

ScriptaManent

Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



IPASVI

ALL'INTERNO

- Pericoli legati agli allarmi: policy e pratiche di configurazione degli allarmi inadeguate
- Infermieri, chiave di volta del Servizio sanitario nazionale
- Master Universitario di I Livello



Auguri di buon Natale!

SEGUICI SULLA NUOVA PAGINA



IPASVI BERGAMO

num
ero

68

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 Rivista:

Marco Ghidini

La Redazione:

Mazzoleni Beatrice, Solitro Gianluca,
Belometti Dolores, Plebani Simona,
Bonetti Letizia, Cosmai Simone,
Facoetti Michele, Ghidini Marco,
Gibellini Sonia Maria Teresa,
Gritti Maria Valentina,
Jamoletti Simone, Pellegrini Ramona,
Poli Silvia, Stuanì Nadia,
Zaninoni Cinzia, Mainardi Mariachiara,
Colleoni Maria

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: customerscriptamanager@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.



Vi raccontiamo un anno di noi
a cura del Consiglio Direttivo

Pericoli legati agli allarmi:
policy e pratiche di configurazione
degli allarmi inadeguate
a cura della Redazione

Integrità dei dati:
dati errati o mancanti nella cartella
clinica elettronica ed altri sistemi
informatici in ambito sanitario
*Source: Health Devices 2014 November. 2014 ECRI
Institute*

Ruolo del coordinatore
infermieristico nell'analisi dei bisogni
per la costruzione di una rete di servizi
per il paziente oncologico
*a cura di Nancy Cremaschi, S.O.R.E.U. Alpi,
A.O. Papa Giovanni XXIII*

Social media e sanità:
gli infermieri si formano
tratto da newsletter FNC IPASVI

Infermieri, chiave di volta
del Servizio sanitario nazionale
*Tratto da Rivista L'Infermiere N°5 - 2015
a cura di Barbara Mangiacavalli, Presidente
della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi*

Il sanitario in Corte dei Conti
a cura di Marina Lanzi

Master Universitario di I Livello
(Public Health Nursing: Family And Community Nurse)

Ogni ora del giorno,
ogni giorno dell'anno
431mila NO alla violenza sulle donne

"Give me five"
Libera Professione
a cura di Sabrina Barbato e Greta Servalli

Il collega chiede... il Collegio risponde! 27
a cura della Commissione Redazione

Richiesta iscrizione mailing list 31

Sommario

Vi raccontiamo un anno di noi

a cura del Consiglio Direttivo



Editoriale

gentili colleghi,

il forte consenso ricevuto nelle passate elezioni ci ha sostenuto come Consiglio Direttivo spronandoci a lavorare, ragionare, discutere e operare in una dimensione unica, dedicando particolare attenzione ai vari contesti sociali provinciali, regionali e nazionali.

Nelle diverse commissioni di lavoro del Collegio si è cercato di ottimizzare tempo, risorse e denaro per promuovere per i nostri iscritti momenti di sviluppo, crescita personale e formativa, garantendo al tempo stesso adeguata tutela per i cittadini, in termini di professionisti sanitari di elevata competenza e professionalità.

Gli auguri che quest'anno ci scambiamo vogliono quindi essere un momento di condivisione di questo anno trascorso insieme che ha visto noi registi nella realizzazione di importanti progetti e voi protagonisti e attori di quanto proposto. È stata una risposta più che positiva della quale siamo contenti e che rafforza in noi l'entusiasmo per un anno a venire che sarà ancora più impegnativo, alla luce della recente nascita della riforma regionale della Sanità (11 agosto 2015 n. 23) e quindi di un momento di svolta per il sistema sanitario regionale lombardo.

Nell'ambito della **Formazione** si è investito molto per far crescere la cultura infermieristica, rendendo consapevoli gli iscritti dell'importanza del loro agire anche alla luce delle recenti evoluzioni legislative che porteranno sempre più ad un pieno riconoscimento del ruolo, del valore e delle competenze che costituiscono il "core" disciplinare infermieristico. Particolare attenzione è stata rivolta ai coordinatori (40 in tutto) attraverso un percorso strutturato con lezioni frontali e project work che, dato il riscon-

tro positivo ottenuto, verrà riproposto il prossimo anno. Visto purtroppo i ripetuti episodi di aggressione a carico degli operatori sanitari nei punti di primo accesso, da novembre è in atto un percorso formativo specifico sulle aggressioni rivolto al personale operante nei Pronto Soccorso, che proseguirà anche nel 2016, e mira a coinvolgere le maggiori strutture sanitarie territoriali provinciali.

La settimana del 12 maggio è stata occasione per discutere sul tema integrazione ospedale e territorio, organizzando due eventi per la cittadinanza sul tema del primo soccorso e dei servizi socio-assistenziali territoriali e uno dedicato ai professionisti dal tema "Infermieri e cittadini: dall'ospedale al territorio un percorso condiviso".

Altro ambito rilevante è quello della **Libera Professione** che in questi ultimi anni vede protagonisti molti infermieri e neolaureati che si avvicinano come liberi professionisti nell'ambito lavorativo sanitario. È di recente realizzazione l'evento formativo dal titolo "Libera Professione in palmo di mano" che si è posto l'obiettivo di sensibilizzare all'uso del vademecum (proposto dalla commissione nazionale Libera Professione nel 2014) rendendolo più fruibile. Vengono infatti affrontate nello specifico 5 aree:

- aspetti comportamentali
- aspetti giuridici
- aspetti commerciali
- aspetti previdenziali e assistenziali
- strumenti operativi.

I componenti della Commissione **Comunicazione** lavorano incessantemente per mantenere vivo e costantemente aggiornato il canale comunicativo con i nostri iscritti attraverso Facebook, (si ricorda per tale occasione la recente apertura della nuova pagina "Ipasvi Bergamo") e la Rassegna stampa con la selezione settimanale degli articoli inerenti il mondo

infermieristico. Alla commissione compete anche l'aggiornamento del nostro sito, la cura degli avvisi inoltrati tramite Mailing list, oltre che la promozione di eventi per la popolazione dove venga messo in risalto la figura dell'infermiere. Di estrema attualità inoltre, risulta essere l'articolo relativo all'infermiere e all'uso dei social media e (per chi non l'avesse già fatto) invitiamo a leggerlo sul sito del Collegio.

Un ambito che è stato attentamente presidiato durante l'anno è quello relativo alla formazione degli **OSS**. La commissione ha infatti lavorato al progetto di stesura di linee guida condivise, sia a livello formativo, che di modalità di conduzione della commissioni d'esame. Il lavoro si concluderà nel 2016 e inizierà un percorso di condivisione con gli eventi.

Contemporaneamente la Commissione che si occupa degli esami per **infermieri stranieri** ha lavorato alla riorganizzazione e rielaborazione della prova d'esame, con verifica del grado di comprensione di lettura della lingua italiana.

Che dire? È stato indubbiamente un anno impegnativo e sappiamo che il prossimo sarà altrettanto ricco di cambiamento e innovazione.

La riforma SSR è alle porte e noi siamo pronti a giocare la nostra partita per valorizzare la figura infermieristica a tutti i livelli clinico-assistenziale, di coordinamento, dirigenziale. Da soli non si può arrivare lontani. Abbiamo bisogno di tutto il vostro sostegno che, siamo certi, non mancherà, visto il supporto ricevuto finora.

Ringraziamo tutti i colleghi che già collaborano nelle Commissioni di lavoro e per quanti volessero conoscere le attività del Collegio o desiderassero portare il loro contributo, non esitate a contattarci!

Auguriamo a tutti voi e alle vostre famiglie di trascorrere un sereno Natale. ■

Pericoli legati agli allarmi: policy e pratiche di configurazione degli allarmi inadeguate

Source: Health Devices 2014 November. 2014 ECRI Institute



an che se molti degli esempi di segnalazione di pericolo qui forniti si riferiscono a sistemi di monitoraggio fisiologico, i concetti affrontati si applicano anche ad altri dispositivi medici con allarmi, come ad esempio ventilatori e pompe di infusione.

Il personale sanitario fa affidamento a sistemi di allarme dei dispositivi medici per essere informato sui cambiamenti dello stato del paziente o su circostanze che comprometterebbero la cura del paziente. Quando questi sistemi di segnalazione falliscono o non sono efficaci, i pazienti

possono risentirne, come dimostrato da numerosi relazioni su decessi e gravi danni causati dal loro malfunzionamento*. Spesso le strategie per limitare i pericoli legati agli allarmi si concentrano sull'aspetto dello stress/fatica da allarme, una condizione che può portare il personale sanitario, sopraffatto dai continui allarmi, ad ignorare le segnalazioni che si attivano, distrarsi o divenire indifferente. Lo stress, tuttavia, non deve essere l'unico aspetto che le strutture sanitarie devono considerare nel processo di miglioramento della gestione dei sistemi clinici di allarme,

* Consultare ad esempio: Joint Commission. Medical device alarm safety in hospitals. Sentinel Event Alert 2013 Apr 8; (50): 1-3. Disponibile in: www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_50_alarms_4_5_13_FINAL1.pdf.

come richiesto dalla nuova direttiva della Joint Commission denominata National Patient Safety Goal in tema di sicurezza degli allarmi. Nell'esperienza dell'ECRI Institute, gli eventi avversi legati agli allarmi, che possono riguardare sia mancati avvisi di allerta o mancati riconoscimenti delle situazioni di allerta, possono essere spesso ricondotti ad errate prassi di configurazione degli allarmi.

