

ScriptaManent

Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



All'interno

- "Dose Creep"
- Relazione programmatica anno 2016
- Per gli infermieri è l'anno che apre al futuro
- La responsabilità professionale nella gestione del rischio clinico

IPASVI

SCRIPTA MANENT - Anno XXII n. 69 - Aprile 2016 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c 1.662/96 - BG



12 MAGGIO

GIORNATA
INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE

IPASVI organizza
l'evento formativo

L'evoluzione del Sistema Sanitario Regionale Lombardo:
quali possibilità per gli infermieri bergamaschi

SEGUICI SULLA NUOVA PAGINA

 **IPASVI BERGAMO**

num
ero **69**

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, Stuani 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 srl
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.ipasviberghamo.it) e consultando la sezione dedicata.

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



**"L'assistenza Infermieristica in Sanità
Pubblica: l'Infermiere di Comunità e di
Famiglia": ORA È REALTÀ!**

a cura di Simone Cosmai

Errori nell'utilizzo 4
e malfunzionamento di dispositivi
per la movimentazione del paziente
*Source: Health Devices 2014 November.
2014 ECRI Institute*

"Dose Creep". 7
Insidiose variazioni nell'esposizione a radiazioni
diagnostiche
*Source: Health Devices 2014 November.
2014 ECRI Institute*

Relazione programmatica anno 2016 10
a cura della Segretaria Simona Plebani

Per gli infermieri 14
è l'anno che apre al futuro
Editoriale tratto dalla rivista *l'Infermiere* n. 1/2016
a cura di Barbara Mangiacavalli

La responsabilità professionale 17
nella gestione del rischio clinico:
dall'etica alla virtù
a cura di Erik Perego

Cure Palliative: 21
l'infermiere percorre il cammino
a cura di Consuelo Rota

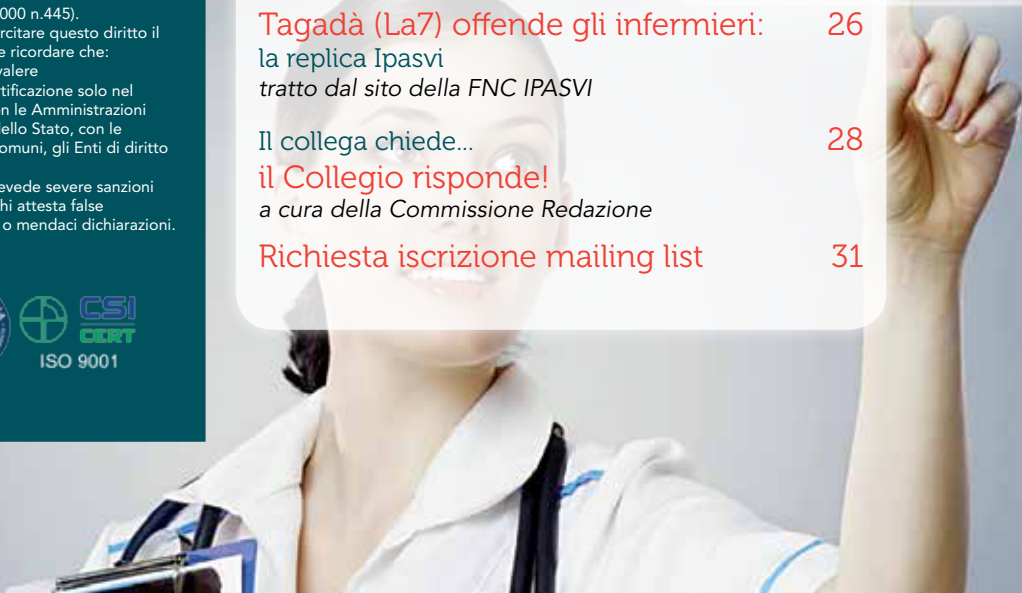
Arresto infermiera a Piombino: 24
si analizzino le cause di questi fenomeni
dal sito della FNC IPASVI www.ipasvi.it

Tagadà (La7) offende gli infermieri: 26
la replica Ipasvi
tratto dal sito della FNC IPASVI

Il collegio chiede... 28
il Collegio risponde!
a cura della Commissione Redazione

Richiesta iscrizione mailing list 31

Sommario



“L’assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica: l’Infermiere di Comunità e di Famiglia”

ORA È REALTÀ!

a cura di Simone Cosmai, Consigliere IPASVI Bergamo e tutor del Master

gentili colleghi, è con grande piacere che Il Collegio IPASVI di Bergamo in collaborazione con l’Università degli Studi Milano Bicocca ha attivato il Master Universitario di primo livello “L’assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica: l’Infermiere di Comunità e di Famiglia”. Nella data 11 aprile 2016 si è svolta infatti la prima giornata di apertura del Master che ha visto la partecipazione di 29 iscritti. Questo progetto di condivisione tra Collegio professionale e Formazione Universitaria è per gli infermieri motivo di orgoglio, poiché, oltre ad andare a beneficio della professione e del suo sviluppo, tutela il cittadino e i suoi bisogni sempre più complessi attraverso una risposta concreta e appropriata. Lo scopo del Master “L’assistenza Infermieristica in Sanità Pubblica: l’Infermiere di Comunità e di Famiglia” è quello di sviluppare le competenze avanzate nell’attuale contesto socio-sanitario, permettendogli una gestione mirata dei bisogni dei singoli cittadini, delle comunità didattiche, lavorative ed assistenziali del territorio. L’infermiere di famiglia e di comunità si trova ad operare gestendo, pianificando, realizzando, monitorando e valutando quali strategie assistenziali adottare 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). La figura dell’infermiere di famiglia è già da anni presente sul territorio, in diversi Stati, anche europei; si occupa di tutela della salute dei cittadini dalla nascita e in tutte le età, all’interno degli spazi di vita quotidiana (case, ambulatori, scuole, ambienti di lavoro), 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. 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 la figura di riferimento dei percorsi assistenziali dei cittadini nell’arco della vita, interlocutore diretto con le strutture organizzative, altri professionisti, terzo settore, ambito dei comuni ed altre realtà presenti nel territorio. ■

Errori nell'utilizzo e malfunzionamento di dispositivi per la movimentazione del paziente

Source: Health Devices 2014 November. 2014 ECRI Institute



SUlla base del resoconto rilasciato dal Occupational Safety and Health Administration (OSHA) nel 2013, gli ospedali sono tra i luoghi più pericolosi in cui lavorare, principalmente a causa dei numerosi incidenti in cui il personale ospedaliero incorre nel sollevare, spostare o trasferire i pazienti. Secondo un articolo dell'OSHA che riporta i risultati di un sondaggio su oltre 1000 strutture ospedaliere, il 25% di tutti gli indennizzi ai lavoratori per il 2011 scaturisce da denunce di infortuni conseguenti all'attività di mobilitazione di pazienti*.

Senza poi considerare il rischio per i pazienti stessi. Attualmente il mercato offre una ampia gamma di tecnologie che possono ridurre il rischio per il personale e per il paziente, tra cui una varietà di sistemi di sollevamento (a soffitto, mobili, seduta/alzata), ausili di trasferimento laterale (sponde, corrimano, trasportatori, materassi gonfiabili) e speciali sedute e barelle. Ad ogni modo, danni possono essere causati anche dall'utilizzo inappropriato e dalla mancata manutenzione dei dispositivi. Le tipologie di problemi che possono insorgere da queste attrezzature per il trasporto del paziente possono

* Citato in: Occupational Safety and Health Administration. Safe patient handling programs: effectiveness and cost saving. Disponibile in www.osa.gov.

essere trovati nei database di problem reporting, come quello del FDA noto con l'acronimo MAUDE (Manufacturer and User Facility Device Experience) da cui riportiamo qui qualche esempio:

- **Uso improprio dei sistemi di sollevamento del paziente (vari modelli).** Alcune situazioni, che hanno compor-

- **Aspetti legati all'utilizzo di piani trasferibili.** Nell'utilizzare questi strumenti (tavole lisce ma rigide) che servono per trasferire un paziente da una superficie ad un'altra, è necessario prestare cura a non creare attrito al momento dell'inserimento del piano sotto il paziente, soprattutto in quelli che presentano ustioni o ulcere.



tato situazioni di pericolo per il personale come per gli stessi pazienti, sono state ad esempio sospensori fissati male, sollevatori sovraccarichi, oppure utilizzati per il sollevamento di un paziente quando erano invece destinati ad altro uso.

