alla donna. Fu allora che la paziente cominciò a insultare l'infermiere all'accettazione, minacciando lui e l'intera struttura ospedaliera, infine sputando dritto in faccia all'operatore e allontanandosi dalla struttura senza farsi visitare. A seguito dell'aggressione verbale e fisica,

l'infermiere sparse denuncia al comando dei carabinieri di Treviglio, formalizzando la querela. La donna trentunenne è stata condannata a cinque mesi di reclusione e al pagamento delle spese processuali. Su di lei pesavano le accuse di ingiurie e interruzione di pubblico servizio.

Un fatto sicuramente increscioso che fa riflettere sul ruolo, spesso di confine, che ci troviamo a ricoprire come infermieri. Un ruolo che è fatto, sì, di tante responsabilità e doveri, professionali, giuridici e disciplinari, ma che non esula dai nostri diritti di liberi cittadini e di incaricati di pubblico servizio. Rispetto e tutela della dignità umana valgono tanto per la persona assistita, che sta ricevendo assistenza infermieristica, quanto per il professionista, che sta erogando il servizio. Principi etici che, peraltro, dovrebbero stare alla base della buona e civile convivenza tra pari.

La volontà dell'infermiere di non lasciar passare impunita la violenza subita va sicuramente riconosciuta e valorizzata, in quanto atto che tutela il valore e la dignità professionale di ogni infermiere, considerando oltretutto il fatto che, al momento della denuncia, l'operatore non si è costituito parte civile, quindi non ha richiesto né ottenuto alcun rimborso. ■

L'ex Ospedale segreto nella Roccia a Budapest

a cura di Marisa Uberti



In occasione di un mio recente viaggio nella capitale ungherese ho avuto modo di scoprire con una visita guidata uno dei luoghi meno noti, ma più interessanti della città: l'ex ospedale segreto e bunker nucleare situato nei sotterranei della collina del Castello di Buda¹. L'Ospedale-Museo nella Roccia (Sziklakórház Múzeum, in lingua magiara) offre, per la categoria infermieristica, una riduzione del prezzo del biglietto d'ingresso, presentando il proprio tesserino di iscrizione all'Albo. La struttura è parte di un tortuoso sistema di circa dieci chilometri di cunicoli sotterranei, interconnessi tra loro; queste cavità (in parte naturali e in parte artificiali) passarono, all'unificazione di Buda e Pest (1873), in proprietà alla Capitale, che

ne ordinò l'ispezione a partire dal 1930. Il tratto sotterraneo della Via Úri venne destinato dal sindaco di Budapest a divenire il centro di allerta "K", la prima area costruita nell'Ospedale nella Roccia. L'odierno museo è testimone storico, ben conservato, dell'intensa attività medico-assistenziale in alcuni frangenti drammatici che Budapest (al pari di altre città europee) ha attraversato nel XX secolo; operò in emergenza durante la seconda guerra mondiale fino al luglio del 1945. In seguito venne riaperto, in clandestinità, durante la rivoluzione del 1956 per il trattamento di feriti civili e soldati. Tra il 1958 e il 1962 è stato ampliato per resistere a potenziali attacchi chimici e nucleari durante la Guerra Fredda. La sua esistenza fu tenuta rigo-

rosamente segreta, in quel periodo, e aveva un nome in codice, *Losk 0101/1*. La temperatura dei locali si aggira costantemente tra i 15-18° C; la profondità del percorso è di 15-20 metri sotto la superficie, schermato da un muro di un metro di spessore. Nel corso della visita si ha la possibilità di ritornare indietro nel tempo e di percorrere i labirintici corridoi dove è ancora accatastato vario materiale per medicazioni, vetrine che mostrano gli strumenti chirurgici dell'epoca, le sale di degenza, i bagni per uomini e per donne, la cucina, le camere di accettazione, la sala delle infermiere, il lettino ginecologico e molto altro. Le 83 realistiche figure di cera rappresentano medici, infermieri, pazienti e militari, con le loro divise debitamente ricomposte sui modelli originali. Ma non solo: la visita permette di conoscere nel loro ambiente originale i macchinari che all'epoca erano considerati di altissimo livello, mentre nella seconda parte del percorso si attraversano i locali del bunker nucleare, destinato ad ospitare 200 persone tra medici e infermieri per tre settimane dopo un attacco atomico durante la Guerra Fredda, specialmente in concomitanza con la crisi dei missili a Cuba nel 1962. Il clima "tranquillo" che regna oggi nei locali, rende difficile immaginare l'inferno che personale e pazienti vissero tra il dicembre 1944 e il gennaio 1945 durante l'assedio di Budapest, quando queste sale erano affollate di feriti, moribondi e morti. Il tasso di mortalità era molto alto a causa delle gravissime ferite, ma anche per la scarsità di acqua e di forniture mediche, e per le condizioni igieniche conseguenti al sovraffollamento e per il rischio di infezioni. Si era arrivati al punto di togliere le bende ai cadaveri, per sterilizzarle e utilizzarle di nuovo. I defunti venivano

portati fuori dall'ospedale sotterraneo di notte e sepolti nei crateri provocati dai bombardamenti. A volte anche i cavalli morti venivano portati nella cucina e cotti.

L'origine dell'Ospedale nella Roccia risale al 1939 e inizialmente fu progettato per accogliere 60 persone; aveva tre camere di degenza (una per i maschi, una per le donne e una per i soldati), una sala operatoria e vari ambulatori. L'acqua, elemento insostituibile e necessario, veniva attinta dal punto di primo soccorso che era già dotato di magazzini e unità idriche.