Si raccomanda quindi alle strutture sanitarie di provvedere, qualora non avessero già preso provvedimenti in tal senso.

Le prassi di configurazione degli allarmi includono per esempio decidere quale segnale deve essere attivato, scegliere i limiti degli allarmi da usare e stabilire il livello di default delle priorità dell'allarme. Le impostazioni sono tipicamente basate sulle esigenze di ciascuna area di assistenza, nonché dalle condizioni fisiologiche del singolo paziente.

Prassi scorrette nella configurazione degli allarmi - vale a dire una scelta scorretta dei valori o delle impostazioni che non rispondono ai bisogni dello specifico paziente - possono portare alla mancata notifica del personale a segnali di allerta, in particolare modo per quegli allarmi che si attivano sonoramente anche nel caso di condizioni clinicamente insignificanti (per esempio che non richiedono l'intervento del personale).

Esempi di configurazione errata includono:

- Mancato resettaggio del dispositivo medico sui limiti di default degli allarmi quando viene collegato un nuovo paziente. In tale situazione i limiti di allarme utilizzati per il paziente precedente saranno utilizzati per il nuovo paziente.
- Errata scelta dei limiti di allarme per i parametri sotto monitoraggio (ad esempio battito cardiaco, SpO₂). Limiti troppo ampi impediranno che l'allarme si attivi se non dopo che la condizione del paziente è ormai deteriorata, mentre limiti troppo stretti li faranno scattare in

maniera eccessivamente frequente, allertando il personale per condizioni cliniche non significanti (portando quindi a stress da allarme).

- Selezione di livelli di priorità dell'allarme che non riflettono la severità della condizione e la velocità di risposta necessaria. Ad esempio: un allarme per una situazione che richiede attenzione immediata non può essere dettato come bassa priorità.
- Mancato utilizzo di certi allarmi per l'aritmia, anche se il paziente è a rischio di aritmie che potrebbero necessitare di intervento clinico.
- L'impostazione del volume dell'allarme è un'altra prassi di configurazione che necessita di valutazione. L'allarme potrebbe infatti non essere avvertito se il volume è troppo basso, disabilitato, messo indeterminatamente in modalità silenziosa o tacitato in altro modo impedendo al personale di udirlo.

L'ECRI Institute ha condotto diverse inchieste su casi di decessi legati al funzionamento degli allarmi e di gravi danni al paziente; eventi che si sarebbero potuti prevenire con la creazione di una più efficace policy di configurazione degli allarmi o la semplice implementazione di policy già esistenti.

RACCOMANDAZIONI

Come primo passo si raccomanda di stabilire una policy che descriva chiaramente le procedure standard di configurazione degli allarmi, specifici per ciascuna area di cura. Nel caso esista già una policy, valutarla sotto il profilo della sua completezza e rilevanza clinica. Tra gli aspetti che dovrebbero essere affrontati nella policy:

- Le impostazioni di default per gli allarmi (compresi i limiti e le priorità di allarme) che riflettano le indicazioni cliniche e i bisogni della popolazione di pazienti nella specifica area clinica.

- Le impostazioni di default per il volume degli allarmi, adeguate ai bisogni della specifica area di cura.
- La procedura per modificare le impostazioni di configurazione degli allarmi; per esempio indicando la persona autorizzata ad effettuare tali modifiche, in quali circostanze, e come documentare tali modifiche. La policy dovrebbe fare una distinzione tra le modifiche che possono essere effettuate dal personale infermieristico (per esempio per adattare i limiti dell'allarme alle condizioni del paziente) e quelle soggette a maggiori restrizioni (per esempio nell'impostazione dei valori di default).
- Le procedure per assicurarsi che vengano usate le impostazioni corrette per la configurazione degli allarmi sia durante che dopo il trasferimento del paziente da un'area di cura ad un'altra (come per l'andata e il ritorno dalla sala operatoria).
- Il processo di riattivazione delle impostazioni di default degli allarmi quando un paziente venga collegato ad un macchinario (formando gli utenti a scollegare/dimettere un paziente dal monitor fisiologico prima di ammetterne un altro).
- Obblighi di formazione per aggiornare il personale clinico sulle linee guida riguardanti le procedure di configurazione degli allarmi.

In aggiunta, implementare misure per mantenere le attività pratiche in linea con la policy documentata, tra cui:

- Fornire ai clinici un veloce accesso alla policy.
- Formare il personale sui contenuti della policy, prevedendo sia una formazione iniziale, sia aggiornamenti periodici.
- Facilitare la costante aderenza alla policy nel tempo, prevedendo, ad esempio, una discussione sulla configurazione degli allarmi in occasione delle riunioni settimanali.

- Testare periodicamente le impostazioni della configurazione degli allarmi per verificare che la policy sia costantemente rispettata.

Verifiche esaustive per ciascuna area possono richiedere molto tempo e risorse. Nel caso, ad esempio, in cui si debbano testare le impostazioni di configurazione di alcuni sistemi di monitoraggio fisiologico, è richiesto il contatto fisico con ciascun monitor, lavorando su vari livelli di menu e schermate per verificare l'informazione necessaria.

Ciò nondimeno, la struttura dovrà sviluppare un approccio fattibile in maniera da contribuire ad impedire che si verifichino deviazioni critiche rispetto alla prassi standard.

Alternative ad un test globale possono includere, ad esempio, la revisione a campione dei monitor, controllando regolarmente le impostazioni di configurazione più critiche, e/o fare controllare dal dipartimento di ingegneria clinica le impostazioni di configurazione durante le ispezioni o in altri momenti in cui possono avere occasione di lavorare sulle apparecchiature.

Non solo, ma la questione dovrebbe essere affrontata più a monte, al momento della scelta dei dispositivi, preferendo quelle caratteristiche che agevolano la revisione delle impostazioni di configurazione degli allarmi.

Purtroppo, l'attuale generazione dei sistemi di monitoraggio dei parametri fisiologici è carente sotto questo punto di vista.

Di fatto, la facoltà di poter configurare, rivedere, e registrare le impostazioni dei parametri sul monitor, al letto del paziente da una postazione centrale faciliterebbe il flusso di lavoro nella configurazione individuale dei monitor nonché la verifica della configurazione degli allarmi. Al momento, non siamo a conoscenza di alcun sistema che offra questa possibilità. ■

Integrità dei dati:

dati errati o mancanti nella cartella clinica elettronica ed altri sistemi informatici in ambito sanitario

Source: Health Devices 2014 November. 2014 ECRI Institute



molte delle decisioni cliniche oggi si basano su dati della cartella elettronica o altri sistemi informatici in ambito sanitario. Quando funzionano in maniera ottimale, questi sistemi forniscono al clinico le informazioni necessarie per prendere le decisioni terapeutiche più adeguate. Quando invece vi sono difetti o errori, possono comparire nella cartella clinica del paziente delle informazioni errate, incomplete, o non aggiornate, che potenzialmente possono portare a decisioni scorrette e danno al paziente.

Ciò che rende questo problema così intricato è che l'integrità dei dati nei sistemi informativi ospedalieri (HIT) può essere compromessa in molte maniere ed è difficile identificare e correggere l'errore introdotto.

Tra gli esempi di malfunzionamento nella

salvaguardia dell'integrità dei dati possiamo citare:

- la comparsa di dati di un paziente nella cartella di un altro (incongruenza dei dati con il paziente di appartenenza);
- dati mancanti o ritardo nell'inserimento dei dati (ad esempio dovuti a limiti nella rete, errori di configurazione, ritardi di inserimento);
- errore di sincronizzazione degli orologi di diversi dispositivi e sistemi medicali;
- accidentale utilizzo di valori di default, o riempimento automatico dei campi con dati errati;
- incongruenze tra le informazioni del paziente della cartella cartacea con quella elettronica;
- copiatura di dati non aggiornati in un documento nuovo.

Avarie e guasti possono essere identifica-

ti e corretti grazie all'ausilio di programmi per la documentazione e la revisione di problemi legati agli HIT. Questi sistemi si trovano comunque ad affrontare delle sfide peculiari. La prima tra queste è che il personale sanitario in prima linea che documenta un evento, così come il personale che rilegge i resoconti, potrebbe non comprendere appieno i ruoli di questi sistemi HIT in relazione all'evento. Di fatto alcune funzioni, come la possibilità di inserimento di informazioni mentre sono aperte contemporaneamente due cartelle cliniche di pazienti diversi, possono essere fonte di errore, come si è verificato nel caso di un farmacista che aveva erroneamente inserito un ordine di farmaci destinato ad un paziente nella cartella di un altro.