- **Aspetti legati a sollevatori mobili per pazienti.** Dalle esperienze di collaudo effettuate dall'ECRI, sono stati evidenziati problemi relativi alla deformazione da sovraccarico (consultare il numero di febbraio 2009 di Health Devices). Inoltre l'FDA ha rilevato episodi di ribaltamento/inclinazione del sollevatore al variare del baricentro del paziente o al malposizionamento della base sotto il letto del paziente.

Altrettanto importante è che l'attrezzatura venga ispezionata e sottoposta ad adeguata manutenzione così da correggere difetti che potrebbero creare danno al paziente. Anche l'attrezzatura può causare danno (sia al paziente che al personale) se logorata, rotta, sporca o con batterie scariche.

Infine, possono insorgere problemi con i dispositivi. Le segnalazioni in merito alla sicurezza del paziente pubblicate nel servizio Health Devices Alerts dell'ECRI Institute documentano la varietà di problemi che possono verificarsi sia quando questi sono utilizzati conformemente all'uso inteso, sia in caso di utilizzo inappropriato, che in caso di difetto di produzione o di progettazione. ■

RACCOMANDAZIONI



In primo luogo, formare gli operatori sanitari a riconoscere situazioni che potrebbero richiedere l'uso di attrezzature per la movimentazione del paziente. Secondo un rapporto redatto in collaborazione con il National Institute of Occupational Safety and Health, il limite massimo di peso raccomandato nella maggior parte delle operazioni di sollevamento paziente dovrebbe rimanere, in condizioni ideali, sotto i 17 kg (35 libbre, Waters et al. 2009). Questo comporta quindi che la quasi totalità delle attività che prevedono un sollevamento manuale, lo spostamento, o il trasferimento di pazienti anche leggeri, sono da considerarsi pericolose. Di particolare preoccupazione sono le attività che portano ad assumere posizioni scomode o che richiedono il sollevamento di carichi pesanti, come:

- Trasferire i pazienti dal wc alla sedia, dalla sedia al letto, dalla vasca alla sedia.
- Riposizionare un paziente lateralmente nel letto o nella sedia.
- Sollevare il paziente dal letto.
- Rifare il letto con il paziente dentro.
- Detergere il paziente nel letto.
- Assistere il paziente in movimento.
- Vestire il paziente.

In secondo luogo, implementare l'utilizzo corretto delle attrezzature per la mobilitazione del paziente per le attività che potrebbero creare dei rischi al personale o al paziente stesso.

A tal fine:

- Formare il personale sulla necessità di utilizzare queste apparecchiature e la modalità corretta di impiego.
- Fornire un numero adeguato di attrezzature, in maniera che queste siano disponibili secondo la necessità; immagazzinare il materiale in un luogo dedicato facilmente accessibile.
- Scegliere attrezzature con limiti di carico corrispondenti alle esigenze della popolazione di pazienti servita. Informare il personale addetto dei limiti di peso per ciascuna attrezzatura e dei rischi conseguenti al superamento di tali limiti.
- Stabilire un programma per la gestione degli accessori (ricambio batterie, immagazzinamento ordinato e accessibile delle imbracature).

Terzo luogo, nominare responsabili per ispezioni di routine, manutenzione preventiva e riparazioni delle attrezzature e accessori per la mobilitazione del paziente, in accordo con le linee guida stabilite per queste attività.



"Dose Creep"

Insidiose variazioni nell'esposizione a radiazioni diagnostiche

Source: Health Devices 2014 November. 2014 ECRI Institute



il dose creep è un fenomeno definito come la tendenza da parte dell'operatore ad aumentare i livelli espositivi (ovvero la dose) al fine di ottenere una migliore qualità dell'immagine nella radiografia diagnostica. Nonostante sia improbabile che il fenomeno provochi un danno immediato, si tratta di un problema insidioso, che può avere conseguenze a lungo termine e che, nel tempo, può coinvolgere un gran numero di pazienti. Fortunatamente, si stanno diffondendo strumenti atti ad aiutare le strutture sanitarie a contrastare questo pericolo.

Sotto molti aspetti il dose creep è una conseguenza non intenzionale portata

dai progressi nel passaggio dalla pellicola al digitale nella radiografia diagnostica.

Qualsiasi sia la tecnologia di imaging che utilizzi radiazioni ionizzanti, l'esposizione a dosi più elevate è comunque associata a un incremento di rischio per il paziente (ad esempio: aumentato rischio di sviluppare il cancro a lungo termine). Per tale motivo i protocolli standard specificano di utilizzare una dose che sia "la più bassa ragionevolmente ottenibile" (as low as reasonably achievable - ALARA) necessaria per acquisire le informazioni diagnostiche. In altre parole, la dose non deve essere né superiore né inferiore a quella ne-

cessaria per ottenere un'immagine di qualità diagnostica. Nella radiografia su pellicola, esporre il paziente a livelli di radiazioni troppo alti o troppo bassi produrrebbe un difetto interno, rendendo la pellicola inutilizzabile (o sovraesposta o sottoesposta); ogni ampia variazione dei parametri di esposizione comunque sarebbe rilevata.

Di contro, i rivelatori digitali sono più tollerati. Dato che hanno una più ampia gamma dinamica rispetto alla pellicola, possono sopportare un range di parametri di esposizione significativamente più ampio e restituire ancora un'immagine utilizzabile.

Un vantaggio di questa maggiore gamma dinamica è la riduzione della probabilità che un esame di imaging debba essere ripetuto - che esporrebbe dunque il paziente a ulteriori radiazioni - sia nel caso di esposizione maggiore che minore rispetto alla dose ottimale. Uno svantaggio, tuttavia, è rappresentato dal fatto che la gamma dinamica più ampia crea un ambiente in cui i tecnici di radiologia possono modificare i parametri di esposizione rispetto al livello consigliato - talvolta apportando piccole modifiche consecutive - senza che vi sia un'evidente necessità di tale modifica. Di conseguenza, la deviazione rispetto alla esposizione raccomandata non sarebbe generalmente visibile osservando l'immagine digitale risultante.

Di fatto, con i rivelatori digitali, la qualità dell'immagine generalmente migliora all'aumentare della dose. Pertanto, vi è una tendenza naturale ad aumentare la dose per ottenere una migliore qualità delle immagini. Tali aggiustamenti, ripetuti nel corso del tempo, possono condurre a fattori di esposi-

zione che differiscono sostanzialmente dalle esposizioni standard per un dato studio, senza che l'operatore stesso sia consapevole dell'innalzamento dei livelli.

La conseguenza è che i pazienti possono essere regolarmente esposti a livelli inutilmente elevati di radiazioni ionizzanti durante gli esami.

Mentre qualsiasi aumento della dose per un singolo esame può avere un effetto trascurabile, l'effetto cumulativo su pazienti sottoposti a studi multipli durante il corso del loro trattamento - particolarmente nei neonati - può diventare significativo.

Con l'imaging digitale, l'unico modo oggettivo per identificare se i fattori di esposizione ottimali vengono utilizzati in modo coerente (ad esempio, per tutti gli studi o in tutte le aree di cura) è quello di rivedere gli indicatori di esposizione forniti dal sistema di imaging. In precedenza, la pratica di comparazione degli indicatori di esposizione tra i sistemi di imaging o tra le aree di cura era complicata dalla mancanza di un metodo standardizzato: ogni produttore del sistema di imaging definiva la propria indicazione dell'esposizione radiografica per stimare la dose erogata dal rivelatore. Ad oggi, però, i produttori stanno adottando sempre più frequentemente gli indici di esposizione standard (EI), stabiliti dagli standard IEC-62494-1. Ciò significa che le strutture sanitarie possono iniziare a utilizzare l'EI (sui sistemi adeguatamente attrezzati) per monitorare i fattori di esposizione che vengono utilizzati e per identificare le tendenze che potrebbero indicare gli scostamenti dei valori ottimali.