I 60 posti letto previsti in origine ben presto non bastarono più e vennero montati dei letti a castello, ciascuno con due o tre pazienti! La camera operatoria era separata dal resto del corridoio da una semplice vetrata. L'ospedale nella Roccia rimase l'unico posto in cui funzionava l'apparecchio per le radiografie, grazie alla sua alimentazione indipendente. Venne dichiarato *Ospedale della Croce Rossa Internazionale*, così i sovietici rispettarono la struttura, le attrezzature e, soprattutto, il personale e i pazienti, che continuarono ad aumentare: tra il 1944 e il 1945 i locali dell'ospedale sotterraneo furono riempiti da circa 300 persone, a fronte di soli 120 posti letto. In alcuni periodi i pazienti pare fossero circa sei o settecento, una situazione inimmaginabile! Le barelle venivano messe nei corridoi, per terra, le stanze erano stipate di feriti. Nel giugno del 1945, al termine del conflitto bellico, venne ordinata la chiusura dell'ospedale nella Roccia; i medici furono indagati da una Commissione d'inchiesta e i dipendenti dispersi.

L'ospedale ritornò in funzione alla fine di ottobre del 1956, in seguito alla Rivoluzione ungherese. Medici ed infermieri



vengono ricordati come abili professionisti; c'erano anche diverse infermiere volontarie e allieve infermiere, che sperimentavano qui una "scuola intensiva"! Molte nascite avvennero in quel tempo nell'ospedale sotterraneo e qualcuno, quasi sessantenne, è ritornato a visitare l'attuale allestimento museale, dove nacque, grazie a quella forza della vita che è più forte di tutto.

L'ospedale venne evacuato e chiuso alla fine del 1956, ma i Servizi Segreti continuarono a puntarvi l'attenzione. Durante la cosiddetta *Guerra Fredda* venne "riadeguato", incrementando la superficie della struttura ipogea del 30%. L'ospedale divenne parte del sistema di difesa civile e detto "segreto". Il personale del S. Giovanni vi si recava regolarmente per fare pratica, sempre in gran segreto. Il bunker doveva essere in grado di fornire riparo contro gli effetti conseguenti all'esplosione di un'arma nucleare, cioè all'onda d'urto, al calore e alle radiazioni, oltre al possibile sisma che avrebbe potuto danneggiare comunque l'ospedale, specie

se l'esplosione atomica fosse avvenuta nella parte occidentale di Buda. Alla fine degli anni '70 del XX secolo, con l'invenzione della più potente bomba a neutroni (fortemente radiante), l'importanza della struttura si ridusse perché l'attrezzatura di cui esso era dotato era al di sotto degli standard, in poche parole difettava in alcuni requisiti. Per fortuna non ci fu mai bisogno di metterlo alla prova. Nel 1989, con il crollo del blocco comunista nell'Est europeo, i fondi vennero tagliati, ma solo nel 2002 la classificazione "segreto" fu tolta. Il vecchio regime controllò i dipendenti del vecchio ospedale sotterraneo per decenni. Dal 2008 la struttura è stata trasformata in Museo. ■

(Endnotes)

1 Il sito ufficiale, dove si può trovare utile documentazione e ogni informazione pratica, è: <http://www.sziklakorhaz.eu/en> (versione in lingua inglese; non è tradotto in italiano). Per approfondire: Gábor Tatai "La breve storia dell'Ospedale nella Roccia 1935-2002", Museo Ospedale nella Roccia, Budapest, 2012

All'alba del sesto sole

a cura di Mariachiara Mainardi
Si ringrazia il collega Oscar Cattaneo
per la preziosa collaborazione



Un libro tra realtà e romanzo, tra autobiografia e fantasia, il cui autore è Oscar Cattaneo, un infermiere che da anni lavora presso il reparto di psichiatria dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII.

Un romanzo improntato sull'amore che, come definisce bene l'autore, è il filo conduttore dell'intera esistenza di ogni uomo. La voglia di raccontarsi e di vincere la morte fisica, ma ancora di più quella emotiva, sono stati gli elementi motori e promotori della stesura del libro. L'esperienza con i pazienti psichiatrici ha permesso a Oscar di conoscere e riconoscere se stesso, rielaborando i propri vissuti, partendo dal senso d'inadeguatezza personale, dall'autostima e ripercorrendo alcune relazioni con figure significative che hanno segnato in modo profondo la sua storia.

"Soldati. Si sta come d'autunno sugli al-

beri le foglie" è l'incipit che apre il capitolo dedicato all'esperienza professionale in ambito psichiatrico. In questo capitolo vengono trattati temi come l'incertezza, la paura e la precarietà, condizioni di vita che non riguardano solo chi vive disagi psichici, ma che ogni persona ha vissuto o vive nella propria vita, seppur con modalità e intensità diverse. Questa consapevolezza dovrebbe aiutare chi sta male a sentirsi meno solo. La relazione d'aiuto che s'instaura con il paziente psichiatrico apre a possibilità di vita buona e migliore, non solo per l'assistito ma anche per chi assiste: la vera bellezza sta nel rendersi conto della bidirezionalità dell'assistenza; non solo si dà, ma si riceve anche.

Un tema trattato in modo trasversale in tutto il romanzo è la paura, che assume le vesti della figura del diavolo: *"chi ha paura*

della paura?”. La paura è la madre di tutti i disturbi psichiatrici, è ciò che mantiene in essere la malattia. La paura va raccontata, va portata fuori da sé e messa nelle mani di qualcuno che possa rimodellarla e rinominarla: ciò vale non solo per i pazienti, ma anche per gli infermieri; bisogna uscire dalla logica che ci eleva a “supereroi senza macchia e senza paura”. Del resto chi non ha paura? Una giusta dose di paura è fisiologica e auspicabile, è l’eccesso di paura che paralizza e diventa patologico. La paura diviene così il polo opposto dell’Amore, la sua negazione, e può essere vinta affidandosi a qualcuno che possa contenerla.