Sebbene ci sia ancora molta strada da fare, sono stati comunque fatti molti progressi per cercare di facilitare la segnalazione di problemi legati agli HIT, come ad esempio:

- Il sistema Common Formats sviluppato dalla Agency for Healthcare research and Quality (AHRQ) che fornisce una tassonomia standard da utilizzare nella documentazione di problemi HIT.
- L'ECRI Institute Patient Safety Organization (PSO) ha consolidato una partnership per promuovere la tutela del paziente rispetto ai rischi informatici in ambito sanitario. una collaborazione che mira in maniera produttiva a identificare aspetti legati alla sicurezza all'interno di un ambiente di formazione positivo (non-puntivo) che incoraggi verso il miglioramento della sicurezza HIT per i pazienti. Due delle principali attività sono l'analisi di dati aggregati e la condivisione dell'informazione ottenuta al fine di favorire gli sforzi sul versante della sicurezza, il tutto all'interno di un ambiente legale protetto della PSO.

RACCOMANDAZIONI

- Prima di implementare un nuovo sistema o di modificarne uno esistente, valutare i flussi di lavoro clinico per capire come il sistema è (o sarà) usato dal personale

sanitario in prima linea, e identificare le inefficienze e le potenziali fonti di errore. Per esempio, se i dati fluiscono automaticamente da un dispositivo verso la cartella elettronica, prestare particolare attenzione ai processi coinvolti nel creare il link dal dispositivo verso la cartella clinica (associazione) in modo da interrompere il link alla dimissione del paziente o al distacco del paziente dal dispositivo (dissociazione) e da poter mostrare al clinico le informazioni prima che queste vengano salvate nella cartella clinica (validazione).

- Testare scrupolosamente la cartella elettronica o qualunque altro sistema HIT e le interfacce associate per verificare che il sistema sia implementato in maniera corretta e che si comporti come atteso (sia al momento della implementazione iniziale, che dopo ciascuna modifica al sistema). Assicurarsi inoltre di coinvolgere nel processo di collaudo il personale impegnato in prima linea.

- Istruire un programma di formazione completo e chiedere agli utenti di dimostrare la propria competenza prima di autorizzarli ad utilizzare il sistema HIT; allestire punti di assistenza dove l'utente finale può trovare supporto (per esempio accesso facilitato agli utenti con privilegi particolari) riguardo ad un nuovo sistema di lavoro o una sua particolare caratteristica.

- Definire canali per denunciare e indagare su incidenti legati all'HIT, incidenti sfiorati e pericoli, presso la propria struttura o all'ECRI Institute o altre organizzazioni di settore (l'ECRI Institute PSO, per esempio, offre ai suoi associati un sistema di reporting dei pericoli informatici in ambito sanitario che si avvale del formato AHRQ's Common Formats). Potrebbe essere necessario istruire il personale in prima linea a prendere in considerazione i sistemi HIT e il loro potenziale ruolo in relazione ad incidenti avvenuti o sfiorati. Valutare se far intervenire un team multidisciplinare che includa ingegneri clinici ed informatici nell'esame dell'incidente. ■

Ruolo del coordinatore infermieristico

nell'analisi dei bisogni per la costruzione di una rete di servizi per il paziente oncologico

a cura di Nancy Cremaschi, S.O.R.E.U. Alpi, A.O. Papa Giovanni XXIII



i coordinatori infermieristici, i case manager che esplicano la loro funzione in ospedale e sul territorio sono chiamati ad aggiornare il proprio ruolo per raccogliere i bisogni del cittadino e trovare il modo di collaborare attivamente con i professionisti socio-sanitari presenti. La patologia oncologica rappresenta una delle patologie che rientrano nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 a cui ha aderito l'Italia nel progetto OMS (Piano di azione globale contro le malattie croniche) il cui obiettivo è la riduzione del 25% entro il 2025 della morbosità,

disabilità e mortalità delle malattie croniche. La sorveglianza mondiale della patologia mette in luce dei dati che non possono essere ignorati dagli addetti ai lavori, alcuni di queste sono:

- I numeri dell'incidenza della patologia evidenziano che la probabilità empirica del singolo individuo di contrarre il cancro si attesta, nella popolazione maschile di un uomo ogni due, ed in quella femminile di una donna ogni tre.
- L'invecchiamento della popolazione aumenta la probabilità d'incidenza delle neoplasie, correlata ad altre

patologie, quali cardiovascolari, neurologiche, diabetiche, respiratorie.

- Il lavoro attuato nella sanità in questi decenni ha portato ad una sempre maggiore sopravvivenza del paziente con patologia oncologica.

L'obiettivo del mio lavoro era la conoscenza delle figure professionali del territorio preso in analisi e la capacità o possibilità di fare "rete".

Una delle risposte al bisogno rilevato di fare "rete", si configura appieno nella recente riforma socio sanitaria regionale lombarda nr. 23 del 11/08/2015 che titola *"Evoluzione del sistema socio sanitario: modifiche al titolo 1 e al titolo 2 della L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"* all'art. 9 titola *"modelli di presa in carico per il paziente cronico e fragile"*, che ribadisce l'importanza della presa in carico del paziente fragile in tutti i suoi aspetti, da parte dei soggetti predisposti all'erogazione delle cure sia domiciliari che ospedaliere.

L'indagine conoscitiva si è focalizzata nell'ambito territoriale della Valle Seriana e Valle di Scalve, con una popolazione presente di circa 143.000 abitanti e la presenza di 42 comuni che spaziano su un vasto territorio montano.

Sono state eseguite 15 interviste così suddivise:

- 6 coordinatori infermieristici delle Medicina e Chirurgia, day-Hospital oncologico (DH oncologico), Medicina Oncologica dei presidi ospedalieri di Alzano L.do e Piario;
- 4 Case Manager degli Enti Accreditati ADI di: Bergamo Sanità di Nembro, Fondazione Cardinal Gusmini di Ver-

tova, Itineris di Clusone, Fondazione Sant'Andrea di Clusone;

- 1 Infermiera del CeAD del distretto di Albino;
- 1 Infermiera che collabora presso studio medico associato di Albino;
- 2 Assistenti Sociali dell'ambito territoriale di Albino e Clusone;
- 1 Coordinatrice infermieristica Hospice di Vertova.

Gli obiettivi dell'indagine sono:

- descrizione delle modalità di presa in carico e piani assistenziali per il paziente oncologico nei servizi ospedalieri e del territorio;
- conoscere il tipo di relazione e collaborazione tra le risorse socio sanitarie;
- esplorare le iniziative attuate dai singoli servizi a favore del paziente oncologico;
- evidenziare i bisogni e le criticità rilevate da parte degli intervistati a livello territoriale ed ospedaliero.

Le evidenze condivise tra tutti gli intervistati sono state:

- Il paziente oncologico necessita di una valutazione costante e di tracciare la sua storia socio-sanitaria in modo puntuale e continuativo, questa deve essere consultabile, condivisibile ed aggiornata da tutti i professionisti che interagiscono con il paziente stesso e con i famigliari.
- Chi si occupa di assistenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, deve avere uno strumento unico dove poter riportare i dati sanitari, problematiche emerse durante l'assistenza, rilevazione dello stato di salute tramite scale di misurazione, fragilità sociali rilevate, al fine di una

valutazione globale e oggettiva del paziente.

- I modelli organizzativi alternativi al Functional Nursing, quali Primary Nursing, Case management nursing, modello per intensità di cure in ospedale, rappresentano una risposta più idonea al paziente oncologico, danno la possibilità di avere un focus attento sul paziente, facendone una conoscenza più profonda sia sanitaria che relazionale.
- I rapporti tra le figure non possono fondersi solo sulla conoscenza, manca uno strumento assistenziale condivisibile tra l'ospedale e il territorio, molte informazioni assistenziali rischiano di essere perdute.
- Il ruolo rivestito MAP come colui che attiva l'assistenza sul territorio, deve essere "agganciato" dalle altre figure sanitarie e socio-sanitarie per creare dei presupposti di collaborazione nel rispetto delle proprie autonomie.

Le conclusioni

La strada percorribile per stilare delle proposte adeguate ai bisogni del paziente oncologico è costituire un gruppo di lavoro composto da chi è coinvolto nell'assistenza al paziente.

Il gruppo di lavoro, che si andrà a formare, deve essere composto dai coordinatori infermieristici ospedalieri, case manager, assistenti sociali e MAP che, con specifiche competenze professionali, collaborano per un obiettivo comune.

Ogni persona all'interno del gruppo deve avere un ruolo definito e delle competenze finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo.