Sistemi di imaging più recenti stanno

iniziando inoltre a incorporare direttamente gli EI, mentre nei sistemi di radiografia digitale esistenti è possibile aggiungere questa funzionalità attraverso un aggiornamento del software. Inoltre, stanno comparando strumenti software capaci di facilitare il monitoraggio dei valori di EI. Per fare un uso

efficace degli EI, il dirigente radiologico, possibilmente in consultazione con i fisici medici, dovrà definire i valori accettabili per gli studi specifici e per la tipologia di pazienti, monitorare le variazioni, e trovare il modo per identificare efficacemente le cattive pratiche. ■

RACCOMANDAZIONI



- Se i sistemi radiografici diagnostici digitali non sono già attrezzati per usare lo standard EI - come indicato dalla Commissione Elettrotecnica Internazionale (IEC 62494-1) e dall'Associazione Americana dei Fisici Medici (AAPM TG-116) e come attuato dai produttori di dispositivi - accertare se sia disponibile un aggiornamento software per aggiungere tale funzionalità. Per l'acquisto di nuove attrezzature, integrare le funzionalità EI nella richiesta di preventivo.
- Una volta incorporata nei sistemi di imaging, utilizzare gli EI per stimare la dose al paziente e l'esposizione sul rivelatore.
- Attuare le misure necessarie perché la visualizzazione dei valori EI divenga parte della routine per i tecnici di radiologia. Ciò potrebbe richiedere un aggiornamento del software o una modifica della configurazione.
- Installare strumenti software che automaticamente importano e analizzano i dati EI. Definire le responsabilità per il monitoraggio e l'analisi dei dati EI per l'intero dipartimento.
- Operare verso la definizione di valori e range EI accettabili per gli studi di radiologia.



Relazione programmatica anno 2016

Presentata dalla Presidente Beatrice Mazzoleni nell'assemblea annuale degli iscritti del Collegio IPASVI di Bergamo il 26/2/2016

a cura della Segretaria Simona Plebani



anche quest'anno si è svolto uno dei tradizionali appuntamenti di condivisione con gli iscritti: l'assemblea annuale. In questa riunione sono state presentate da parte del tesoriere Dolores Belometti il rendiconto generale consuntivo 2015 e il bilancio di previsione 2016, mentre nello specifico della relazione consuntiva e programmatica della Presidente Beatrice Mazzoleni le attività svolte a livello Nazionale, Regionale e Provinciale.

Prima di riportare all'interno di questo articolo i punti salienti, che mi auguro permettano anche ai colleghi che non erano presenti la condivisione dei con-

tenuti, vediamo alcuni numeri.

Siamo sempre una famiglia numerosa, che al 31 dicembre si compone di 6.790 iscritti, così ripartiti: 6.600 infermieri, 50 infermieri pediatrici e 80 assistenti sanitari.

Il Consiglio Direttivo nel 2015 si è riunito 20 volte, ha protocollato circa 2760 documenti, risposto a 43 quesiti degli iscritti, più 2 pareri legali e concluso 1 procedimento disciplinare.

A livello, invece, di attività, ecco cosa è successo nei vari ambiti e che ci ha visto direttamente coinvolti.

Iniziando l'analisi del panorama nazionale, vengono citati i riferimenti

legislativi più importanti e significativi dell'anno appena trascorso, quale la legge di stabilità n. 208/2015, che, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 66/2003, ha previsto un aumento nelle assunzioni lavorative (ma nello specifico si tratta di stabilizzazioni di personale precario). Il capitolo relativo all'applicazione di tale decreto è ancora in via di definizione, poiché il rispetto dell'orario di lavoro, secondo le normative europee, potrebbe portare le assicurazioni che coprono il rischio professionale per le Aziende Sanitarie in caso di incidente con evento avverso a non garantirne la copertura, se avvenuto in condizioni di violazione delle disposizioni in materia di durata di orario e di riposi, soprattutto se la violazione non fa parte di «accadimenti eccezionali».

Altro aspetto importante è quello relativo al D.D.L. del 9/12/2015 per l'appropriatezza prescrittiva pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 20/1/2016 e per cui la componente medica non si trova d'accordo, poiché lo ritiene riduttivo delle prestazioni offerte al cittadino. Da pochi mesi (18 gennaio 2016) è attiva la tessera professionale europea, che ha lo scopo di facilitare la circolazione del personale sanitario nei paesi dell'U.E. Risulta invece essere ferma la partita relativa al comma 566 "competenze" a causa della componente medica, che ne ha chiesto la cancellazione, e del mancato intervento da parte del Ministero, che lo ha predisposto. Appare invece più di probabile attivazione il discorso relativo alla trasformazione dei Collegi in Ordini (Ddl 1324), poiché in Senato pare sia ripreso il dibattito su tale argomento.

Per quanto riguarda le attività svoltesi

nel 2015 a livello nazionale che hanno visto la partecipazione diretta del Collegio e dei suoi iscritti ricordiamo:

- Giornata Cittadinanza Attiva Patto della Salute - Roma 19 febbraio 2015
- XVII Congresso Nazionale FNC Roma 5-6-7 marzo 2015
- Seminari per Consigli Direttivi Bologna 29-30-31 maggio Lecce 5-6-7 2015
- Giornata per personale amministrativo dei Collegi 12-19 novembre 2015
- Partecipazione a 5 Consigli Nazionali (Sede Roma)
- VIII Conferenza Nazionale delle politiche professionali Bologna 19 gennaio 2016
- Giornata formativa dedicata a segretari su trasparenza e protocollo 18 febbraio 2016

A livello regionale l'11 agosto 2015, n. 23 è entrata in vigore la legge regionale "Evoluzione del sistema socio-sanitario 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), che apre ampi scenari di progettualità su aree al momento ancora non del tutto conosciute, quali la Direzione delle professioni sanitarie (Art. 7 comma 8), il servizio dell'infermiere di famiglia (Art. 10 comma 10), UCCP e AFT (Art. 10 comma 3), PREST e POT (Art. 16 comma 16b) e che, come Collegio, abbiamo intenzione di presidiare, grazie ad un progetto di collaborazione con esperti dell'Università Bocconi di Milano.

Nel panorama provinciale viene sottolineato il lavoro svolto, a livello di amministrazione, attraverso:

- acquisto e attivazione software informatico ISI secondo DPCM 3/12/2013

“Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli artt. 40-bis, 41, 47, 57-bis e 71, del Codice dell’amministrazione digitale, di cui al Dlgs n.82/2005”.

- Adempimenti secondo D. Lgs. 33/2013 “amministrazione trasparente”
- Adozione del codice di comportamento per il personale dipendente del Collegio IPASVI
- Pubblicazione del piano triennale di prevenzione della corruzione, tutela della trasparenza 2015/2017, approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 26 gennaio 2015, con delibera n. 12.

Scorrendo le attività proprie del Collegio, viene posta l’attenzione sugli incontri con gli studenti del 3° Anno del Corso di Laurea, la partecipazione alla Commissione d’esame finale per Corso di Laurea in Infermieristica ad aprile del Master Universitario di I Livello “L’assistenza infermieristica in Sanità Pubblica, l’Infermiere di Comunità e di famiglia” in collaborazione con Università Milano Bicocca, per cui è prevista da parte del Collegio, l’erogazione di borse di studio.

Altro capitolo importante è quello relativo all’attività svolta dal Collegio come certificatore ECM dei crediti acquisiti durante l’attività di tutoraggio di studenti in infermieristica e complementari.

Segue, nello specifico, il lavoro svolto dalle singole commissioni.

Commissione Comunicazione

Presentazione della rivista Scripta Manent solo nel formato on-line, collaborazione con gli iscritti per pubblicazione di report relativi ai corsi di

aggiornamento, oltre alla continua collaborazione con la rivista Bergamo Salute. Il sito del Collegio viene tenuto costantemente aggiornato e viene inviata una rassegna stampa settimanale. A questo proposito ricordiamo agli iscritti di aderire alla Mailing list del Collegio, se si desidera essere costantemente informati sulle attività in essere e sulle novità relative alla professione.

Continua inoltre la campagna per la promozione della figura dell’infermiere nelle scuole materne e primarie, con 8 incontri nel 2015 e già 13 incontri previsti per il 2016.