Il racconto di Oscar prosegue arricchito di esperienze mistiche, viaggi nell’aldilà ed elementi di vita vissuta, che hanno permesso un percorso di crescita e maturazione spirituale dell’autore. Il messaggio finale che vuole lasciare ai colleghi infermieri e a chiunque vorrà avventurarsi all’interno di questo romanzo è che, alla fine di tutto, ciò che rimane è l’amore: *“quello puro che non guarda il saio, non guarda il vestito, non guarda la struttura, ma guarda la Luce che presente è nel cuore, la Luce che presente è in ogni essere umano e che, attraverso di essa, fa scaturire quella scintilla che compone l’Amore”*. ■

Festa al Parco di Redona
con le Ludoteche del comune di Bergamo

SOSTENIAMOCI

a cura di Marina Lanzi



Sabbato 7 settembre si è rinnovato l’appuntamento di apertura dell’anno scolastico, che ci lega alla Festa delle Ludoteche del Comune di Bergamo e abbiamo trascorso un pomeriggio di festa, distribuendo materiale didattico ai genitori, lasciando scoprire ai bambini, attraverso la composizione del maxi puzzle del lavaggio delle mani, le fasi corrette da utilizzare quando si devono lavare le proprie mani. La festa annuale delle ludoteche segna l’apertura dell’anno per i servizi dell’infanzia, pubblici e privati, presenti in città e provincia e “Sosteniamoci” è il titolo scelto quest’anno per l’iniziativa che ha visto coinvolti, oltre noi, 60 associazioni in una splendida giornata di sole che ha contribuito alla riuscita della manifestazione. Il filo conduttore della sostenibilità ha collegato gli interventi nei vari punti del parco e noi eravamo presenti con il tema, che ormai ci

accompagna nel tempo del lavaggio delle mani in maniera corretta, argomento trattato nel maxi puzzle da ricostruire con il passaggio di tutte le fasi, dei mini puzzle da ricomporre a casa distribuiti a quanti hanno partecipato, dei mini poster e dei maxi poster per i bagni delle scuole che richiedono i nostri interventi sull’argomento. Ormai con la Ludoteca Giocagulp di Redona l’appuntamento annuale è consolidato e nel corso dell’anno diamo sempre la disponibilità di un appuntamento ulteriore per quanti fruiscono del loro servizio - appuntamento che nel 2013 è stato tenuto dalla collega Rosangela Tentori a Giugno - all’interno della ludoteca. Grazie alle colleghe partecipanti che rinnovano l’adesione nel tempo e a quanti vorranno aggiungersi con i propri figli: “sosteniamoci” nella scelta educativa e “sosteniamo” le scelte dei nostri bambini! ■

L'ECM: strumento imprescindibile di crescita professionale

a cura di Alessandra Negroni e Sara Tiraboschi



L'ECM è il processo attraverso il quale "tutti gli operatori sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva" si mantengono aggiornati per rispondere ai bisogni degli assistiti, alle esigenze organizzative ed operative del Servizio Sanitario ed al proprio sviluppo professionale. La Formazione Continua in Medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili ad una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze, per offrire una assistenza qualitativamente efficace e per prendersi cura dei propri pazienti, con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo di potere essere un valido professionista. L'avvio del Programma Nazionale di ECM nel 2002, in base al D.Lgs. 502/1992 integrato dal D.Lgs. 229/1999, che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti sanitari, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità.

Dal 1° gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua sono stati trasferiti all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**Agenas**). L'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007, che ha definito il Riordino del Programma di Formazione Continua in Medicina e ha stabilito la nuova organizzazione e le nuove regole per la Governance del sistema ECM del triennio 2008-2010, ha individuato infatti nell'Agenzia la "casa comune" a livello nazionale, in cui collocare la Commissione Nazionale e gli organismi che la corredano.

Tra questi, la Commissione Nazionale si avvale del **Co.Ge.A.P.S.** (Consorzio per la Gestione delle Anagrafiche delle Professioni Sanitarie), strumento attuativo della Convenzione stipulata con il Ministero della Salute, che prevede la realizzazione di un progetto sperimentale per la gestione e certificazione dei crediti formativi ECM, l'istituzione di una anagrafe dei profes-

nisti sanitari e l'allestimento di un servizio tecnico permanente di aggiornamento dedicato ai rapporti con gli enti pubblici.

È stata, infatti, implementata la realizzazione di un sistema operativo unitario per la gestione e la certificazione dei crediti formativi: il portale internet, caposaldo non solo per i professionisti sanitari, relativamente a funzionalità di anagrafica ed ECM ma, anche, strumento per una migliore comunicazione istituzionale e professionale. Questo elemento costituisce un punto di accesso per l'erogazione dei servizi di anagrafica e di ECM, poiché è un sistema predisposto per l'autenticazione e la profilazione degli utenti a garanzia delle Istituzioni di riferimento.

Lo scorso luglio 2013, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua, mediante la **Determina della CNFC del 17 Luglio 2013**, ha stabilito tutte le regole che riguardano esoneri, esenzioni, tutoraggio individuale, formazione all'estero, autoapprendimento, modalità di registrazione e certificazione. Tale documento costituisce un riassunto dei criteri stabiliti dalla Commissione negli anni precedenti rispetto alle tematiche citate, introducendo alcune novità.

Tra queste si menziona che il Collegio IPA-SVI è competente a riconoscere e registrare nella banca dati Co.Ge.A.P.S., gli esoneri, le esenzioni e i crediti ECM acquisiti (anche nel periodo 2008/2013 non ancora presenti nella banca dati Co.Ge.A.P.S.) previa presentazione, da parte del professionista sanitario, della relativa documentazione (attestato di frequenza corsi di formazione post-base, documentazione

comprovante il periodo di sospensione dell'attività professionale, attestazione di svolgimento dell'attività di tutoraggio rilasciata dall'ente per il quale si è esercitata l'attività di tutoraggio, etc.).