Il ruolo del Coordinatore Infermieristico dell'ASL potrebbe essere il "leader" del gruppo facendo da "collante" tra gli operatori del territorio e quelli ospedalieri. ■



Social media e sanità: gli infermieri si formano

tratto da newsletter Federazione Nazionale Collegi IPASVI



si è tenuto il 7 dicembre 2015 il corso di formazione all'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo su "L'uso dei social media e attività sanitaria: luci ed ombre". Tre le parole chiave per prevenire l'uso scorretto: **consapevolezza** (dei rischi) **conoscenza** (delle opportunità) **competenza** (nell'uso dei social media).

Non usare questi strumenti di comunicazione significherebbe perdere molte opportunità. Questo è molto chiaro agli infermieri, così come lo è la consapevolezza dei rischi derivanti da un uso inappropriato dei social media e della necessità di formazione e di confronto intra e interprofessionale.

È proprio in questa direzione che si sono mossi i professionisti dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII di Bergamo

con il Corso di formazione di giovedì scorso dal titolo "L'uso dei social media e attività sanitaria: luci ed ombre" in cui si sono avvicendati professionisti diversi - Marina Vanzetta, infermiera componente della Redazione de L'infermiere online - Federazione Nazionale Collegi Ipa-svi; Nives Rasoli, avvocato, responsabile dell'Unità Legale interno e audit; Matteo Marchesi, medico legale - AO Papa Giovanni XXIII; Marieva Favoino, responsabile della Struttura Comunicazione del Comune di Desio ed esperta di social media - per dibattere e confrontarsi su questo tema.

L'iniziativa, fortemente voluta dalla Dr.ssa Monica Casati e dalla Dr.ssa Simonetta Cesa della Direzione Professioni Sanitarie e dalla Dr.ssa Laura Chiappa, Direttore Sanitario dell'ospedale bergamasco, ha

avuto lo scopo di approfondire la conoscenza dei social media tra gli operatori sanitari, rispetto a natura, obiettivi, modalità di interazione e caratteristiche, e trasmettere agli stessi maggiore consapevolezza sull'impatto che le loro interazioni online possono avere su loro stessi, sulle persone assistite, sulla reputazione dell'azienda e sull'immagine della professione. Di fatto, come è emerso dalla discussione e dal confronto tra relatori e professionisti presenti in sala, solo consapevolezza (dei rischi), conoscenza (delle opportunità) competenza (nell'uso dei SM), insieme a chiarezza di intenti e sinergia tra organizzazioni, organismi professionali, università e professionisti possono garantire lo sfruttamento pieno delle grandi potenzialità di questi strumenti e la prevenzione dell'uso scorretto, oltre che il controllo dei rischi a questo correlati. Forte la necessità, delineata dai relatori, che istituzioni e professionisti definiscano e implementino politiche chiare di regolamentazione e gestione dei social media sia nel contesto organizzativo che in quello formativo. Tre i punti chiave che devono guidarne lo sviluppo - hanno continuato i relatori - l'approccio che deve essere proattivo, l'atteggiamento nei confronti di questi strumenti di comunicazione che non deve essere restrittivo, la declinazione dell'appropriatezza d'uso per garantire standard professionali anche online. E su questo gli infermieri, ancora una volta, hanno già messo in campo competenza, sensibilità e responsabilità caratterizzando il loro corretto posizionamento nei social media con la definizione di un Position Statement nel dicembre del 2013. I rapporti con gli assistiti, con gli altri professionisti e con l'organizzazione, sono gli ambiti su cui si incardina il documento che declina gli elementi fondanti il rispetto della privacy e la riservatezza online dell'assistito, il mantenimento dei confini e degli standard professionali online, la

tutela del decoro e della dignità propria e dei colleghi per evitare comportamenti contrari alla deontologia, il mantenimento online di un comportamento corretto nei confronti dell'organizzazione.

È chiaro e inequivocabile il messaggio che passa attraverso questo documento: i social media devono essere usati, le loro potenzialità sono innegabili, ma è necessario conoscerli bene e avere regole deontologiche chiare e condivise che ne orientano e regolamentano l'uso. E gli infermieri le hanno.

Su questo argomento, sempre la scorsa settimana, si è espressa anche la presidente Ipasvi, Barbara Mangiacavalli:

"Nel documento messo a punto dalla Federazione nel 2013 - ha ricordato - le regole per la nostra professione sono ben chiare e vanno rispettate: le potenzialità di comunicazione dei social media sono molto elevate e, di conseguenza, richiedono una maggiore responsabilità nel loro utilizzo. Per sfruttare al meglio i social media, occorre conoscerli bene ed essere consapevoli dei possibili rischi di un loro uso improprio: violazione della privacy di pazienti o colleghi, inappropriata condivisione e diffusione di informazioni sensibili, violazione dei confini professionali, violazione della riservatezza di informazioni sanitarie, compromissione dell'immagine dell'infermiere, dell'organizzazione a cui appartiene o del sistema sanitario. Un uso improprio dei social media in sanità - aggiunge - si può riflettere lungo tutti i livelli del rapporto tra l'assistito e il sistema sanitario: il rapporto paziente/cittadino, il rapporto tra professionisti e tra questi e l'organizzazione. La professionalità va tutelata anche online: la fiducia dell'assistito nei confronti dell'infermiere e l'immagine della professione infermieristica sono condizionate dalla professionalità espressa dal professionista e percepita dagli assistiti, anche attraverso la comunicazione". ■

Infermieri, chiave di volta del Servizio sanitario nazionale

Tratto da Rivista L'Infermiere N°5 - 2015

a cura di Barbara Mangiacavalli, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi



i Servizio sanitario nazionale ha sempre più bisogno degli infermieri. Ne ha bisogno per l'assistenza che ogni giorno eroga a milioni di cittadini. Non solo negli ospedali e nel momento dell'acuzie. Ne ha bisogno ogni giorno dell'anno, nei luoghi di ricovero, anche e soprattutto sul territorio, perché l'aumento dell'età e di conseguenza delle patologie croniche, i bisogni complessi che derivano da terapie innovative e dal progresso tecnologico, hanno necessità di una presenza costante, professionalmente avanzata, psicologicamente pronta a far fronte a tutte le esigenze, in qualunque momento. E hanno bisogno di un professionista che

abbia davvero come suo primo obiettivo la salute degli assistiti a tutto campo, dalla prima manifestazione di una patologia e/o di un problema di salute a quello della prosecuzione della vita di tutti i giorni, condividendola spesso con la malattia.

Ma se questo può anche essere evidente per la nostra professione, ci sono altri livelli in cui il Ssn ha necessità di noi. C'è l'organizzazione e la gestione trasversale dei servizi, perché una visione ultra-specialistica rischia di limitare l'approccio alla persona e ai suoi bisogni reali. Un anziano, ad esempio, ha necessità di un approccio assistenziale che tenga conto di tutti i suoi bisogni

di salute, spesso condizionati da pluripatologie, e di qualcuno che accanto a lui selezioni e gestisca non solo la risposta alle sue necessità, ma anche chi deve far fronte di volta in volta alle sue urgenze e alla quotidianità della sua esistenza.

E c'è bisogno di infermieri anche al di là degli assistiti, perché chi vive accanto a loro, a partire dalle loro famiglie, hanno spesso necessità di un confronto, di un consiglio e anche di un conforto per poter affrontare necessità spesso nuove e per trarre forza e determinazione da chi sa come e cosa consigliare perché la vita sia e resti quella "normale", quella "di tutti i giorni".

La capacità di interagire coi pazienti e con i loro caregiver nella vita di tutti i giorni, nelle loro case, richiede poi un livello di educazione sanitaria e di addestramento anch'esso proprio della

nostra professione, perché unisce la capacità di interagire con la persona alle conoscenze scientifico-cliniche che negli ultimi quindici anni hanno caratterizzato lo sviluppo professionale degli infermieri.

Il vero problema su questo cammino è di eradicare pregiudizi e luoghi comuni vecchi e obsoleti che fanno da barriera a quello che, già all'estero e comunque nell'evoluzione naturale di un modello di assistenza moderna, è lo sviluppo professionale degli infermieri nel Servizio sanitario nazionale.

Non è un nostro problema: agli infermieri italiani non manca nulla. Siamo pronti a entrare nei processi decisionali della sanità, in quelli clinici dello sviluppo della cura e dell'assistenza, in quelli di un approccio multiprofessionale al paziente che deve essere tale e non un trasferimento di disposizioni, come qualcuno vorrebbe far credere sia meglio per la sua salute.

Siamo pronti dopo un percorso lungo e difficile, in cui nessuno ha regalato nulla alla nostra professione, ma abbiamo guadagnato sul campo e con sforzi spesso personali, formazione scientifica, percorsi di carriera, specializzazioni, dottorati. Con l'unico obiettivo di rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti, non antepoendo mai a questi, interessi professionali, né tantomeno personali.