Commissione Formazione

Tra gli eventi più importanti ricordiamo nella settimana del 12 maggio 2015, il convegno dal titolo “Infermieri e cittadini: dall’ospedale al territorio, un percorso condiviso” e altri 2 eventi rivolti alla cittadinanza (il primo soccorso e i servizi socio-assistenziali territoriali). Particolarmente apprezzato il corso rivolto ai coordinatori, dal titolo “La funzione di coordinamento nelle organizzazioni sanitarie: responsabilità, competenza e strumenti operativi”, tenutosi nel periodo compreso tra aprile e settembre 2015 con 40 partecipanti e, ultimo, ma non per importanza, l’evento formativo itinerante sul tema della gestione delle aggressioni in Pronto Soccorso, che ha coinvolto le principali strutture sanitarie territoriali provinciali.

Quantificando l’attività formativa nell’anno 2015, sono stati organizzati 13 eventi formativi per 500 posti ed erogati 150,5 crediti ECM.

A questi vanno ad aggiungersi i Corsi FAD gratuiti proposti dalla Federazio-



ne Nazionale Collegi, con erogazione di 30 crediti ECM.

Commissione Qualità

È stata riconfermata la certificazione ISO per la rivista del Collegio "Scripta Manent", anche in versione informatizzata.

Commissione Libera Professione

Quest'anno la Commissione ha svolto un lavoro oneroso per attivare lo sportello Libera Professione Ipasvi/Enpapi e, fornire un supporto concreto a tutti i colleghi che si affacciano al mondo della libera professione, o che già ci operano e hanno necessità di chiarimenti o informazioni.

Altrettanto impegno ha richiesto la realizzazione della campagna informativa "LIBERA PROFESSIONE IN PALMO DI MANO" e la realizzazione dell'opuscolo informativo sul Vademecum della libera professione.

Altro aspetto importante è quello relativo alla lotta all'abusivismo professio-

nale. È nostra intenzione lavorare per attivare, nel più breve tempo possibile in sede, uno sportello dove gli iscritti possono depositare le loro segnalazioni e permettere le opportune verifiche.

Commissione OSS

Continua il lavoro relativo alla stesura di Linee Guida condivise per la formazione e la riqualifica degli OSS e degli ASA, il costante presidio delle Agenzie formative, con la valutazione di obiettivi formativi condivisi, inerenti le competenze dei professionisti con incarico di docenza e l'inserimento nelle strutture di tirocinio territoriali. Il 2015 ha visto la partecipazione a 19 sessioni d'esame.

Commissione Infermieri Stranieri

Sono state attivate 4 sessioni d'esame (trimestrale) per un totale di 12 infermieri e si è lavorato per aggiornare la modulistica della prova d'esame con verifica del grado di comprensione e lettura lingua italiana. ■

Per gli infermieri è l'anno che apre al futuro

Editoriale tratto dalla rivista l'Infermiere n. 1 - 2016

a cura di *Barbara Mangiacavalli*

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi



Il 2016 dovrà essere un anno di azione. Dobbiamo affermare infatti la figura dell'infermiere sia dal punto di vista professionale che del rilancio dell'immagine, a fronte di fatti e notizie che ci hanno coinvolti nel 2015 e che rischiano di destabilizzare la figura di tutti gli operatori sanitari.

Nel 2015 abbiamo portato a termine molta parte del programma presentato in occasione delle elezioni di marzo. E ora dobbiamo realizzare non solo ciò che ancora è rimasto in sospeso, ma adeguarlo e adattarlo a un contesto che cambia: la crisi economica, nonostante gli annunci sul suo rallentamento, mette a dura prova ancora il sistema salute,

tanto che il 10% degli italiani rinuncia alle cure e aumentano le disuguaglianze sociali già presenti. È un problema già evidenziato lo scorso anno e che ora ha assunto dimensioni particolarmente significative. Alcuni stili di vita sono peggiorati, in particolar modo nelle classi sociali più svantaggiate e al Sud e impattano anche sulla manifestazione dei bisogni di salute e quindi anche sull'impostazione dei programmi e dell'offerta sanitaria.

Per quanto riguarda il personale, le aziende pubbliche sono nell'impossibilità di manovrare, per carenza di fondi, il blocco del turn over e l'assenza dei contratti. Tutto ciò sta determinando una

lenta modifica del mix dei profili professionali, senza che questa sia consapevolmente disegnata.

Occorre cambiare. E tutti gli esperti di organizzazione insistono sullo skill mix: bisogna comporre équipes con competenze diverse, tenendo conto dell'upgrading della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie e, in qualche modo, riconfigurare l'organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari. Il rapporto tra numero dei medici e numero dei dipendenti riconducibile alle professioni sanitarie sta modificandosi in favore di questi ultimi. Abbiamo un Paese che sta andando verso l'invecchiamento, la cronicità e la fragilità, ed è un Paese che ha bisogno di infermieri più che di medici e in questo senso lo skill mix necessario pone in pole position la crescita della figura professionale dell'infermiere, a cui si assegnano ruoli di coordinamento e gestione di tutte le unità e le strutture deputate a far fronte ai nuovi bisogni.

Sui modelli di presa in carico torna attuale il tema delle cure primarie, che sono una priorità nei disegni di riforma dei sistemi, per la crescente domanda da parte di soggetti cronici, polipatologici, fragili e anziani. Sono state più o meno cinque o sei le Regioni che, nel corso del 2015, hanno provveduto a ridisegnare il modello organizzativo istituzionale i cui effetti si vedranno poi nel 2016. Penso a Toscana, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia. C'è, quindi, un comune denominatore, che è proprio quello di confrontarsi con il tema dell'invecchiamento della popolazione, della cronicità e dei nuovi bisogni che richiamano nuove competenze.

Dobbiamo quindi decentrare il follow up, allargare le competenze utili, come quelle degli infermieri, che con altri operatori possono dedicarsi alla gestione delle disabilità e delle fragilità in ge-

nerale. E questo significa riconfigurare tutte le relazioni professionali perché, a questo punto, non bisogna tener conto solo della proporzione numerica e di competenze tra medici e infermieri, ma anche della proporzione numerica e di competenze tra infermieri, altri professionisti e altri operatori. Questa sarà una delle riflessioni che nel 2016, come Consiglio Nazionale, avremo bisogno di fare confrontandoci in maniera molto aperta, in quanto da ciò poi deriveranno organici, numeri e questioni legate anche all'esercizio professionale.

Rispetto poi ai vari temi che si sono presentati nel corso del 2015, la legge di stabilità ha ulteriormente ridotto il fondo sanitario e prevista la possibilità di immettere 6.000 operatori tra medici e infermieri nel sistema sanitario, per far fronte alle indicazioni dell'orario europeo. È un'operazione, però, che non apre a nuove assunzioni, perché più che altro si tratta di stabilizzazioni di personale precario. La necessità dal punto di vista delle attuali presenze è di un incremento di circa 18.000 infermieri solo per adempiere a questo tipo di indicazione, poi questo deve fare i conti, ovviamente, con le possibilità economiche, i piani di stabilità e quant'altro.

Altro tema che ci accompagna per il 2016 è quello della responsabilità professionale. Si è riusciti a inserire alla Camera la modifica e l'aggiustamento sul ruolo del risk manager: il coordinamento delle attività di risk management. Ma ora serve un ulteriore sforzo: prevedere la figura del CTU (consulente tecnico d'ufficio) e del CTP (consulente tecnico di parte) come infermiere.

Il Ddl, nel momento in cui diventerà legge, avrà comunque delle ricadute di non poco conto sul nostro mondo professionale, alcune delle quali positive. E consegna al sistema sanitario, la necessità di modificare il modo di stare dentro l'orga-

nizzazione, perché in tutto il disegno di legge si parla di gestione coordinata del rischio clinico, lavoro in équipe, lavoro multi professionale, integrazione professionale. Quindi, sostanzialmente, si sta dicendo che il lavoro in Sanità non è più cosa da solisti o solitari, che non risponde più sempre e solo il medico o sempre e solo l'infermiere, ma si risponde tutti a livello di équipe. Questo impone a tutti i professionisti sanitari di lavorare insieme e di definire come, con quali procedure, con quali protocolli, con quali modalità e con quali indicazioni.