Inoltre, la certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo, inerente i crediti acquisiti nel triennio di riferimento, viene effettuata tramite il portale Co.Ge.A.P.S. per i professionisti sanitari iscritti a Ordini/Collegi.

Mentre l'attestazione dei crediti formativi, è rilasciata da Ordini/Collegi con indicazione del numero dei crediti effettivamente registrati.

Gli Ordini/Collegi, in merito a quanto citato, *"si collocano all'interno del sistema quali soggetti del tutto legittimati ad esercitare una propria funzione di responsabilità e garanzia dei professionisti e delle attività da questi svolte verso i cittadini"*.

Si ricorda che l'Accordo Stato/Regioni del 19 Aprile 2012 ha stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2011-2013 e ha previsto, inoltre, la possibilità, per tutti i professionisti sanitari, di riportare dal triennio precedente (2008-2010) fino a 45 crediti.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha individuato in **150 crediti** il debito formativo per tutte le professioni anche per il triennio **2014-2016**.

L'obbligo formativo annuale per il professionista sanitario (non libero professionista) è di un terzo del proprio fabbisogno triennale (50 crediti/anno), al netto delle riduzioni derivanti da esenzioni ed esoneri. Il professionista sanitario può discostarsi del 50% dall'obbligo formativo annuale.

Crediti acquisiti nel triennio 2008-2010	Fabbisogno Triennale 2011-2013	Fabbisogno annuale 2011- 2013
Da 101 a 150	105	Da 17,5 a 52,5
Da 51 a 100	120	Da 20 a 60
Da 30 a 50	135	Da 22,5 a 67,5

Alla luce di quanto espresso nella determina, si sta avviando una nuova fase dell'ECM, che contiene molte innovazioni e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

Attualmente in fase di sperimentazione, attraverso l'accesso al portale del Co.Ge.A.P.S. con chiavi di accesso personali, il Dossier Formativo: strumento a disposizione del professionista e del Sistema Sanitario per una pianificazione del percorso formativo per il triennio 2014-2016, che risponda sia alle esigenze del singolo in termini di aggiornamento professionale che a quelle derivanti dai Piani Sanitari Nazionali/Regionali e dell'organizzazione nella quale presta la propria opera lo stesso professionista.

Il **Dossier Formativo** è uno strumento di programmazione, rendicontazione e verifica ad uso e gestione del professionista che autodetermina, con libertà ed autonomia, il proprio percorso di aggiornamento.

Il Dossier Formativo prevede quattro specifiche sezioni:

1. Anagrafica: che contiene il profilo anagrafico con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa/posizione organizzativa e del curriculum dell'operatore.

2. Programmazione: indicante il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta.

3. Realizzazione/Evidenze: che riporta le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca).

4. Valutazione: riguardante la valutazione periodica da parte del singolo professionista, dell'Azienda, degli Ordini, Collegi, Associazioni etc.

Le competenze e le conseguenti attività

formative a queste correlate, sono suddivise in tre macro-aree:

1. Competenze Tecnico-Professionali: attività formative effettuate in accordo alle linee guida stabilite dalle Società Scientifiche relative agli specifici ambiti professionali e in rapporto all'evoluzione tecnologica e scientifica.

2. Competenze di Processo relazionali/comunicative: attività formative relative al lavoro in équipe, ai processi di integrazione e comunicazione interna ed esterna, alla comunicazione con i parenti, con i pazienti etc.

3. Competenze di Sistema organizzativo/gestionale, in cui sono comprese le Competenze Generali Sanitarie cliniche ed assistenziali relative al proprio profilo professionale e al codice deontologico, alla conoscenza delle norme generali e del contesto organizzativo nel quale si opera.

Il Dossier Formativo, quindi, valorizza il diritto/dovere del professionista della Sanità di acquisire crediti ECM su tematiche coerenti con il proprio lavoro, profilo professionale e posizione organizzativa.

Contestualmente all'apertura della banca dati del Co.Ge.A.P.S. ai singoli professionisti sanitari, è stato attivato un Call Center per rispondere ai quesiti e dare supporto ai professionisti sanitari, sia per la compilazione del Dossier Formativo per il triennio 2014-2016, sia per fornire soluzioni ad eventuali quesiti sul funzionamento della banca dati del Consorzio o sul sistema ECM e sulla corrispondente normativa. Il numero da comporre è 06/42749600, scegliendo con il tastierino numerico l'opzione 4. La linea è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle ore 16. È stato altresì attivato un indirizzo e-mail dedicato: ecm@cogeaps.it per offrire un supporto ulteriore. ■

Sitografia

www.ape.agenas.it

www.cogeaps.it

www.salute.gov.it

Report del Corso:

La gestione in sicurezza delle prescrizioni farmacologiche e degli emoderivati

a cura di Marina Lanzi



Il 21 Febbraio 2014, presso la sala convegni del Collegio, si è tenuto il Corso sulla gestione in sicurezza delle prescrizioni farmacologiche e degli emoderivati. Il relatore, Dott. Paolo Libero, ci ha portato alla riflessione su quegli elementi di responsabilità dell'assistenza infermieristica che, partendo dalla Costituzione con riferimento all'Art.32, attraverso la L. 833/78 - DL 502/92 - L. Regionale E.R. 29/04 sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, ci guidano nel quotidiano e sono riferimenti giurisprudenziali al pari del Codice Deontologico e del Profilo professionale.

AUTONOMIA

L'Art. 32 della Costituzione parla di responsabilità riconducibile al termine di

autonomia che significa "governarsi con le proprie leggi", in tal senso ne deriva il nostro profilo D.M. 739/94 in cui l'Infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

L'Infermiere è titolare del proprio atto sanitario, con parole chiave, quali professionalità, autonomia e responsabilità: arriviamo qui al campo delle responsabilità professionali nella gestione della terapia, l'uso dei farmaci, dalla somministrazione allo smaltimento.