Quello che manca è il coraggio di chi ha la responsabilità di stimolare e sostenere l'innovazione organizzativa del nostro sistema salute che passa anche per la strada della valorizzazione della nostra professione. Noi infermieri non ci arrenderemo e continueremo a dimostrare, con i fatti, il nostro peculiare contributo ai cittadini. ■



Report del corso: il sanitario in Corte dei Conti

23 ottobre 2015 - Università degli Studi di Milano

a cura di Marina Lanzi



promosso da A.R.I.T.M.I.A. (Associazione Ricerca Italiana Tutela Medici Ingiustamente Accusati) con OMCeO Milano (Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano) e Sezione Dipartimentale di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università degli Studi di Milano, il 23 ottobre si è tenuto nella cornice della Cà Granda dei milanesi il convegno **"Il sanitario in Corte dei Conti"**.

La premessa è stata: quale futuro per una professione serena? Ci sono regole ancora da dibattere e scrivere per permettere a tutti di vivere meglio all'interno della propria area professionale e far lavorare gli addetti ai lavori in un clima di serenità.

La coesione di coperture assicurative e scoperture non aiuta a scegliere e le azioni di rivalsa continuano a rappresentare un argomento di primario interesse anche nel

percorso legislativo presso la XII Commissione Permanente che si occupa di Affari Sociali a Roma.

M. Carta, Avvocato in Diritto Amministrativo e Docente del Politecnico di Milano, spiega la suddivisione dell'Ordinamento Giudiziario, arrivando alla Corte dei Conti normata dagli art. 100 e art. 103 della Costituzione.

Art. 100 A norma dell'art. 100, secondo comma, la Corte dei Conti esercita il controllo preventivo di legittimità sugli atti del Governo e quello successivo sulla gestione del Bilancio dello Stato, inoltre essa partecipa al controllo sulla gestione finanziaria degli enti. La Costituzione, che assicura l'indipendenza della Corte e dei suoi componenti di fronte al Governo, prevede un diretto collegamento fra la Corte ed il Parlamento, al quale essa è tenuta a riferire sul risultato del riscontro eseguito.

Art. 103 Nel suo secondo comma stabilisce che la Corte ha giurisdizione nelle materie di contabilità pubblica, come dire che essa giudica sulle responsabilità di chi ha la gestione del pubblico denaro.

La Corte dei Conti ha la funzione di garantire, vigilare e controllare i conti pubblici in materia di contabilità pubblica, attività giurisdizionale in materia di pensioni, giuridica sugli amministratori e funzionari pubblici attraverso le proprie sedi regionali e centrali. Si occupa dei sanitari per quegli aspetti legati a un danno erariale, danno patrimoniale cagionato alla propria amministrazione o altro Ente Pubblico. Differenze legate alla responsabilità civile-penale riguardano il soggetto autore del danno (pubblico dipendente o legato a Pubblica Amministrazione), per natura del soggetto danneggiato e per causazione del danno nell'esercizio di pubbliche funzioni. Riferimento all'Art. 28 della Costituzione è d'obbligo.

Articolo 28 Costituzione Italiana I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici.

Come si individua il danno da risarcire? Caratteristiche del danno: certo, attuale ed effettivo, con pregiudizio economico, con pregiudizio di un bene immateriale e dei eventuali vantaggi conseguiti nella Pubblica Amministrazione*.

Quando in un contenzioso arriva la richiesta di rivalsa l'azione compete alla Corte dei Conti, nel nostro caso di Regione Lombardia, che resta estranea al giudizio di responsabilità amministrativo-contabile, ma tutela i bilanci di A.O./ASL depauperati in conseguenza di sentenze favorevoli ai

pazienti danneggiati, poiché il pagamento del danno conseguente comporta una perdita patrimoniale per l'Azienda. Il danno erariale deve avere un nesso causale tra la condotta (elemento soggettivo: dolo o colpa grave) e l'evento che riguarda sempre i casi di responsabilità sanitaria.

L'Art.1176 Codice Civile ci chiarisce in parte in cosa compete il nostro comportamento in quanto sanitari:

"Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata [2104, 2145 2, 2174, 2224 1, 2232, 2236]". Il concetto di colpa grave per un sanitario significa mancanza di cautele costituenti standard, imprudenza e condotta negligente e bisogna essere in grado di produrre documentazione cartacea di questo; la colpa grave è esclusa in tutte quelle ipotesi in cui le scelte esercitate dal sanitario paiono ragionevoli riguardo le conoscenze scientifiche e la prassi. Significative appaiono, in proposito, le affermazioni - secondo cui (Sez. III n. 662/2005) "Ai fini dell'individuazione del grado di colpevolezza, il Giudice contabile (...) deve invece prefigurare, nel concreto, l'insieme dei doveri connessi all'esercizio delle funzioni cui l'agente è preposto, attraverso un'indagine che tenga conto dell'organizzazione amministrativa nel suo complesso e delle finalità da perseguire, alla luce di parametri di riferimento da porsi come limite negativo di tollerabilità, potendosi ritenere realizzata una ipotesi di colpa grave ove la condotta posta in essere se ne discosti notevolmente. In definitiva, con particolare riferimento alle attività materiali, quale appunto quella tipicamente sanitaria, la condotta può essere valutata come gravemente colposa allorché il comportamento sia stato del tutto

* Vedi sito: www.responsabilitàsanitaria.it - www.medicinaediritto.it - www.insuranceacademy.it

anomalo e inadeguato, tale cioè da costituire una devianza macroscopica dai canoni di diligenza e perizia tecnica e da collocarsi in posizione di sostanziale estraneità rispetto al più elementare modello di attività volta alla realizzazione degli interessi cui i pubblici operatori sono preposti. Ne consegue che, per configurare un'ipotesi di responsabilità a carico di un medico, non basta che il comportamento appaia riprovevole, in quanto non rispondente in tutto alle regole della scienza e dell'esperienza, ma è necessario che il sanitario, usando la dovuta diligenza, sia stato in condizione di prevedere e prevenire l'evento verificatosi: perché quindi possa parlarsi di colpa grave occorre accertare che si siano verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione, ovvero abbia difettato quel minimo di perizia tecnica che non deve mai mancare in chi esercita la professione medica, oppure vi sia stata ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alle cure di tali prestatori d'opera".

Il nesso causale, in altri termini, sussiste qualora, a seguito di un giudizio condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica universale o statistica emerga che, ipotizzandosi come realizzata dall'operatore sanitario la condotta doverosa impeditiva dell'evento, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato, ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

La giurisprudenza di legittimità ha più volte affermato che il medico e l'ente sanitario sono contrattualmente impegnati al risultato dovuto (cfr. Cass. n. 9471 del 19 maggio 2004), quello cioè conseguibile secondo criteri di normalità, da apprezzarsi in relazione alle condizioni del paziente, alla abilità tecnica del primo e alla capacità tecnico-organizzativa del secondo (cfr. Cass., n. 589 del 22 dicembre 1999 e n. 103 dell'8 gennaio 1999). Il normale esito

della prestazione dipende allora da una pluralità di fattori, quali il tipo di patologia, le condizioni generali del paziente, lo stato della tecnica e delle conoscenze scientifiche (stato dell'arte), l'organizzazione dei mezzi adeguati per il raggiungimento degli obiettivi in condizioni di normalità, ecc...

Di conseguenza, la diligenza del professionista, o la difficoltà di un intervento, vanno valutate in concreto, rapportandole al livello di specializzazione del professionista e alle strutture tecniche a sua disposizione, sicché il medesimo deve, da un canto, valutare con prudenza e scrupolo i limiti della propria adeguatezza professionale, ricorrendo anche all'ausilio di un consulto e, dall'altro, deve adottare tutte le misure volte ad ovviare alle carenze strutturali ed organizzative incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento.

La criticità individuata è che, dopo tutti i gradi di giudizio, passano in genere 10 anni e solo dopo viene coinvolta la Corte dei Conti, momento che corrisponde all'esborso della somma costituente, che ha una trasmissibilità agli eredi, là dove il decesso del responsabile sia rilevante rispetto alla maturazione di un giudicato di condanna (...).

L'autoassicurazione

Sull'onda di quanto è già avvenuto negli Stati Uniti, anche in Italia sono aumentate le cause per sinistri dovuti a malasanità. L'autoassicurazione, per definizione, è una gestione diretta del rischio.

L'orientamento giurisprudenziale prevalente nel corso degli ultimi anni è sempre più favorevole a riconoscere ampie liquidazioni sui sinistri da negligenza medica - medical malpractice.

Sono progressivamente aumentati i titoli di danno riconosciuti, cui è corrisposto un aumento, più che proporzionale, dei premi assicurativi che le Aziende Sanitarie sono state chiamate a versare per la copertura dei rischi. La fuga delle Assicurazioni dalla

Sanità italiana sembra essere un fenomeno inarrestabile. All'inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2015 il Presidente della Corte dei Conti Dott. Gualtieri ha segnalato che nel 2014 in Lombardia si sono avute solo 3 sentenze che hanno riguardato i sanitari, ma il Procuratore ha ricordato che il fenomeno è in aumento, soprattutto per il contenzioso medico che poi va a riguardare anche le altre figure professionali (n. 141 vertenze aperte nel 2014 rispetto alle 108 del 2013).