Tra gli altri argomenti su cui lavorare c'è quello dell'appropriatezza. Noi continuiamo a sostenere che l'appropriatezza è anche quella organizzativa, e quindi di come si sta dentro il sistema e di come si utilizzano le risorse professionali del sistema. Tuttavia, anche questo è un tema che ci accompagnerà e che ci deve aiutare a compiere delle riflessioni.

Ci sono poi gli Ordini. È ripreso in Senato il dibattito sul Ddl 1324, dopo che è stato bloccato per quindici mesi in Commissione Bilancio e sono stati approvati alcuni emendamenti che richiamano la trasparenza e rendono obbligatorio il parere sull'esame di abilitazione. A prescindere da ciò che sarà, comunque, il nostro obiettivo prioritario in questo senso è che il disegno di legge vada in porto, che si costituisca così l'Ordine degli infermieri, in cui avremo due Albi: Albo degli infermieri e Albo degli infermieri pediatrici.

C'è quindi la partita delle competenze avanzate. La tessera professionale europea, operativa dal 18 gennaio, riprende nel suo decreto attuativo le competenze infermieristiche secondo il modello Ue e, anche se sono due questioni giuridiche diverse, oggettivamente una normativa di respiro europeo, recepita in Italia con un decreto legislativo che ha definito una serie di competenze. Il

termine che emerge in maniera ricorrente è soprattutto quello dell'autonomia. Quindi, questo aiuta a creare una cornice di riferimento, che dovrebbe, se non altro, facilitare i percorsi successivi sullo sviluppo delle competenze, garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e valutarle. Ad esempio, la previsione di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e intervenire in situazioni di crisi e di catastrofi basterebbe già a chiudere molte partite sull'emergenza territoriale e in generale su altre questioni.

La partita delle competenze avanzate vera e propria però è in stallo per un mancato intervento al ministero della Salute. La strada che appare percorribile, ad avviso del Comitato Centrale, è quella di individuare tutti i possibili percorsi (negoziali, collaborativi, interpretativi o positivi, tutto quello che ci viene in mente), che ci mettano nella condizione di far approvare in Conferenza Stato/Regioni l'accordo sulle competenze, come richiesto anche dagli stessi assessori e governatori in più riprese.

Per il Comitato Centrale poi, si conferma lo sviluppo presentato nel 2015 che, rispetto all'evoluzione della laurea magistrale di indirizzo clinico, possa essere discusso a livello ministeriale con il famoso istituendo Osservatorio presso il MIUR. Dopodiché le competenze dovranno poi trovare il loro naturale sviluppo e incardinamento anche all'interno dei contratti di lavoro e della stagione contrattuale che si sta aprendo, sia dal punto di vista giuridico perché, dopo il decreto 165 hanno assunto anche la titolarità di stato giuridico del personale dipendente, sia dal punto di vista economico.

Sono questi la cornice e gli elementi che quest'anno orienteranno la nostra attività e danno l'idea del percorso e del panorama davanti a noi. Ed è su questo che dobbiamo lavorare. ■

La responsabilità professionale nella gestione del rischio clinico: dall'etica alla virtù

a cura di Erik Perego, Risk Manager Humanitas Gavazzeni



ne Il'ottobre 2015 è stato pubblicato il primo rapporto annuale sul monitoraggio delle denunce dei sinistri, realizzato dall'Osservatorio Nazionale Sinistri dell'Age.Na.S - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Il documento presenta 24 indicatori dei 26 disponibili nella banca dati SIMES/Denunce Sinistri*. La realizzazione di questo primo rapporto annuale rappresenta una tappa fondamentale nel percorso informativo e formativo avviato dall'Agenzia Nazionale, con la rilevazione di dati di buona qualità, tali da essere oggetto di pubblica diffusione. Dalla lettura e analisi dei contenuti del rapporto giungono

numerose spunti di riflessione per la governance del contenzioso in sanità.

Sono, infatti, ancora troppi gli errori prevenibili nel mondo sanitario. In Italia su 8 milioni di ricoveri ogni anno si commettono 320mila errori di cui 2 su 3 sono evitabili. Negli ultimi 25 anni il numero di denunce a carico dei professionisti è cresciuto del 300% e in tutta Italia le cause pendenti sono 12.000 (Quotidiano sanità, 19 giugno 2015).

Escludendo i comportamenti sconsiderati e dannosi, in cui vi è colpa intenzionale (consapevole violazione, colpa grave, reati penali), abbiamo una serie di eventi in cui non vi è colpa intenzionale,

* SIMES/DS - a livello nazionale e regionale (<http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente-3?jjj=1455192371673>)

dove questi ultimi sono per lo più determinati dall'errore umano e dai comportamenti a rischio. L'errore: la deviazione morale (cadere in errore); il fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato; in altre parole la deviazione tra ciò che è stato fatto e ciò che andava fatto.

Errore che si traduce spesso in evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e

indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile a errore è "un evento avverso prevenibile".

Errori che insieme alle violazioni sono la caratteristica principale del fattore umano. È infatti la fallibilità parte della condizione umana e non si può cambiare la condizione umana, possiamo però cambiare le condizioni in cui lavorano gli esseri umani (approccio al sistema).

A titolo esemplificativo, nella tabella seguente, si riportano alcune categorie di errori:

Errore nell'uso dei farmaci	<ul style="list-style-type: none"> • Errori di prescrizione • Errori di preparazione • Errori di trascrizione • Errori di distribuzione • Errori di somministrazione • Errori di monitoraggio
Errore chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> • Corpi estranei nel focolaio chirurgico • Intervento su parte del corpo o lato del corpo sbagliata • Esecuzione chirurgica impropria • Chirurgia non necessaria • Gestione non corretta del paziente chirurgico
Errore nell'uso di apparecchiature	<ul style="list-style-type: none"> • Malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione (non causati dall'utilizzatore) • Malfunzionamento dovuto dall'utilizzatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso) • Uso in condizioni non appropriate • Manutenzione inadeguata • Istruzioni inadeguate • Pulizia non corretta • Utilizzo oltre i limiti di durata previsti
Esami o procedure diagnostiche	<ul style="list-style-type: none"> • Non eseguite • Programmate e non eseguite • Eseguite in modo inadeguato o scorretto • Eseguite appropriatamente ma su pazienti sbagliati • Non appropriate
Errori nella tempistica	<ul style="list-style-type: none"> • Ritardo nel trattamento farmacologico • Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico • Ritardo nella diagnosi • Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici

Classificazione degli errori - elaborazione dell'autore (Catino, 2014).



L'iceberg degli eventi - elaborazione dell'autore (Catino, 2014)

Due sono gli approcci al problema degli errori in sanità: focalizzarsi sul comportamento umano (comportamento aberrante) o sulle condizioni nelle quali accade l'errore (fallimento del sistema). È quest'ultimo approccio che bisogna adottare per la riduzione del rischio clinico e quindi ridurre l'incidenza degli eventi avversi, dei sinistri e dei contenziosi. L'applicazione di questo modello (approccio al sistema/funzionale) richiede un notevole sforzo per vincere le resistenze legate a una cultura della colpa: considerare l'errore come fonte di apprendimento per evitare la sua reiterazione. La strategia risolutiva è promuovere quindi una cultura dell'imparare dall'errore e non nascondere, passando in questo modo da una cultura della col-

pa (approccio accusatorio) a una cultura della responsabilità professionale (virtù della segnalazione, approccio al sistema).

Ed è qui che entra in gioco la gestione del rischio clinico (clinical risk management), un processo sistematico che impiega un insieme di strumenti, metodi e azioni volti a identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti. Agire proattivamente sui pericoli e sui quasi eventi per evitare i contenziosi è un modo esemplare per passare dall'etica alla virtù, passare dalla dottrina intorno al comportamento pratico dell'uomo alla disposizione naturale a fuggire il male e fare il bene (Treccani, 2016).