Non vorrei addentrarmi nei riferimenti normativi riguardo la distribuzione dei farmaci, che spaziano peraltro dalla 833/78 a quanto si sta discutendo in Parlamento. La disciplina dei farmaci specifica che: "deve essere diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e l'economicità del prodotto"

(Art 2 n.7 - L.833/78). Veniamo a noi: il profilo professionale prevede che l'**Infermiere "garantisca la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche"**, art.1, n.3, lettera d - D.M. 739/94.

L'autonomia e la responsabilità dell'Infermiere circa questa funzione consistono nello svolgimento delle procedure e nelle valutazioni necessarie, per garantire la correttezza dell'applicazione, e sono indicati in letteratura infermieristica una serie di controlli generali, da effettuarsi al fine di eliminare o ridurre al minimo la possibilità di insorgenza di errori nel corso del processo di somministrazione della terapia.

APPROVVIGIONAMENTO, CUSTODIA E DOCUMENTAZIONE DEI FARMACI E DEGLI STUPEFACENTI

Le norme relative alla gestione dei farmaci stupefacenti e della tenuta dei registri sono contenute all'interno del DPR 309/90, ma con legge 12/01 si è provveduto a rendere obbligatoria la tenuta di un registro apposito per le unità operative delle strutture sanitarie pubbliche e per i servizi territoriali, per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore. Secondo l'Art. 60 del DPR 309/90 *"il registro deve essere conforme a modello predisposto dal Ministero della Sanità e approvato con decreto del Ministro. Registro di entrata e uscita"*.

Importanti:

- art. 2-ter *"il registro di carico e scarico è conservato, in ciascuna unità operativa, dal Responsabile dell'assistenza infermieristica per due anni dalla data dell'ultima registrazione"*
- art. 2-quater *"il Dirigente medico pre-*

posto all'unità operativa è responsabile della effettiva corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale delle sostanze stupefacenti e psicotrope".

- art. 2-quinques *"Il direttore responsabile dell'ufficio farmaceutico compie periodiche ispezioni e redige apposito verbale da trasmettere alla direzione sanitaria"*.

Il registro di carico e scarico è costituito da 100 pagine e vidimato in ogni pagina dal direttore sanitario/suo delegato; il responsabile dell'assistenza infermieristica è incaricato della buona conservazione del registro.

La registrazione, sia in entrata che in uscita, deve essere effettuata cronologicamente, entro le 24 ore successive alla movimentazione, senza lacune di trascrizione. Dopo ogni movimentazione deve essere indicata la giacenza.

Nel caso di somministrazione parziale (mezza fiala) si procederà allo scarico dell'unità di forma farmaceutica.

In sintesi alcune considerazioni sulla pratica della somministrazione farmacologica:

- > L'autonomia e la responsabilità dell'Infermiere consistono nello svolgimento delle procedure e nelle valutazioni necessarie per garantire la correttezza della prescrizione **MA** le mutate condizioni cliniche della persona, intervenute dopo la prescrizione medica, possono suggerire all'Infermiere di astenersi temporaneamente dalla somministrazione, avvisando il medico del cambiamento sopraggiunto per una eventuale rivalutazione della terapia.
- > La prescrizione scritta con grafia poco leggibile è da considerarsi incompleta.
- > Secondo lo Standard per la sommini-

strazione di farmaci (United Kingdom Central Council of Nursing, 1992) *“è inaccettabile l'azione commessa dall'operatore che somministra una sostanza posta in una siringa o in un contenitore da un altro operatore, in assenza dell'operatore che assume la responsabilità della somministrazione al paziente”* e *“la prescrizione di farmaci sulla base di una prescrizione orale può essere accettata solo in casi di emergenza”*.

- > Le prescrizioni al bisogno (ad esempio: se dolore, se occorre, etc.) sono prescrizioni condizionate ad un evento futuro ed incerto; occorre distinguere tra le prescrizioni basate su segni clinici rilevabili oggettivamente dall'infermiere o su sintomi (ad esempio pressione arteriosa o temperatura corporea rilevabili in modo oggettivo).

SANGUE E EMODERIVATI

Partendo dall'attenzione ai concetti di sicurezza, legati all'approccio del risk management, e su quello di buona pratica legato all'Evidence Based Practice, arriviamo alla riflessione sulla responsabilità professionale degli infermieri utilizzando gli aspetti giuridici e giurisprudenziali noti.

L'evento trasfusionale (quindi la somministrazione di sangue intero ed emocomponenti, non farmaci plasmaderivati) si realizza con quegli emocomponenti **che necessitano di prove di compatibilità**, escludendo quindi la pura somministrazione di plasma: la distinzione è importante, in quanto nella trasfusione i rischi sono di ordine infettivo e trasfusionale, mentre nella somministrazione di plasma e plasmaderivati sussistono solo i primi rischi.

Il riferimento legislativo a tale riguardo

è Dlgs 19 Agosto 2005 n.191, di cui sintetizzo alcune peculiarità legate al quotidiano:

1. La trasfusione del sangue e degli emoderivati deve essere eseguita sotto stretto controllo medico e sulla cartella clinica (quale **atto di esclusiva competenza medica**) devono essere registrati gli estremi del contenitore, la data, l'ora di inizio e fine della trasfusione.

2. Secondo la Circolare del Ministero della Sanità, Commissione Nazionale per il Servizio Trasfusionale, del 1993, art 12: *“Inoltre il medico è **corresponsabile** con il personale infermieristico, dei seguenti atti: identificazione del paziente al momento dei prelievi di sangue e della emotrasfusione, verifica dell'identità tra il paziente che deve ricevere la trasfusione ed il nominativo del ricevente riportato sull'unità, infine la registrazione dei dati”*.

3. Sempre all'art. 12 si menziona che il **personale infermieristico è responsabile** dell'atto di invio al servizio trasfusionale delle segnalazioni di reazione trasfusionale e dei materiali necessari alle indagini conseguenti.