Dott. Carlo Rossi Roberto, Presidente OMCeO Milano, tende le fila dei casi di contenzioso riguardanti medici e sanitari in forte aumento in Regione Lombardia (dal 2010 al 2013 si sono quintuplicati) e la sensazione dei dipendenti è di grande consapevolezza, spingendo ognuno a tutelarsi attraverso la cosiddetta autoassicurazione. Resta da approfondire l'aspetto della tutela degli Specializzandi e delle Funzioni di Management. Da qua l'invito al Sanitario che deve diventare un consumatore esperto di Polizze Assicurative!

Dott. Alessandro Napoli, Sostituto Procuratore Generale Corte dei Conti Regione Lombardia, pone delle riflessioni sulla criticità del mondo sanitario, sia medico che non, e pone un focus su 4 punti:

1. l'interesse del danno erariale;
2. la maggiore importanza sul rapporto tra titolo risarcitorio civilistico e giudizio contabile;
3. l'individuazione della colpa grave quale filtro significativo della Corte dei Conti introdotto nel 1996 (mentre prima si parlava solo di colpa semplice del pubblico dipendente);
4. il danno d'immagine.

Partiamo dal danno erariale, nel quale si ravvisa l'esborso erariale a carico della A.O., e si rivale con rivalsa sul dipendente. La franchigia assicurativa può avvenire per sinistro (ovvero l'assicurazione interviene solo per l'eccedenza per il rimborso del danno) o può essere una franchigia aggregata, in cui la totale gestione viene

svolta dall'Assicurazione. A tale riguardo nei poteri d'indagine della Corte dei Conti vi è la possibilità di accedere ai dati nella gestione del personale da parte della A.O. (acquisizione delle evidenze istruttorie), in fase preprocessuale il sanitario può essere sentito ed eventualmente si può arrivare all'archiviazione, ma ogni sanitario risponde per quota-parte del danno in quanto - secondo il nostro Codice Civile - sussiste la solidarietà passiva, ovvero l'incidenza causale che ogni operatore ha portato al fatto, tenendo conto della criticità di organizzazione. Il potere riduttivo (ossia di ridurre il danno) di avvicinabilità dei fatti, consente di ridurre il danno in base a considerazioni definite variabili flessibili. Elementi soggettivi quali inesperienza, età anagrafica, carichi di lavoro, condizioni di lavoro, vanno a incidere sul potere riduttivo e allontanano la quota-parte da risarcire.

L'autoassicurazione allarga lo spazio del rimborso del danno erariale, che si verifica al momento dell'esborso del danno da parte della A.O., esborso che diventa provvisoriamente esecutivo già al 1° Grado di Giudizio.

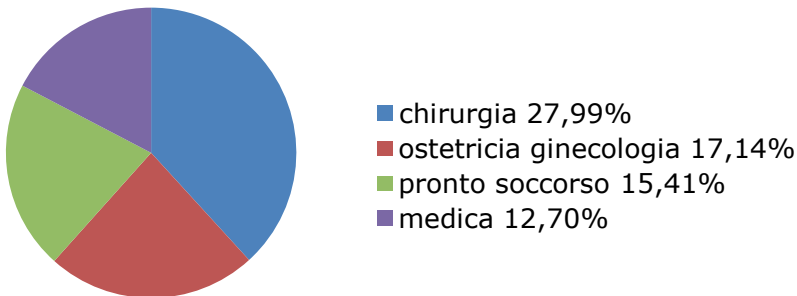
Dott. Basilio Tiso, Direttore UOC Coord. Dipartimenti Clinici e Direzione Sanitaria di Presidio Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano, analizza i numeri della propria realtà territoriale di 1000 posti letto (vedi percentuali nello schema) e del numero di denunce annue considerando che queste riguardano il 90% dei Ginecologi e per il 10% altro personale, su un personale di 60 Ginecologi e per un numero di 180mila prestazioni ambulatoriali annue e 14.900 ricoveri annui.

I risarcimenti sono stati 1/10 a carico dell'Ente Ospedaliero e il restante a carico delle Assicurazioni, comportando un costo complessivo dei risarcimenti del 2,45% del fatturato ospedaliero.

In Europa denunciano molto di più che da noi e l'Ente quindi si assicura per i sinistri di secondo livello, sotto il quale si paga in proprio. Nella nostra realtà milanese i 60

Clinica Mangiagalli

1000 posti letto



ginecologi e 139 operatori coinvolti hanno 69 denunce raccolte negli ultimi 10 anni su 2 milioni di prestazioni eseguite e la gestione di ogni singola denuncia può durare fino 10-15 anni.

Dott. Franco Marozzi, Medico Legale si richiama al Codice Civile (art sotto riportato). Secondo la Legge Balduzzi sulle linee guida e la buona pratica clinica L. 189/12 Art. 3 sotto riportato.

Art. 2236 Codice Civile Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (1), il prestatore d'opera non risponde dei danni (2), se non in caso di dolo o di colpa grave [1176, 2104] (3).

Note

(1) La diligenza richiesta al professionista è una diligenza qualifica, superiore a quella che viene richiesta ad una persona comune (c.d. diligenza del buon padre di famiglia), ed è commisurata alla prestazione che lo stesso deve eseguire. Il professionista, infatti, risponde per negligenza, imprudenza e colpa lieve, atteso il maggior grado professionale che si presume in capo allo stesso.

(2) Il cliente che intenda agire per ottenere il risarcimento ha l'onere di provare il danno subito, la colpa del prestatore d'opera intellettuale, nonché il nesso di causalità tra colpa e danno.

(3) La limitazione di responsabilità non è applicabile alle ipotesi di negligenza o imprudenza del professionista, attesa la diligenza professionale richiesta allo stesso a norma dell'art. 1176, comma secondo.

Art. 3 "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

L'osservanza delle linee guida costituisce uno scudo protettivo contro istanze punitive, anche se la protezione offerta non è illimitata e lo si evince dal sito delle Linee Guida Nazionale. ■

Master Universitario di I Livello

Assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica:
l'Infermiere di famiglia e di comunità

(Public Health Nursing: Family And Community Nurse)



Il'opportunità concreta di tutelare la salute di tutte le persone all'interno degli spazi di vita quotidiana: case, ambulatori, scuole, ambienti di lavoro. L'Università degli studi di Milano Bicocca in collaborazione con il Collegio IPASVI di Bergamo ha attivato il Master universitario di primo livello "L'assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica, l'Infermiere di Comunità e di Famiglia".

Direttore: Dott. Marco Italo D'Orso, Università degli studi di Milano Bicocca. Il Master ha lo scopo di sviluppare competenze avanzate necessarie alla gestione infermieristica dei bisogni dei singoli cittadini, delle comunità didattiche, lavorative ed assistenziali del territorio; dove è necessario gesti-

re, pianificare, realizzare, monitorare e valutare strategie assistenziali. Queste possono essere preventive, globali, continue, tempestive e di elevata qualità in risposta ai problemi di salute, reali o potenziali, che possono manifestarsi nei diversi contesti di vita (comune o di lavoro, a domicilio o in strutture sanitarie di comunità).

I destinatari del suddetto Master devono possedere i seguenti requisiti:

- Laurea triennale in infermieristica (SNT/01, L/SNT1)
 - Diploma Universitario in Infermiere
 - Titolo di studio equiparati (L.1/2002):
Diploma di infermiere professionale
- Agli infermieri in possesso di Laurea specialistica o magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche, potranno

essere riconosciuti alcuni crediti formativi già acquisiti nella carriera accademica pregressa.

Chi è l'Infermiere di famiglia e di comunità

È l'infermiere che già da anni in uno svariato numero di Stati, anche europei, si occupa di tutelare la salute dei cittadini all'interno degli spazi di vita quotidiana (case, ambulatori, scuole, ambienti di lavoro) dalla nascita e in tutte le età, operando con la propria competenza clinica, formativa ed educativa, anche in veste di consulente, e cooperando con gli altri professionisti sanitari e socio-sanitari presenti e attivi sul territorio.

Opportunità di lavoro

Nella prossima applicazione della Legge Regionale 23 dell'11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009 n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", è prevista all'articolo 10 comma 10 l'istituzione del *"Servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali"*. Le opportunità di lavoro che si stanno concretizzando vedranno l'infermiere operare sul territorio come riferimento dei percorsi assistenziali dei cittadini nell'arco della vita, interlo-

quando con le strutture organizzative, altri professionisti, terzo settore, ambito dei comuni ed altre realtà presenti nel territorio.

Come iscriversi

È possibile scaricare il bando ed effettuare la domanda di iscrizione dal 14 dicembre 2015. Il corso, di durata annuale, avrà inizio nel mese di aprile 2016 e la frequenza alle lezioni presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca (Via Cadore 48, Monza) e il Collegio IPASVI di Bergamo (Via Rovelli 45, Bergamo) richiede un impegno part-time. Per quanto riguarda lo stage, esso si svolgerà in settimane dedicate con impegno giornaliero dal lunedì al venerdì in imprese, enti, scuole ed ambulatori del territorio.

