

ScriptaManent

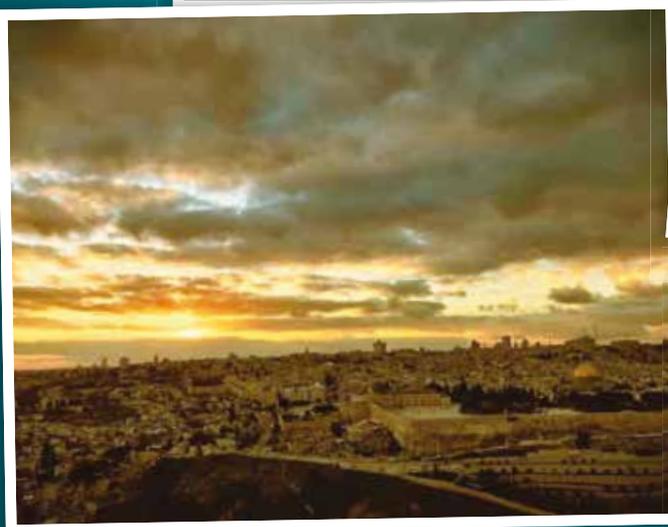
Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



All'interno

- Nuovo Codice deontologico
- Emergenza Centro Italia
- In un anno 2.788 infermieri in meno

V Mass Casualty Management for Nurses



SEGUICI SULLA NUOVA PAGINA



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.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.



ISO 9001

Infermieri, cantiere aperto sulla formazione

a cura di Barbara Mangiacavalli

3

Emergenza Centro Italia

Le voci degli infermieri dai luoghi del disastro
a cura della Redazione

6

Terremoto

Contributo della Federazione IPASVI
ai Collegi coinvolti
a cura della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

11

Ecm

In Stato-Regioni il nuovo accordo
sulla formazione sanitaria
a cura della Redazione

12

Conto annuale 2015

In un anno 2.788 infermieri in meno
a cura della Redazione

14

La Federazione IPASVI

entra nella Commissione Lea
a cura della Redazione

16

Nuovo Codice deontologico:

prima stesura all'esame dei Collegi
a cura della Federazione Nazionale IPASVI

17

Corso

La gestione dei cateteri venosi Picc,
Midline, Cvc

22

Dalla scelta del dispositivo alla gestione
3 marzo 2017 - Bergamo - Collegio IPASVI di Bergamo

Convocazione assemblea ordinaria 24

Il collega chiede...

il Collegio risponde!

26

a cura della Commissione Redazione

Sommario



Infermieri, cantiere aperto sulla formazione

a cura di *Barbara Mangiacavalli*
Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI



la formazione è un tassello importante della professione infermieristica, ne rappresenta la base e la prima potenzialità di sviluppo. E sono oltre venti anni che la formazione di base degli infermieri avviene solo nelle Università, anche se è dagli anni '60 che in queste si sono avviati i processi di formazione. Ormai generazioni di professionisti - circa il 70% degli attuali infermieri in servizio attivo - provengono solo da questa modalità di studi. E sono dieci anni che l'infermieristica ha sviluppato le sue scuole di dottorato.

L'analisi del passato, presente e futuro della formazione è stata un'altra tappa del percorso che il Comitato centrale della Federazione IPASVI ha tracciato per il suo triennio. In Calabria, a Feroletto Antico (Catanzaro), grazie all'ospitalità e all'organizzazione del Coordinamento regionale dei Collegi, si è analizzato cosa si è fatto finora, cosa ci si deve aspettare e cosa si deve fare per il futuro della formazione. E per futuro intendiamo un orizzonte temporale ulteriore di almeno altri venti anni.

Ormai, infatti, dobbiamo formare professionisti per un mondo che,

per il momento, possiamo solo immaginare come evolverà dal punto di vista assistenziale e abbiamo scelto di organizzare la prima Conferenza nazionale su questo argomento come momento di 'carotaggio' delle politiche della formazione, per la quale è necessario lavorare in sinergia con tutto il mondo accademico e fare con esso e con le istituzioni passi avanti congiunti.