4. Dal pv giurisprudenziale non vi è dubbio che l'emotrasfusione è da considerarsi certamente atto medico, **ma diverso** è considerare tutti i passaggi della trasfusione atto medico come menzionato da *“La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Responsabilità giuridica e deontologica”* da Benci L., McGraw Hill, 2007.

Non riporto tutti gli aspetti di risk management legati alle tipologie di errori e i richiami legislativi che sono comunque stati toccati nel corso della giornata, forse poteva essere utile circoscrivere l'attenzione su punti nodali di pratica professionale. ■

Il collega chiede... il Collegio risponde!



a cura della Commissione Redazione



>>> Vorrei sapere se l'infermiere è tenuto a visionare gli esami ematici (urgenti e/o di routine) segnalando eventuali anomalie, piuttosto che l'esito di un esame strumentale e/o di una consulenza, con la conseguente chiamata del medico reperibile.

In merito alla possibile casistica che si può presentare nelle diverse realtà rispetto al controllo dei referti di esami strumentali o di altro tipo e la loro archiviazione nella documentazione sanitaria dell'assistito, le confermo che, effettivamente, si può e si deve parlare di responsabilità condivisa con il medico.

È infatti assodato che il medico è il responsabile del percorso diagnostico terapeutico, quest'ultimo includente gli esami e i referti, ma è anche vero che l'infermiere, in qualità di responsabile dell'assistenza (D.M. 739/94) utilizza anche i risultati degli esami per defini-

re e pianificare il processo assistenziale (articolo 22 del Codice Deontologico). Inoltre l'infermiere deve acquisire, attraverso il percorso formativo di base, post-base e di educazione continua, oltre che di esperienza, le competenze per valutare, senza fare diagnosi, i referti (articolo 11 del Codice Deontologico).

Quindi, qualora in base alla propria competenza l'infermiere evidenzia la presenza di criticità rispetto ai referti di esami prescritti, sulla base anche di percorsi condivisi con l'equipe medica rispetto ai percorsi clinico assistenziali del paziente, il professionista è tenuto a segnalare al

medico di riferimento tali anomalie, al fine di attivare o modificare il percorso terapeutico e le relative attività assistenziali. Ad oggi, nella letteratura giuridica, esistono sentenze, dove, dinnanzi alla

non segnalazione e all'attivazione di percorsi assistenziali errati, l'infermiere e il medico vengono entrambi definiti colpevoli. (Risposta del 28 febbraio 2014 - Prot. n. 350/14/MB/gn)

>>> Siamo due infermiere addette ad un'attività ambulatoriale, dotata di segreteria, presso una struttura ospedaliera e volevamo sapere se nel nostro profilo è contemplata anche l'emissione dei ticket, in quanto ci viene espressa verbalmente questa richiesta da parte dei nostri assistiti e per la quale ci siamo opposte, al fine di evitare un eventuale provvedimento disciplinare.

In merito al vostro quesito occorre far riferimento agli ambiti legislativi che regolano e sui quali si fonda la professione infermieristica. Come ben sappiamo la legge n. 42/99 ha abolito il mansionario, stabilendo che gli esercenti le professioni sanitarie (tra cui gli infermieri) vedono le proprie competenze definite:

- dal profilo professionale (DM 14 Settembre 1994 n.739)
- dalla legge 10 Agosto 2000 n. 251
- regolate dal Codice Deontologico.

Nello specifico nel profilo professionale, si dice che l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e che la stessa è di natura preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa. Il nuovo codice deontologico fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida

che strutturano il sistema etico, in cui si svolge la relazione con la persona/assistito, relazione che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Oltre a quanto detto, per capire meglio quale sia il proprio ruolo all'interno del contesto lavorativo, occorre far riferimento ai piani di lavoro, che senz'altro avrete a disposizione, nei quali l'attività risulta essere ben organizzata e pianificata. È indubbio che l'emissione del ticket sia di competenza amministrativa, e qualora la vostra richiesta derivasse da impellenti esigenze organizzative-gestionali e reali difficoltà, siate voi stesse propositive, attivandovi prontamente per trovare, ove possibile, strategie alternative, al fine di ottimizzare le risorse disponibili. (Risposta del 10 Febbraio 2014 - Prot. n. 248/14/SP/dm)

>>> Nell'estate 2013 si sono presentati i NAS presso la nostra struttura e hanno accertato la discrepanza tra le fiale di morfina indicate sul registro e quelle realmente presenti. L'errore è stato quello di aver utilizzato 1 fiala di morfina e di non averla scaricata dal registro. In rete ho trovato articoli e forum concordi nel dire che, in base alla legislazione vigente, il Responsabile penale della corrispondenza tra giacenza reale e registro è il dirigente medico. Avete notizie differenti o confermate anche voi questa indicazione?

Il riferimento legislativo riguardante la corretta gestione del registro stupefacen-

ti è il DPR 9 ottobre 1990 n. 309 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina

degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” che ha subito successive modifiche nella Legge Fini-Giovanardi, che ne ha modificato l’impostazione.

Rimane da sé che il registro degli stupefacenti è da considerarsi un “atto pubblico” e il Dirigente medico preposto all’Unità operativa è il responsabile dell’effettiva

corrispondenza tra la giacenza contabile e quella reale delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui alle tab. I, II, III e IV previste dall’art. 14. Le cito per completezza il D.M. emanato il 3 agosto 2001, in cui all’articolo 3 si legge: “il responsabile dell’assistenza infermieristica è incaricato della buona conservazione del registro”. (Risposta del 3 Marzo 2014 - Prot. n. 352/14/PS/gn)

>>> Lavoro in una Casa di Riposo, ove abbiamo un DAE ed è stato richiesto a tutti noi che vi lavoriamo un aggiornamento all’utilizzo. Riguardo al Corso BLS D è obbligatorio mantenere l’aggiornamento nel tempo?