La virtù del professionista responsabile



nel segnalare spontaneamente tutti gli eventi, i quasi eventi e gli eventi avversi; segnalare tutte quelle situazioni di pericolo che potrebbero determinare (azione proattiva) o hanno determinato (azione reattiva) un danno al paziente (sinistro e contenzioso) e costruire con-

giuntamente barriere al contenimento dell'errore, e quindi alla reiterazione dell'evento, a salvaguardia dei pazienti ma anche degli operatori. Si evince, in questo modo, come il risk management sia la scelta eticamente corretta, quindi virtuosa e responsabile. ■

Bibliografia e sitografia



- Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III - "Risk management in Sanità. Il problema degli errori". Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003), marzo 2004
- Ministero della Salute - Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III, "La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico - GLOSSARIO", luglio 2006
- Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III - "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari", 2008
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, "Monitoraggio delle Denunce di Sinistri 2014 - Rapporto Annuale" - ottobre 2015
- Prof. Maurizio Catino, Università di Milano - Bicocca, "Risk Management - L'Errore in Medicina: Individuo e Organizzazione e l'Approccio Sistemico" - 2014
- <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente-3?jjj=1455192371673> (consultazione febbraio 2016)
- http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=29435 (consultazione febbraio 2016)

Cure Palliative:

l'infermiere percorre il cammino

a cura di Consuelo Rota

Infermiera presso UOCP Hospice - Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo



pc trebbe risultare fuori luogo e fuori tempo tornare a parlare della legge 38, approvata il 15 marzo 2010, che sancisce il *"diritto del cittadino ad accedere alle Cure Palliative ed alla terapia del dolore"*. Purtroppo, ad oggi però, anche nel nostro territorio, nonostante la presenza di sette hospice, un servizio territoriale di cure palliative (STCP) gestito dall'Unità Operativa Complessa Hospice dell'ASST Papa Giovanni XXIII, ed una ormai diffusa e capillare rete di Assistenza Domiciliare di Cure Palliative gestita da numerosi enti accreditati, si conosce ancora poco in merito.

Il risultato di ciò è spesso la confusione più totale e la tardiva attivazione delle

segnalazioni dei casi ai servizi.

Cosa si intende quindi per cure palliative?

Cicely Saunders, infermiera, assistente sociale e medico, sintetizzò così il significato di Cure Palliative: ***"tutto ciò che resta da fare quando non c'è più niente da fare"***.

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce le Cure Palliative (CP) come un *"approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e dei familiari che si trovano ad affrontare i problemi connessi a una malattia che mette a rischio la vita, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo della precoce identificazione e del trattamento del dolore e degli altri problemi"*

fisici, psicosociali e spirituali”.

L’obiettivo delle CP è quello di *“affermare la vita e guardare alla morte come ad un processo normale”*, e non intende quindi *“né affrettare né ritardare la morte”*, offrendo alle persone ammalate *“un supporto che le aiuti a vivere attivamente per quanto possibile fino alla fine”*.

In Italia l’attenzione alle CP si è sviluppata molto tardi, rispetto ad altri Paesi del Nord Europa e agli Stati Uniti.

Si tratta di un approccio clinico-assistenziale, oltre che culturale, che per una serie di motivi ha fatto fatica a “permeare” nel nostro Paese.

I primi passi di questo lungo cammino, si mossero a Milano, dove nel 1977, grazie ad una donazione di Virgilio e Loredana Floriani, venne istituita la Fondazione Floriani, con l’obiettivo di far diffondere anche in Italia le CP.

Direttore scientifico della fondazione sarà il dottor Vittorio Ventafridda, pioniere più importante per la diffusione della cultura anti-dolore. Grazie a lui nascerà nel 1987 la Società Italiana di Cure Palliative.

Anche l’esperienza bergamasca nelle CP, nacque in un clima di difficile riflessione e dibattito sugli aspetti che riguardano la fine della vita.

Dal 1987 ha sede presso l’Ospedale Papa Giovanni XXIII, il Centro di CP che svolge attività ambulatoriale all’interno dell’ospedale ed attività domiciliare in collaborazione con l’Azienda Sanitaria Territoriale.

Nel 1989, grazie ad alcuni cittadini, nacque l’Associazione Cure Palliative (ACP), con l’intento di impegnarsi personalmente, in qualità di volontari, nel prendersi cura in modo solidale delle persone malate di tumore e dei loro fa-

miliari e contemporaneamente di fare pressione sulle istituzioni, affinché organizzassero servizi professionali dedicati ai pazienti in fase terminale.

L’ACP in quegli anni si impegnò in un’articolata attività di informazione, comunicazione e formazione rivolta ai medici ospedalieri, a quelli di medicina primaria, ad infermieri, psicologi ed assistenti sociali, oltre che a promuovere diffuse iniziative di sensibilizzazione rivolte ai malati, parenti, alle istituzioni ed enti locali.

La rete degli hospice bergamaschi garantisce, in particolare, degenza a circa 850 pazienti ogni anno, mentre il Servizio territoriale di CP garantisce circa 200 prese in carico e quella dei seguiti a domicilio in ADI circa 2150.

Da questi dati si evince chiaramente quanto ancora ci sia da fare perché davvero il diritto alle CP, sancito dalla legge 38, diventi reale e sia esaustivo per tutta la popolazione.

In questi ultimi anni, grazie alla collaborazione tra Associazione Cure Palliative, Ospedale Papa Giovanni XXIII ed ASL, si sta lavorando molto su progetti di formazione ed integrazione tra i vari servizi, affinché la segnalazione dei pazienti, e quindi la loro presa in carico, sia il più precoce possibile.

Viviamo purtroppo in un’epoca in cui il tabù della morte ha sostituito quello del sesso. La parola morte non viene mai pronunciata, bensì sostituita con espressioni apparentemente più soft e meno angoscienti. I progressi della medicina e della tecnologia, accanto ai benefici che hanno sicuramente favorito, hanno altresì creato nell’immaginario comune, ed anche in quello del mondo sanitario, l’illusione che tutto sia risolvibile e debellabile. Non può

esserci spazio per il fallimento, e quindi per la morte.

La sfida delle Cure Palliative è, mai come oggi, quella di riportare la Cura alle origini dell'etica insita in essa, garantendo cioè equilibrio tra senso di onnipotenza e senso di impotenza degli operatori che la praticano.

Per gli infermieri la cura è vera e propria "essenza" della professione, è sostanza ontologica della nostra identità professionale ed il valore fondamentale del proprio agire quotidiano.

L'agire professionale, dunque, si radica in una precisa modalità del sentire, da cui scaturisce il gesto autentico di cura. L'etica della cura infatti nasce da uno sguardo capace di sentire.

Sentire e guardare l'altro nella sua integrità, e nella fragilità che la malattia, specie quella terminale, comporta.

La malattia, quella grave in particolare modo, blocca la persona, "paralizza" qualsiasi cosa stia facendo, senza rispettare nessuna delle sue esigenze, dei suoi progetti e dei suoi diritti. Porta in un luogo lontano da tutto ciò che l'uomo ha sempre conosciuto come se stesso, il suo ambiente, e ogni sua sicurezza. Diventa la padrona della vita, scandendone ritmi e momenti, condizionandone le scelte.

Chi soffre chiede principalmente ascolto garbato, che tenga conto del proprio sentire, comprendere e legittimare le emozioni provate.

Il rispetto è paradigma iniziale della cura autentica, è il sentimento e l'atteggiamento della trascendenza individuale, con il quale cogliere l'altro nella sua alterità e diversità, permettendoci di rispondere ai suoi concreti bisogni. ■



Arresto infermiera a Piombino: si analizzino le cause di questi fenomeni

dal sito della FNC IPASVI www.ipasvi.it



nessuna giustificazione per atti di questa rilevanza: la legge sia durissima. Ma è necessaria una analisi delle condizioni di lavoro per prevenire situazioni di stress e burnout che mettono a rischio i professionisti e in pericolo la vita degli stessi pazienti.

Quanto accaduto a Piombino - un'infermiera accusata di 13 omicidi di pazienti - lascia inorriditi.

Si tratta di situazioni che, una volta accertate, non devono lasciare spazio ad alcuna giustificazione e devono essere punite sia giuridicamente che deontologicamente.

Tuttavia il fatto sottolinea anche la necessità di alcune considerazioni che l'organizzazione e gli organizzatori del servizio sanitario pubblico dovrebbero attentamente valutare.