A monitorare la situazione della professione infermieristica a livello nazionale c'è l'Osservatorio sulle professioni che, tuttavia, comprende un numero vasto di professionalità, di cui gli infermieri in realtà rappresentano la componente maggioritaria, ma per questo non possiamo pensare che l'Osservatorio sia la panacea di tutto. Questo con tutto il rispetto per quello che ha fatto finora. Ma è l'Osservatorio di tutte le professioni.

E per questo ciò che riteniamo prioritario realizzare è un tavolo di dibattito permanente continuo sulla nostra specifica formazione perché abbiamo bisogno dopo vent'anni di capire cosa è stato fatto, dove stiamo andando e cosa vogliamo fare e se questa formazione è corrispondente e coerente al nostro punto di vista e alle nostre necessità di sviluppo della professione. Quelle che abbiamo in mente e su cui stiamo ragionando, ma anche quelle che sono legate allo sviluppo dei bisogni di salute.

Tra i problemi emersi e che si devono affrontare per realizzare una formazione che risponda non solo alle istanze professionali degli infermieri, ma anche, se non soprattutto, ai bisogni di salute dei cittadini, c'è poi quello di uscire dagli ospedali. Nel senso che un infermiere che vuole proseguire i suoi

studi dopo la laurea triennale dedicando il percorso magistrale a un indirizzo clinico sull'assistenza territoriale e domiciliare, deve essere in grado di capire, conoscere, affrontare le esigenze dei cittadini non ospedalizzati.

Oggi stiamo formando professionisti che hanno l'orientamento a lavorare prevalentemente in ospedale, con un paziente acuto e che faticano a considerare l'eventualità, sempre più necessaria in quel futuro che accennavo prima, di lavorare in tutte le strutture assistenziali di ogni tipo presenti sul territorio. E anche, direi, di considerare le eventuali sempre più presenti non come 'ripiego', offerte dalla libera professione.

Un altro aspetto importante da affrontare in un nuovo osservatorio dedicato solo alla professione infermieristica, è poi quello delle docenze. Abbiamo professori, ma in realtà solo due sono ordinari finora. Gli infermieri però sono oltre 400mila e parlando del loro futuro non valutiamo solo le opportunità o i rischi per la professione, ma per tutto il Servizio sanitario nazionale.

Dobbiamo mettere a fattor comune la grande esperienza della Commissione dei corsi di laurea la grande esperienza nella nostra Società di scienze infermieristiche, quella di tutti i nostri professori per un confronto a tutto tondo con la rappresentanza professionale e con i due ministeri di riferimento, Salute e Università, che all'incontro di Feroletto hanno dimostrato tutta la loro disponibilità a studiare percorsi e organizzazione ottimale per ottenere nella formazione il migliore e più elevato dei risultati.

I problemi su questa strada non mancano. I nostri studenti ad esempio sono

esposti a un'offerta formativa troppo variegata e a tratti confusa, nel senso che è poco trasparente e regolamentata, tra corsi on line, accademie svizzere, master che poi si rivelano poco utili. Anche per questo si rende necessario un osservatorio, con IPASVI protagonista, per evitare di formare professionisti troppo orientati al solo lavoro in ospedale, che non prendono in considerazione la medicina d'iniziativa sul territorio. E dobbiamo considerare anche che abbiamo ancora pochi liberi professionisti. È evidente, dunque, che il sistema va innovato, certi dell'alto livello dell'attuale formazione fornita ai nostri infermieri, come dimostra l'alta attrattività dei professionisti italiani in Paesi leader dell'Unione Europea come la Germania e la Gran Bretagna. Ma gli spazi per la professione devono e possono essere qui in Italia.

La Federazione sta lavorando su questo argomento e vuole farlo in sintonia con il mondo istituzionale e accademico. Oltre al recente accordo con Agenas per l'alta formazione degli infermieri, sta mettendo a punto un programma per la ricertificazione delle competenze, necessità che nasce anche dal nuovo quadro che si sta delineando per l'attività professionale, in particolare anche per la libera professione, diventata una parte importante del lavoro per molti in modo assoluto, quasi per tutti come componente di ciò che ogni giorno chiedono gli assistiti. In questo senso sono stati già attivati gruppi di lavoro per riprogettare la formazione dell'infermiere specialista - il modello IPASVI è stato illustrato e spiegato a Feroletto - previsto anche nella predisposizione dei nuovi contratti. Questo, con uno sviluppo professionale pre-

vede funzioni sempre più manageriali all'interno delle strutture di ricovero e sul territorio, l'accreditamento professionale degli infermieri, la responsabilità professionale, tenuto conto anche delle recenti pronunce giurisprudenziali che aprono nuovi orizzonti e, quindi, richiedono una nuova preparazione e formazione, a livello di capacità di controllo e valutazione delle prestazioni da parte degli infermieri.