Alcuni art. del nostro Codice Deontologico orientano il nostro agire professionale e, nello specifico nell’Articolo 18, si legge che *“L’infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l’assistenza necessaria”*. In virtù del raggiungimento di tale obiettivo, è ormai da tempo in vigore nelle maggiori Aziende Ospedaliere la politica della formazione estesa a tutto il personale sanitario in servizio circa i corsi di BLS D, anche se non prevista obbligatoriamente per legge, ma (vista la premessa) vivamente consigliata, quale espressione del soddisfacimento di quei parametri di efficienza ed efficacia delle prestazioni fornite.

Infatti, il corso di Basic Life Support Defibrillation secondo le linee guida IRC/

ERC (Italian Resuscitation Council/European Resuscitation Council) è rivolto a tutto il personale sanitario, per consentire l’acquisizione delle tecniche e delle sequenze della rianimazione cardiopolmonare di base dell’adulto, ma soprattutto le conoscenze necessarie per l’utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni (DAE) e migliorare la percentuale di sopravvivenza delle persone colpite da arresto cardiaco. Se la struttura presso la quale esercita la professione è dotata del defibrillatore semiautomatico esterno (DAE), il corso di BLS D risulta assolutamente necessario e obbligatorio, al fine di ottenere la certificazione indispensabile perché i professionisti lo possano utilizzare! (Risposta del 6 Marzo 2014 - Prot. n. 376/14/PS/gn)

>>> Sono un’infermiera che lavora presso una RSA in un Nucleo Alzheimer protetto, con 40 ospiti non allettati con disturbi del comportamento quali wandering, ansia, disorientamento spazio-temporale, aggressività fisica e verbale. Lavoriamo su tre turni e nel turno della notte dobbiamo assistere anche i pazienti ricoverati nel reparto di Lungodegenza (altri 40 ospiti per la maggioranza allettati). Negli ultimi mesi nel reparto di lungodegenza sono stati inseriti ospiti ad alto carico assistenziale con SLA, tracheostomia, PEG e in coma vigile. Ovviamente si è avuto un notevole incremento del carico di lavoro, senza che ci sia stato un adeguamento del personale. Inoltre dall’amministrazione sanitaria fanno sapere che hanno intenzione di inserire altri ospiti con le stesse problematiche. Come personale infermieristico ci siamo già riuniti ad affrontare il problema e vorrei

sapere quale è la definizione degli standard assistenziali in una RSA, se tali standard rimangono invariati anche con gli ospiti di cui sopra e cosa si può fare per tutelarci a livello legale?

Una corretta valutazione del fabbisogno di personale infermieristico deve tenere conto che un'assistenza infermieristica efficace, qualificata e personalizzata si basa sulla stima e sulla verifica sistematica della complessità della situazione assistenziale di ogni singolo paziente (espressione reale della domanda di assistenza) e sulla pianificazione della tipologia di interventi necessari (espressione efficace ed efficiente della risposta assistenziale). Per arrivare ad una corretta valutazione della domanda d'assistenza infermieristica non è possibile esimersi dall'utilizzo costante di strumenti e metodi mirati alla rilevazione del carico di lavoro infermieristico, correlato alla complessità delle situazioni assistenziali.

Mi preme inoltre sottolineare come sia assolutamente indispensabile avere come punto fermo nell'ambito sanitario, la consapevolezza che il SSN ha sempre e comunque il preciso dovere, da una parte, di orientare e predisporre i servizi sanitari garantendo il soddisfacimento di quei parametri di efficienza ed efficacia delle prestazioni fornite, ma, dall'altra, la responsabilità di garantire sempre e comunque la sicurezza dei propri assistiti.

In merito al suo quesito, il calcolo del fabbisogno del personale da conferire ad una struttura sanitaria, si basa sulla valutazione della complessità assistenziale, frutto di un'attenta analisi olistica ed empatica dei bisogni assistenziali nella presa in carico dell'assistito. Del resto anche alcuni articoli del Codice Deontologico orientano il nostro agire professionale in tal senso. Si legge infatti:

ART. 10 L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

ART. 47 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'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

ART. 48 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi, provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

In virtù di quanto detto (soprattutto in riferimento a quest'ultimo punto) in relazione all'incontro che avverrà a breve con il vostro responsabile del personale, attui una vera e propria strategia di intervento, che coinvolga il suo coordinatore e i suoi colleghi, e che abbia come punti di forza queste argomentazioni:

- sottolinei che la criticità che rilevate è quella relativa agli standard di sicurezza per i vostri assistiti, che attualmente non può essere garantita;
- utilizzi tutti gli strumenti che reputa più idonei e qualificati per misurare e quantificare l'intensità delle prestazioni assistenziali, che giustifichi tale affermazione (sottolineando che minor assistenza significa maggior possibilità di danno ai pazienti e conseguentemente, fatto non poco rilevante, aumento di contenzioso da parte dei parenti).

I parenti dei pazienti del Nucleo Alzheimer sanno ciò che la nuova organizzazione comporterebbe in termini di rischio, nei confronti dei loro assistiti che hanno affidato alla vostra struttura, convinti della garanzia di giusti ed efficienti standard di sicurezza? (Risposta del 3 Marzo 2014 - Prot. n. 353/14/PS/gn) ■

Si riporta la nota della Presidente On. Annalisa Silvestro
in merito alla traduzione del
documento dell'ICN



INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA

Protocollo P-1972/I.14

Data 04 APR 2014

Oggetto Segnalazione traduzione materiale ICN
per giornata internazionale dell'infermiere 2014 per diffusione

PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi
LORO SEDI

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Come da consolidata consuetudine, la FNC Ipasvi contribuisce
alla diffusione del documento predisposto dall'ICN in occasione
della giornata internazionale 2014 dell'infermiere.