Scadenza domande di ammissione: 1 MARZO 2016

Bando e iscrizione clicca

http://www.unimib.it/open/news/Master-Assistenza-infermieristica-in-Sanita-Pubblica_-linfermiere-di-famiglia-e-di-comunita/2920504516279578030

INFO:

dorianameloni@ipasvibergamo.it

In collaborazione con:

Collegio IPASVI Bergamo

Azienda Ospedaliera San Gerardo

Azienda Ospedaliera della provincia di Lecco

Consorzio per lo Sviluppo della Medicina Occupazionale e Ambientale ■



Tipologia corso	Master Universitario di I livello
Titolo corso	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN SANITÀ PUBBLICA: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
Struttura proponente	Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Direttore e Presidente Comitato di coordinamento	Marco Italo D'Orso
Componenti Comitati di coordinamento	Giancarlo Cesana - Dipartimento di Medicina e Chirurgia Maria Grazia Valsecchi - Dipartimento di Medicina e Chirurgia Stefania Di Mauro - Dipartimento di Medicina e Chirurgia Giovanni De Viro - Dipartimento di Medicina e Chirurgia Lorenzo Mantovani - Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Segreteria organizzativa	IPASVI Bergamo, Via Rovelli 45, Bergamo 9.30 - 12.00 - 13.30 17.00 lunedì - martedì - giovedì - venerdì Tel. 035.217090 E-mail: dorianameloni@ipasvibergamo.it
Inizio e durata	11 aprile 2016 - durata annuale
Posti disponibili	Numero massimo: 35 - numero minimo: 15
Requisiti di ammissione	Laurea triennale in infermieristica (SNT/01, L/SNT1) Diploma Universitario in Infermiere Titolo di studio equiparati (L.1/2002): Diploma di infermiere professionale Gli infermieri devono essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione e/o essere iscritti all'albo professionale. Il titolo straniero corrispondente deve essere già stato dichiarato equipollente al titolo Italiano richiesto per l'accesso al corso o essere stato riconosciuto dal Ministero competente ai fini dell'esercizio in Italia della professione. Titoli preferenziali: Agli studenti con titolo di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche saranno riconosciuti CFU per specifici insegnamenti.
Contributo di selezione	100,00 (cento)
Contributo di iscrizione (comprensivo del tributo di selezione)	2.500,00 (duemilacinquecento) Tale importo andrà versato con le seguenti modalità e scadenze: 100,00 alla presentazione della domanda di ammissione 1.150,00 all'atto dell'immatricolazione 1.250,00 entro il 30 giugno 2016 Code Payment Reason (solo esteri): 890-ASS.INFERMIER.SANITA
Scadenza domande di ammissione	1 marzo 2016
Selezione	Data: 11 marzo 2016 Modalità: Valutazione titoli e curriculum vitae/studio rum
Pubblicazione graduatoria	A partire dal 21 marzo 2016
Chiusura immatricolazione	28 marzo 2016
Uditori	Non previsti
Insegnamenti singoli	Non previsti
Titolo rilasciato (CFU)	Master Universitario di Primo Livello (60 CFU)



Ogni ora del giorno, ogni giorno dell'anno
**431mila NO alla violenza
sulle donne**



gli infermieri dicono NO alla violenza e soprattutto a quella perpetrata sulle persone, di genere maschile o femminile che sia, di qualsiasi età, in tutti i luoghi e in tutti i giorni dell'anno e accolgono l'invito dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite che ha individuato il 25 novembre quale Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne, esprimendo il nostro: "Fatti aiutare...". Un "Fatti aiutare..." rivolto a tutte le donne che vivono sulla loro pelle il dolore bruciante di uno schiaffo dato da mani

che credevano un rifugio; che vengono violate da uomini senza dignità; che nel silenzio, nel sonno, sentono le urla di chi le oltraggia; che mute si arrendono per paura o per amore dei loro figli e che, spesso, credono che la violenza sia meritata. A Voi, oggi, è rivolto il nostro pensiero, come professionisti e soprattutto come uomini e donne. A Voi, oggi, chiediamo di uscire dall'isolamento, di avere fiducia... Di uscire da un futuro farcito di sofferenza imméritata. ■

**Siamo in quattrocentotrentunomila.
Quattrocentotrentunomila NO alla violenza.
Ottocentosessantaduemila mani pronte a sorreggerti! "Fatti aiutare...".**

"Give me five"

Libera Professione

a cura di Sabrina Barbato e Greta Servalli, infermiere libere professioniste

nel corso di questi mesi, all'interno di IPASVI Bergamo, sono proseguiti i lavori della commissione dedicata alla libera professione infermieristica. Tale gruppo, composto da liberi professionisti infermieri, si è riunito con cadenza mensile per cercare di rendere più accessibile un ambito ancora sconosciuto, soprattutto ai neolaureati. Questi infatti, al termine della formazione universitaria, rendono note le paure e la scarsa informazione,

per cui si rendono necessari strumenti che aiutino ad approcciarsi al mondo della libera professione. La commissione si è proposta di ricercare le modalità di accesso alle informazioni nel modo più semplice e naturale, per poter scegliere il proprio futuro lavorativo.

Il gruppo è partito analizzando il manuale pubblicato da IPASVI: il Vademecum della Libera professione. È stato letto e sintetizzato. Verrà presto realizzato un opuscolo dal titolo "La libera professione in un palmo di mano", creato dalla commissione di Bergamo per rispondere nell'immediato alle domande che possono sorgere.

I membri più esperti della commissione si sono resi disponibili in uno sportello di consulenza per chiunque volesse avere maggiori informazioni riguardanti l'attività, sia singolarmente, sia in forma aggregata, come nel caso dell'apertura di nuove cooperative, studi infermieristici o studi associati.

Il 4 dicembre 2015 al Collegio IPASVI si è tenuta con successo la giornata informativa rivolta a coloro che intendevano approfondire la libera professione, che sempre più si sta affermando nel nostro mondo e che con molta probabilità costituirà il futuro della professione infermieristica. ■



Il collega chiede... il Collegio risponde!



a cura della Commissione Redazione



>>> Buongiorno, per una ricerca personale/didattica vorrei sapere quali decreti e/o linee guida "dettano" compiti dell'ufficio infermieristico (SITRA) e se esiste un organo di controllo che vigili sulla buona pratica degli stessi. In attesa, ringrazio.

Gentile collega, per rispondere al suo quesito i riferimenti legislativi che regolano e sui quali si fonda la professione infermieristica sono:

- legge n. 43 del 2006 (Istituzione della figura di coordinamento)
- legge 10 agosto 2000 n. 251 (disciplina delle professioni sanitarie).

In particolar modo nell'art. 7 della 251, (Disposizioni transitorie) troviamo scritto:

al fine di migliorare l'assistenza per la qualificazione delle risorse, le aziende sanitarie possono istituire il Servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e possono attribuire l'incarico di dirigenza al medesimo servizio.

Si ha quindi il riconoscimento "formale"

della dirigenza e per gli infermieri si aprono le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario attraverso idonea procedura selettiva concorsuale.

*Viene quindi istituito il Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo delle Aziende in sigla **SITRA** con la responsabilità e la gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, nonché la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata.*

Successivamente la delibera di giunta regionale del 2003, riprendendo le finalità della 251, istituisce ufficialmente i SITRA.

Riguardo a quelli che potremmo definire

“compiti e doveri” del SITRA, gli stessi vengono stabiliti in base al POA (Piano di Organizzazione Aziendale) approvato dalla Regione. A livello di controllo, lo stesso viene effettuato dalle direzioni aziendali

sulla base del raggiungimento di obiettivi ben definiti. Nella speranza di essere stata sufficientemente esaustiva, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti. (Prot. 1454/15/SP/dm)

>>> Buongiorno, lavoro in una RSA, volevo porre un quesito in merito ad un episodio che mi è stato contestato inerente ad una nostra ospite, capace di intendere e di volere, che ha deciso di trattenere la sua terapia orale chiedendomi l'assunzione dopo la colazione del mattino. Nonostante il mio invito ad assumere subito tale terapia, l'ospite mi rispondeva di volerla assumere autonomamente. Avvisata allora l'Oss in camera con me della presenza della terapia sul tavolino, mi recavo in un altro reparto. La paziente si recava poi in sala da pranzo con la terapia, che veniva però assunta da un'altra ricoverata.

Le domande che pongo sono:

1. Posso impedire ad un ospite capace di intendere e volere di gestire da sé l'assunzione della terapia?
2. L'Oss doveva avvisare i suoi colleghi in sala da pranzo che la paziente aveva con sé la terapia?
3. Il turno pomeriggio-mattina prevede nella nostra RSA 10 ore di riposo (nonostante le 11 ore della normativa dell'OMS). Questa normativa è valida solo per i dipendenti del pubblico impiego o è applicabile anche alle cooperative?
4. Nell'eventualità che si verifichi un errore dovuto a riposo inadeguato, c'è una corresponsabilità della cooperativa che non si è adeguata a tale normativa?