“Se i fatti saranno confermati - dichiara la presidente della Federazione

nazionale dei Collegi Ipasvi, Barbara Mangiacavalli - al di là della necessità, tanto ovvia quanto assoluta, che non si ripetano, è prioritario comprendere come mai fatti del genere hanno come protagonisti a volte gli infermieri. La nostra è una professione delicata, la più delicata, visto che siamo accanto ai pazienti 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno e dobbiamo farci carico professionalmente, ma anche umanamente, delle loro sofferenze e dei loro bisogni. In queste condizioni, se accade che qualcosa spezzi l'equilibrio, necessario a svolgere tale compito, e il professio-

nista sia sottoposto a stress eccessivo e condizioni emotive particolari, nei più fragili si hanno effetti a volte dirimpenti. Le condizioni di lavoro spesso non aiutano a mantenere l'equilibrio necessario alla nostra professione e questo dovrebbe essere chiaro a chi gestisce l'organizzazione: le Regioni e, in primis, il ministero della Salute. Sarebbe necessario organizzare - è la proposta - gruppi di prevenzione del burnout, per non lasciare abbandonato a se stesso chi opera in situazioni limite, evitando così che si raggiungano livelli di stress intollerabili che sfociano in reazioni altrettanto intollerabili. Evidentemente in casi come questo l'ambiente di lavoro non è stato in grado di cogliere subito il disagio che via via si stava accumulando. Valuti bene chi gestisce le conseguenze che si possono avere non solo sui servizi, ma, soprattutto, nei confronti dei professionisti e dei pazienti, senza regole che assistano anche chi assiste".

"Nell'esprimere la più sentita vicinanza alle famiglie delle vittime, - aggiunge la senatrice Annalisa Silvestro, membro del Comitato centrale della Fede-

razione Ipasvi, di cui è past president - sento parimenti la necessità di ribadire quanto già detto dalla presidente e mi chiedo che cosa dovrà ancora accadere prima che ci si decida a prendere atto di quanto sia difficile e complessa la professione e l'assistenza infermieristica. Prima che ci si decida a prendere atto che fra le professioni sanitarie è quella che maggiormente deve essere sostenuta e valorizzata, perché si fa carico, per mandato professionale e istituzionale, delle criticità cliniche degli assistiti, dei loro bisogni assistenziali e delle loro tensioni e difficoltà psicologiche e sociali. Mettano in atto, le strutture sanitarie e socio sanitarie, le misure necessarie per prevenire picchi intollerabili di stress nei professionisti e facciano in modo che gli ambienti di lavoro abbiano sistemi di "alert" rispetto a situazioni assistenziali e organizzative pesanti e che possono produrre esiti nefasti. Si faccia carico il Ministero della Salute di quanto necessita agli infermieri, per meglio e più serenamente assistere evitando proclami che non affrontano né aiutano la prevenzione e risoluzione di eventi tanto drammatici". ■



Tagadà (La7) offende gli infermieri:

la replica Ipasvi

tratto dal sito della FNC IPASVI: www.ipasvi.it



20/03/2016 - La trasmissione televisiva Tagadà del 18 marzo, andata in onda su La7, ha offeso gravemente gli infermieri e messo a rischio l'assistenza e i servizi ai cittadini. La Federazione Ipasvi, replicando alle accuse di inappropriately nell'effettuazione del triage da parte degli infermieri, chiede la rettifica del grave errore.

la trasmissione televisiva Tagadà del 18 marzo, andata in onda su La7, ha offeso gravemente gli infermieri e messo a rischio l'assistenza e i servizi ai cittadini. L'affermazione della conduttrice "non vorrei mai essere accolta da un infermiere in Pronto Soccorso", seguita da quella di uno degli ospiti, non certo esperto della materia "l'infermiere non ha studiato per fare questo" a proposito del triage ospedaliero, denota l'assoluta assenza di qualunque conoscenza e competenza sulla materia e soprattutto "offende la professione infermieristica e genera un allarme infondato

che provoca un danno all'assistenza, nel momento stesso in cui fa scattare nei pazienti dubbi del tutto inconsistenti sulla sua qualità".

"Ogni anno infatti una media di 21 milioni di pazienti, che accedono in pronto soccorso, sono selezionati dal triage infermieristico con competenza e appropriatezza". Per questo la Federazione nazionale Ipasvi ha inviato una richiesta formale di rettifica motivata alla trasmissione, alla direzione di La7 e, per conoscenza, al Ministero della Salute, in quanto dicastero vigilante sulle

professioni sanitarie, alla conferenza delle Regioni che gestiscono i servizi e alla Procura della Repubblica di Roma, nel caso da informazione di questo tipo possano ge-

nerarsi danni alla corretta gestione degli interventi sanitari con conseguenze sulla salute dei pazienti.

Ecco la sintesi della lettera.



Gentile direttore,
le scrivo in merito alla trasmissione Tagadà del 18 marzo 2016, in cui gli infermieri che questa FNC Ipasvi rappresenta professionalmente sono stati sottoposti a un attacco mediatico senza fondamenti e senza precedenti.

Per chiarezza è necessaria una premessa.
L'infermiere è un professionista abilitato per legge e preparato specificamente al triage in pronto soccorso.

Detto questo, stupisce e lascia allibiti l'atteggiamento con cui, nella trasmissione Tagadà del 18 marzo scorso, persone del tutto estranee all'ambito sanitario hanno descritta la figura del professionista infermiere.

Si può comprendere, anche se non approvare, le esigenze di "spettacolo" che portano a esasperare nei termini e nella semplificazione giornalistica concetti e ruoli ben più complessi, ma quando questi atteggiamenti sfociano in sentenze prive di fondamento come quella, appunto, che il triage non è compito infermieristico - proclamata peraltro con disprezzo da chi con molta probabilità non sa evidentemente nemmeno di cosa e di chi parla - si attua un comportamento pericoloso, non tanto e non solo per l'intera categoria infermieristica (430mila professionisti), ma anche per la dannosa disinformazione e per un oggettivo "procurato allarme".

Nel maggio 1996, con la pubblicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria, è prevista, per la prima volta in Italia, la funzione di triage. Alla voce "Funzioni di triage", le linee guida stabiliscono che: "All'interno dei DEA (dipartimenti emergenza accettazione) deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti, in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente di servizio".

Ogni anno una media di 21 milioni di pazienti che accedono in pronto soccorso sono selezionati dal triage infermieristico con competenza e appropriatezza.

Ciò stante si chiede a norma della legge 416 del 1981, l'immediata rettifica delle affermazioni false e tendenziose espresse nella trasmissione, di cui trattasi che minano la figura, la professionalità e l'immagine degli infermieri.

Il collega chiede... il Collegio risponde!



a cura della Commissione Redazione



>>> Gentilissimi, vi scrivo nella speranza di poter avere una risposta più completa su quanto riguarda identificazione anagrafica paziente afferente in pronto soccorso e responsabilità. In sintesi: chi risponde per il paziente identificato anagraficamente dal personale amministrativo, ma non ancora triagiato e quindi valutato dall'infermiere di triage? Se a una persona identificata "succede qualcosa" mentre aspetta di essere chiamata dall'infermiere di triage (a volte passano anche 10 minuti), siamo perseguibili? E ancora, quando il paziente accompagnato dal servizio di 118 (volontari o professionisti sanitari) smette di essere in carico a loro e diviene di competenza e responsabilità del personale del pronto soccorso? Ci sono normative a riguardo? Se sì, quali? Altrimenti come tutelarci?

Gentile collega, a seguito del quesito pervenuto in Collegio, Le inoltro la risposta che deriva da un approfondito confronto con il legale del Collegio. Occorre innanzitutto partire da alcune considerazioni di carattere generale. Il Triage, secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni del 17 maggio 1996, è "il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che con-

sentano di stabilire le priorità d'intervento. Tale funzione deve essere svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal Dirigente del Servizio".