Per quanto riguarda i fabbisogni formativi, invece, si sta mettendo a punto un ragionamento di livello europeo che non consideri solo i fabbisogni legati alle assunzioni nel Servizio sanitario nazionale, ma anche tutto il settore - e la relativa domanda - esterno a questo, sia a livello nazionale sia di mobilità transfrontaliera dei professionisti. E comunque nella determinazione dei fabbisogni futuri dovrà essere considerato il parametro demografico e dell'aumento esponenziale dei malati cronici: oltre l'età - finora non considerata - della popolazione da assistere, si dovrà considerare la domanda basata sulla crescita di fenomeni come disabilità e cronicità, che influenzano in modo decisivo la domanda di assistenza infermieristica sul territorio e in ospedale.

Un cantiere appena aperto quindi, in cui Università, Ministeri, Federazione sono gli ingegneri, ma di cui i muri portanti, le pietre angolari, sono gli infermieri e la loro volontà di crescere, per raggiungere vette sempre più alte della loro professionalità e soprattutto per dare un'assistenza che davvero sia in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute "reali" dei cittadini. ■

Emergenza Centro Italia

Le voci degli infermieri dai luoghi del disastro

a cura della Redazione



Si lenzio assoluto. Suoni ovattati in mezzo a una distesa di neve compatta in cui si vedeva solo un pezzo di tetto e un muro della zona d'ingresso. Neve e pezzi di alberi e ciò che era arrivato con la valanga e aveva sommerso tutto. Nulla di più. È l'immagine apparsa ai primi soccorritori giunti all'Hotel Rigopiano dopo la valanga del 18 gennaio.

Una delle emergenze più gravi che in queste settimane hanno impegnato in Abruzzo in prima linea tutti gli infermieri.

E i loro racconti di quelle ore, anche adesso che la situazione si va normalizzando, rendono l'idea dell'impegno e della professionalità dimostrata sul campo, non solo nei momenti più concitati, ma in modo continuo, 24 ore su 24.

A sottolinearlo sono i presidenti dei Collegi IPASVI coinvolti e chi, in prima linea, ha

affrontato situazioni davvero ai limiti della insostenibilità.

La gestione dell'emergenza

“Una scena apocalittica” descrive Mauro D'Agostino, infermiere coordinatore al 118 di Pescara, tra i primi a raggiungere con la colonna mobile dei soccorsi il luogo dove prima c'era il resort Rigopiano. E su questa scena una fila di mezzi che risalgono la montagna dietro a una turbina che fa fatica a farsi strada nella neve tra i detriti che devono via via essere allontanati dai Vigili del Fuoco. Una colonna composta anche dal Soccorso Alpino, dalle forze dell'ordine, dal 118 e con due ambulanze 4x4, una Panda 4x4 e un fuoristrada.

“Il tentativo di raggiungere l'Hotel con l'elicottero - spiega D'Agostino - era fallito per le condizioni meteo impossibili e la

colonna era stata costretta ad avanzare in alcuni punti a una velocità di nemmeno un chilometro l'ora: è inimmaginabile l'angoscia di chi sa che deve far presto e avanza in queste condizioni. Quando siamo arrivati a destinazione sapevamo cosa ci aspettava, grazie al Soccorso Alpino che ci aveva preceduto e aveva portato in salvo i primi due sopravvissuti, che, al momento della valanga, erano uno fuori dell'albergo e uno nei locali caldaia di cemento armato che hanno retto all'urto. Eravamo pronti a tutto: dopo il terremoto dell'Aquila abbiamo fatto scorte di materiali per le maxiemergenze e non mancava nulla. Pronti a tutto sì, ma non a una valanga come quella che avevamo di fronte. Anche i colleghi del Soccorso Alpino di Brescia, che con l'elicottero del 118 di Torino e la colonna mobile dell'Areu lombarda sono intervenuti, dandoci una mano essenziale nelle operazioni, pur con la loro lunga esperienza di situazioni critiche in montagna, hanno affermato che una valanga così non gli era mai capitata. E quando siamo arrivati ci siamo resi conto che la situazione era devastante”.