Gentile collega, per meglio rispondere al quesito pervenuto in Collegio in data 16/11/2015 prot. 1792/15/15 è stato necessario sottoporre la questione al parere del nostro legale.

In riferimento al primo dei quesiti formulati, riguardante le competenze dell'infermiere nella somministrazione dei farmaci, occorre ricordare come l'atto di somministrazione della terapia si componga di due momenti: l'atto di prescrizione del medicinale, di competenza medica, e l'atto di somministrazione dello stesso, di competenza infermieristica.

È l'infermiere che è il diretto responsabile della corretta somministrazione della terapia farmacologica. Nella pratica di somministrazione del farmaco si include la preparazione, il controllo, la somministrazione, il monitoraggio dell'efficacia del trattamento, la registrazione di reazioni avverse e l'informazione al paziente riguardo al farmaco che sta assumendo.

A seguito di numerosi studi riguardanti

gli errori commessi dai professionisti sanitari nella somministrazione della terapia, la comunità scientifica ha divulgato delle opportune strategie per ottenere una riduzione degli stessi nella fase della somministrazione (“La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione narrativa della letteratura”. L'infermiere 3/2009).

Sono 8 gli aspetti fondamentali:

- corretta identificazione del paziente (bar code, braccialetti ecc.);
- compliance del paziente in fase di identificazione;
- verifica della corrispondenza del farmaco;
- controllo ottenuto dalla presentazione prima della somministrazione;
- disponibilità di informazioni chiare sul farmaco da somministrare;
- **NON LASCIARE FARMACI SUL COMODINO;**
- firmare la somministrazione;
- monitorare la somministrazione.

La stessa OMS, ha inoltre raccomandato un processo mirato di ricognizione e riconciliazione per evitare il rischio di errori causati da scarsa conoscenza della terapia in atto.

Alla luce di queste considerazioni si precisa **che a prescindere dalla capacità di intendere e di volere del paziente e dalla presenza o meno dell'OSS in sala pranzo e/o in camera, l'infermiere** quale responsabile della pratica di somministrazione del farmaco, **deve verificare** che il paziente medesimo assuma correttamente la terapia, dovendone registrare l'assunzione, nonché monitorare la situazione successiva al fine di evitare il verificarsi di reazioni al farmaco. Per quanto riguarda invece il recupero psico-fisico del turnista, occorre

precisare che il D.lgs. 66 del 2003 ha subito recentemente alcune modifiche finalizzate alla sanatoria di deroghe al testo originario della Direttiva Europea.

Ne consegue che dal 25/11/2015 non sono più consentite deroghe all'art. 7 del D.lgs. 66/2003 nel quale si precisa che **il lavoratore ha diritto alle 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore**. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.

La normativa ha carattere generale, e pertanto, applicabile a prescindere dalla natura dell'Ente datoriale. Cordiali saluti.

(Prot.1906/15/SP/dm)

>>> Vorrei chiedere se è possibile sapere qual è la determina o raccomandazione o legge o delibera o norma regionale lombarda che non permette agli infermieri lombardi di acquisire il numero completo di ECM attraverso la formazione online. Leggendo sui documenti, presenti sul sito del nostro collegio, ho trovato la determina della CNFC 23 /7/2014 e 10/10/2014 in materia di crediti formativi ECM all'articolo n. 6 che consente la completa acquisizione degli ECM anche mediante formazione a distanza. Grazie per l'attenzione.

Gentile collega, il 1° gennaio 2010 ha segnato una svolta importante nel sistema nazionale ECM; terminata infatti la fase sperimentale nell'accordo sancito dalla conferenza Stato Regioni del 1° agosto 2007, non vengono più accreditati i singoli eventi formativi, ma direttamente i provider (nazionali o regionali).

Ogni Regione ha quindi provveduto ad accreditare i propri provider che svolgono le funzioni di formazione nel contesto regionale. Ciò vale sia per gli eventi residenziali sia per la formazione a distanza che potrà essere erogata solo dagli operatori sanitari della singola Regione, con la possibilità di chiedere una deroga direttamente alla Commissione Nazionale ECM per accreditare singoli eventi formativi a livello nazionale.

L'accreditamento regionale è obbligatorio per le ASL e le Aziende Ospedaliere della Regione. I requisiti minimi per diventare

provider sono identici a livello nazionale e regionale, ogni regione però può porre dei limiti più stringenti.

Ne è un esempio la Lombardia che richiede la certificazione ISO 9001:2008 in ambito di formazione a distanza e residenziale. Le singole Regioni possono inoltre decidere i crediti FAD per i propri operatori sanitari.

Ed è quello che succede in Lombardia, dove è stato posto un tetto massimo per i crediti acquisiti via FAD **che non è il 100%**. Entrando nello specifico Le posso dire che la Regione Lombardia ha iniziato ad accreditare progetti FAD dopo deliberazione n. VIII/2372 del 12-04.2006.

Successivamente il decreto n. 2416 del 13 marzo 2009 concernente il Sistema Lombardo di Educazione continua in Medicina ECM/CDP: **Indicazioni operative** per l'anno 2009 riconferma quanto già affermato nel punto 2 del d.g.r. n.VIII/2372 del 12

aprile 2006 e cioè che per i dipendenti di strutture accreditate a contratto con il Sistema Sanitario Regionale lombardo i crediti conseguiti annualmente attraverso eventi in metodologia FAD non potranno superare il 50% dei crediti conseguibili annualmente nell'anno solare (quindi 25).

Lo stesso art. precisa che tale limitazione non si applica ai liberi professionisti che pertanto potranno realizzare tramite FAD anche l'intero obbligo formativo annuale. A disposizione per ogni chiarimento colgo l'occasione per porgere cordiali saluti. (Prot.1820/15/SP/dm)

>>> Buongiorno! Vorrei sapere se l'infermiere può sostituire il PEG, se fa parte delle sue mansioni. Se massaggio diaframmatico a un paziente in ventilazione artificiale durante il in-exufletor fa parte delle mansioni infermieristiche o di fkt respiratorio. Grazie.

Per meglio rispondere al quesito pervenuto in Collegio occorre fare riferimento agli ambiti legislativi che regolano e sui quali si fonda la professione infermieristica.

Nello specifico come ben sappiamo la legge n° 42/99 ha abolito il mansionario (nel quale la professione si riduceva ad una serie di atti ed azioni "catalogate"), 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 200 n. 251;
- regolate dal codice deontologico.

In quest'ultimo in particolar modo vengono fissate le norme dell'agire professionale definendo 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 e autonomi. Strettamente collegata al discorso dell'agire in autonomia vi è la responsabilità, intesa come principio guida dell'agire professionale che lo pone in una condizione di costante impegno: quando assiste, quando cura e si prende cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà della sicurezza dell'individuo.

Con l'abrogazione del mansionario, l'infermiere non è più solo il mero esecutore di prescrizioni mediche ma si rende garante di tutte le procedure.

Nel rispetto di quanto citato nei punti precedenti, anche alcuni articoli del Codice Deontologico degli infermieri ci danno dei riferimenti e ci orientano in questa direzione.

Nello specifico infatti si legge:

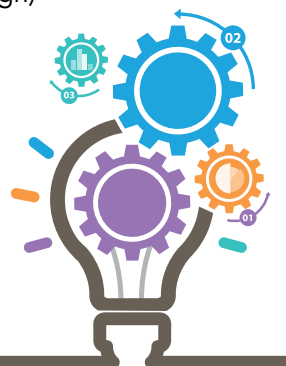
- Art. 13. L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza, e, ricorre se necessario, all'intervento o consulenza di infermieri esperti o specialisti.

- 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.

Quindi, qualora in base alla propria competenza l'infermiere evidenzia la presenza di criticità rispetto alle prestazioni richieste, sulla base anche di percorsi condivisi con l'equipe medica rispetto ai percorsi clinico assistenziali dei pazienti lo segnala al medico di riferimento al fine di attivare o modificare il percorso terapeutico e le conseguenze attività assistenziali.

Nella speranza di essere stata sufficientemente esaustiva, e restando a disposizione per eventuali chiarimenti, colgo l'occasione per porgerLe i miei più cordiali saluti.

(Prot. 2017/15/PS/gn)





Iscriviti alla mailing list del Collegio per avere in tempo reale informazioni sempre aggiornate direttamente sulla tua casella di posta



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

Collegio Provinciale di Bergamo

24125 Bergamo - Via Rovelli n.45 - Telefono 035/217090 - Fax 035/236332

www.ipasvibergamo.it - E-mail: collegio@infermieribergamo.it



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 _____



Il collegio IPASVI di Bergamo sostiene la campagna #noisiamopronti



#noisiamopronti