È quindi un processo che, a differenza della visita medica, definisce le priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

Nell'accordo del 25 ottobre 2001, tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Pro-

vince autonome di Trento e Bolzano, sul documento di LG sul Sistema Emergenza Sanitaria vi sono 4 paragrafi dedicati proprio al triage. Nello specifico:

PERSONALE > Il Triage deve essere svolto da un **infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del Pronto Soccorso**. Lo stesso opera sotto la supervisione del medico in servizio e secondo protocolli predefiniti e riconosciuti dal responsabile del DEA. L'iter formativo deve essere rivolto a personale con esperienza sul campo di almeno 6 mesi in Pronto Soccorso.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

- Accoglienza: Raccolta di dati, documentazione medica, informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rilevamento di parametri vitali
- Assegnazione codice di gravità: è necessario che il criterio di assegnazione dei codici colore assegnati in PS, coincida con quello utilizzato nella fase extra-ospedaliera

NB: Per poter assicurare un livello qualitativo adeguato, occorre prevedere la verifica periodica della congruità dei codici assegnati.

STRUTTURE > Devono consentire la raccolta dati/informazioni ed una breve semplice valutazione con rispetto della privacy ai sensi della normativa vigente.

INFORMAZIONI ALL'UTENZA > È indispensabile che l'utenza sia correttamente informata sul sistema Triage, attraverso un'adeguata e capillare campagna informativa rivolta alla popolazione da COLLOCARSI in ogni luogo di attesa contiguo agli ambulatori di Pronto Soccorso.

In merito all'attribuzione del codice Triage, il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n. 15 del febbraio 2013, finalizzata all'adozione di appropriate misure organizzative, formative ed assistenziali, per prevenire l'insorgenza di

eventi avversi o minimizzare gli effetti derivanti da una non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato alla Centrale operativa del 118 e ad una non corretta attribuzione del codice triage, dal parte dell'equipe di Pronto Soccorso 118 e/o in Pronto Soccorso. In tale raccomandazione vi è la differenziazione, anche logistica, del **Triage Extraospedaliero** (ovvero il triage effettuato dalla Centrale Operativa del 118 e il triage effettuato sul posto), dal **Triage Ospedaliero** (effettuato in Pronto Soccorso) costituito da due fasi:

- la prima, che si svolge all'arrivo del paziente, prevede la cosiddetta "valutazione sulla porta", con la raccolta dei dati e la decisione dell'attribuzione del codice di priorità;
- la seconda è la fase di rivalutazione del paziente.

La raccomandazione prosegue poi indicando il **Triage telefonico**, svolto nelle Centrali operative del Sistema Emergenza / Urgenza, da operatori dedicati al ricevimento delle chiamate e il **Triage ospedaliero** effettuato nelle Unità di Pronto Soccorso, che garantiscono prestazioni di ampia variabilità, atte ad effettuare una ridistribuzione a favore di chi ha necessità di interventi da erogare in emergenza / urgenza. In tal senso il triage permette di razionalizzare i tempi di attesa, recuperare efficienza ed efficacia del sistema emergenza/urgenza, ottimizzare le risorse disponibili, ridurre il rischio di ritardo nell'intervento sul paziente urgente, ridistribuire le priorità degli Utenti del Pronto Soccorso con l'attribuzione di un codice colore corretto, sistematizzare le procedure di accoglienza e smistamento dei pazienti.

Nella raccomandazione all'art. 4 vengono dettagliatamente elencate le Azioni da attuare al fine di prevenire o mitigare i danni dovuti alla errata attribuzione del Codice mediante l'adozione di protocolli e procedure per la corretta attività di Triage e quindi, per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'idonea attribuzione del codice di priorità per i pazienti/uten-

ti che richiedono un intervento del 118 o accedono in Pronto Soccorso, mediante la formazione specifica e l'addestramento del personale infermieristico addetto all'attività di Triage e mediante l'adozione di adeguate soluzioni organizzative, strutturali e logistiche dell'area di Triage e delle sale d'attesa.

È inoltre opportuno ricordare che la Funzione di Triage non presuppone una diagnosi medica, bensì si caratterizza per essere un processo mediante il quale si selezionano priorità d'intervento, le quali non possono certo basarsi sull'obiettività rilevabile all'esame visivo o sui sintomi dichiarati dal paziente. L'infermiere di Triage, adeguatamente formato, deve osservare scrupolosamente i protocolli (la cui pertinenza e adeguatezza, ricordiamo, sono di competenza del Dirigente medico del PS) per non incorrere nel rischio di dover rispondere di errore nella corretta attribuzione del codice di gravità, "ove si dimostri che lo stesso è avvenuto per difetto di interpretazione dell'elemento sintomatologico obiettivo e soggettivo, procrastinando l'intervento medico con conseguente determinazione di un danno. L'infermiere potrebbe essere esposto al reato di lesioni personali e nei casi più gravi, ad omicidio colposo. I pazienti valutati dal triagista (extraospedaliero o ospedaliero) restano sotto la sua responsabilità fino al passaggio successivo, per cui - come già evidenziato - devono essere costantemente ed attivamente monitorati. È utile ricordare come la **rivalutazione** sia una fase fondamentale dell'attività di Triage, in quanto permette di evidenziare elementi di aggravamento del quadro clinico iniziale che potrebbero portare a una modifica del codice di priorità assegnato. Andando a parlare dell'ambito omissivo, vale la regola di giudizio della ragionevole, umana certezza. Si riporta di seguito la sentenza della Cass. Penale, sez IV, 07/10/2014 n. 46336, nella quale sono stati assolti il medico di turno del PS ortopedico e il medico di turno del PS generale per la morte di un paziente, trasportato

presso la struttura sanitaria, a seguito di un incidente stradale, a cui era stata diagnosticata un'imponente frattura della milza inibendo così le tempestive necessarie e risolutive attività terapeutiche. La Corte ha ritenuto che l'evento fosse la risultanza di una serie di concause, indipendenti dalla condotta dei due medici, quali l'errore dei volontari dell'ambulanza, che trasportarono il paziente al pronto soccorso ortopedico e non a quello generale, la negata percezione da parte del paziente di dolori addominali, l'irrazionale separazione dei diversi PS e la mancanza di LG efficienti per il trasferimento del paziente, la mancata valutazione da parte dell'infermiera della reale situazione del paziente, al quale aveva assegnato un codice verde imponendo un'ora di attesa.

In ultimo, anche se appare scontato, è bene ricordare come il Triage out, non sia ammissibile (impropria dimissione senza valutazione medica) e il paziente, che si presenta in PS, ha diritto di essere visitato da un medico.

Per quanto riguarda la responsabilità professionale, il personale di PS, in virtù della posizione di garanzia che riveste a tutela della salute dei cittadini, è tenuto a verificare che la presenza di medici e infermieri sia adeguata all'affluenza dei pazienti, ragione per la quale, nel caso in cui si verificano particolari situazioni di emergenza che possano pregiudicare la salvaguardia del bene tutelato, ha l'obbligo di allertare i sanitari in servizio in altri reparti dell'ospedale, al fine di consentire l'intervento in supporto (Cfr. Cassazione Penale, sez. IV, 01/10/2014). È opportuno rammentare come l'attività di triage vada attentamente e scrupolosamente documentata. La scheda infermieristica di Triage è atto pubblico e, come tale, soggetta alle norme penali sulla falsità documentale. Indispensabile che nella stessa si riportino sempre data, ora di inizio e di fine dell'attività di Triage e il codice colore assegnato. (Prot. 432/16 del 08/03/16)



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 _____





Evento formativo

“L’evoluzione del Sistema Sanitario Regionale lombardo:
quali possibilità per gli infermieri bergamaschi”

12 maggio 2016

Sede: Auditorium L. Parnzan ASST Papa Giovanni XXIII Piazza OMS 1 24127 – Bergamo

Data: 12 maggio 2016

Costo: € 10.00 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Bergamo; € 20.00 se iscritto ad altro Collegio.

Durata del corso: Il corso si articola in 4 ore di formazione

Numero partecipanti: 450

Crediti ECM: 2,8

Provider ECM CPD Codice RL 0014

ASST Papa Giovanni XXIII

USC Formazione, Marketing e Libera Professione

Piazza OMS 1, Bergamo

Tel. 035/2673711 Fax 035/2674805 E-mail: formazione@asst-pg23.it

MODALITA' E SCHEDA D'ISCRIZIONE

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 d’iscrizione e la copia dell’avvenuto pagamento al n. di fax 035/236332 oppure all’indirizzo e-mail: collegio@infermieribergamo.it

Con il Patrocinio di:

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Bergamo

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Bergamo Ovest

HUMANITAS
HUMANITAS