Il documento la cui traduzione italiana è stata curata dalla CNAI
è disponibile nel sito www.cnai.info.

Cordiali saluti

La Presidente, Annalisa Silvestro



Richiesta indirizzo mail per invio informazioni



Caro/a collega, al fine di rendere più veloce il passaggio di informazioni relative all'attività del Collegio e alle novità in ambito sanitario, il Consiglio Direttivo della Provincia di Bergamo ha approvato l'iniziativa di attivare la newsletter creando una mailing list.

Al fine di acquisire gli indirizzi mail ti chiediamo di compilare la parte sottostante e inviarla alla segreteria, via fax al numero 035/236332 oppure di collegarti direttamente al sito internet www.ipasvibergamo.it e accedere all'area mailing list.

La Presidente Beatrice Mazzoleni

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO MAIL _____

(pregasi scrivere in stampatello)

Infermiere dipendente Coordinatore Infermiere libero professionista

Informativa sulla privacy: ai sensi Dlgs 196/2003, informiamo che la newsletter del Collegio di Bergamo gestisce una "mailing list" di indirizzi elettronici. Tale lista di distribuzione è utilizzata esclusivamente per spedire, via posta elettronica ed elencando i destinatari in copia nascosta, la newsletter del Collegio di Bergamo. In ogni caso, i dati presenti nei nostri archivi non saranno comunicati ad altri. Sono tuttavia accessibili da parte dello staff tecnico incaricato dal Collegio IPASVI di Bergamo, al fine di garantire l'adeguata manutenzione e svolgere le operazioni eventualmente richieste dai legittimi proprietari dei dati registrati. Gli indirizzi elettronici dei destinatari della newsletter sono relativi a richieste d'iscrizione acquisite tramite adesione al presente modulo o la registrazione nel sito. Chiunque e in qualsiasi momento ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, integrare o cancellare i propri dati ed opporsi al loro utilizzo, se sono trattati in violazione della legge (art. 13 del Dlgs 196/2003). In particolare: chi non volesse più ricevere la newsletter, può chiedere la rimozione dei suoi dati dalla mailing list utilizzando l'apposito link presente in fondo alla stessa o scrivendo alla segreteria del Collegio. Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo.

Approvo

Non approvo

Data _____

Firma _____



In occasione della **Giornata Internazionale dell'Infermiere** il Collegio IPASVI di Bergamo ha organizzato una settimana intera di occasioni formative.

Corsi ECM - Bergamo - dal 12 al 17 maggio 2014



Collegio IPASVI Bergamo



12 maggio 2014

La documentazione sanitaria: quale strumento di collaborazione e tutela dell'infermiere a favore di una migliore assistenza.

"Sono un professionista laureato e agisco costantemente le mie competenze per garantire la migliore assistenza possibile"
Codice corso: IPASVI4801205

13 maggio 2014

Strategie individuali ed assistenziali applicabili: la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

"Riduco la possibilità che tu possa contrarre infezioni e sviluppare complicanze"
Codice corso: IPASVI4801305

14 maggio 2014

Indicazioni e gestione del dolore nei diversi contesti di cura.

"Sarai presente per mantenere la tua dignità e ridurre la tua sofferenza"
Codice corso: IPASVI4801405

15 maggio 2014

Analisi e gestione organizzativa in risposta ai bisogni di salute dei cittadini bergamaschi.

"Ti garantisco assistenza 24 ore su 24, ogni giorno dell'anno"
Codice corso: IPASVI4801505

16 maggio 2014

Elementi di counseling sanitario per la costruzione di una relazione di fiducia con il paziente cronico.

"Ti assisto senza distinzione di religione, sesso, credenze e cultura"
Codice corso: IPASVI4801605

17 maggio 2014

L'ultimo patrimonio: oggi aspetti giuridici e responsabilità.

"Soddisfo i tuoi bisogni di salute preumortale e tutelando la tua autonomia"
Codice corso: IPASVI4801705

Sede: Collegio IPASVI di Bergamo - Via Rovelli 45 - Bergamo

Orario: 9.00 - 13.00 / 14.00 - 17.00

ad esclusione del corso "La libera professione, oggi: aspetti giuridici e responsabilità" (Codice corso: IPASVI4801705) Orario: 9.00 - 13.00

Posti disponibili: Infermiere - Infermiere Pediatrico - Assistente Sanitario / Posti disponibili: 60

Quota di partecipazione: Per iscritti IPASVI di Bergamo: € 15,00 / Per non iscritti IPASVI di Bergamo: € 25,00

ad esclusione del corso "La libera professione, oggi: aspetti giuridici e responsabilità" (Codice corso: IPASVI4801705)

Quota di partecipazione: Per iscritti IPASVI di Bergamo € 10,00 / Per non iscritti IPASVI di Bergamo: € 20,00

Saranno erogati 9 crediti ECM per ogni corso.

ad esclusione del corso "La libera professione, oggi: aspetti giuridici e responsabilità" (Codice corso: IPASVI4801705) 5 crediti ECM

Segreteria Organizzativa

Format s.a.s.
via F. Cavallotti 8 - Codigono (FE)

tel. 0533 713 275 - cell. 329 395 33 46 - fax 0533 717 314 e-mail
info@formatsas.com - www.formatsas.com

Autorevole di Registro della Impresa di Ferrara, C.F. e P.I. 02288600405 - R.G. 15/1/2010



ECM
Educazione Continua
in Medicina

Le iscrizioni dovranno pervenire alla Segreteria del Collegio IPASVI di Bergamo esclusivamente telefonando al numero 035.217090 e dovranno poi essere confermate inviando la scheda di iscrizione e la copia dell'avvenuto pagamento al numero di fax 035.236332 oppure all'indirizzo e-mail: collegio@infermieribergamo.it.
Il modulo di iscrizione è reperibile sul sito www.ipasvibergamo.it.