Il racconto di D'Agostino - interrotto solo dall'ennesima emergenza, questa volta quella dell'elicottero che si è schiantato nei pressi di Campo Felice, con la morte dell'intero equipaggio, tra cui un infermiere (VEDI) e del paziente che trasportava - è quello di chi vive ogni giorno situazioni critiche per garantire aiuto e assistenza, per salvare vite umane, ma che non si è trovato mai in condizioni limite di questo tipo.

Oltre la valanga, c'era da far fronte contemporaneamente all'esondazione del fiume Pescara, comuni isolati e senza elettricità, due intossicazioni da monossido, impossibili da raggiungere, le scosse di terremoto. “In più, alcuni anziani - prosegue D'Agostino - scappando dal sisma erano usciti di casa, ma poi il tetto era crollato e si sono trovati all'addiaccio, nelle neve alta oltre due metri, ed era impossibile avere loro notizie”.

Arrivati a Rigopiano, i soccorritori hanno dovuto modificare subito l'assetto dei soccorsi: quattro ambulanze medicalizzate, squadre di infermieri sul posto giunti anche dalle centrali operative di Chieti e L'Aquila, una postazione nel comune di Farindola, oltre quella dell'emergenza neve in prefettura a Pescara, il rafforzamento delle centrali operative con un altro infermiere e il passaggio da due a quattro postazioni del 118. Altri fuoristrada nel comune di Penne e due elicotteri con base a Penne e Farindola, per l'impossibilità di raggiungere in volo il luogo del disastro. E a questi, subito dopo il recupero, sono stati portati con i fuoristrada i bambini e la mamma liberati dall'albergo sommerso dalla valanga. “Nonostante tutto abbiamo coperto tutte le esigenze, lasciando indietro solo i codici a bassa priorità - spiega D'Agostino - e, a supporto del nostro personale infermieristico rafforzato, c'era anche quello sull'elicottero della Guardia Costiera. Si lavora in un fazzoletto di terra e utilizziamo le ambulanze come punto di riferimento 'fisso' per non occupare spazi necessari ai mezzi di soccorso con strutture più grandi. Tutto questo con un rischio valanghe di 4 su una scala di 5”.

Sul territorio

Fin qui l'emergenza e l'evidente ruolo chiave degli infermieri e il loro impegno. Ma le zone terremotate e sotto la tempesta di neve sono ampie sul territorio.

Quattro scosse di terremoto tutte superiori a 5 di magnitudo, due metri di neve, a volte anche 3, non sono facili da gestire. Soprattutto quando rimangono intere frazioni isolate, quando manca la corrente, il riscaldamento in alcuni casi e le persone non sanno dove rifugiarsi. A Monteraiale e nei paesi intorno, ora la gente ha paura. Molti bambini hanno avuto crisi di panico e gli ultraottantenni affermano di non ricordare nella loro vita una nevicata così. “Ma gli infermieri ci sono. E sono stati i primi ad intervenire”, afferma Maria Luisa Ianni



vicepresidente del Collegio IPASVI dell'Aquila, che vive e lavora nelle zone colpite dall'ultimo sisma del 18 gennaio.

"Si è riaccesa la paura del terremoto scatenata nel 2009 da quello dell'Aquila, (paura in realtà mai completamente sopita) e per di più Montereale e le sue frazioni sono a ridosso di Amatrice - spiega Ianni - dove già dall'estate la situazione era difficile. Fortunatamente abbiamo nell'Alta Valle dell'Aterno l'Associazione pubblica assistenza di Montereale, gestita proprio da un'infermiera che lavorò presso il Pronto Soccorso dell'Aquila".

L'Associazione, che è convenzionata con la Asl Avezzano-Sulmona-L'Aquila, gestisce la postazione locale di 118 e garantisce tutto il servizio sanitario per i comuni di Montereale, Capitignano e Campotosto, è subito intervenuta nelle zone di Montereale e dei comuni vicini. È la stessa Associazione che ha inviato la prima ambulanza dopo il sisma di Amatrice, composta da infermieri dipendenti e altri che svolgono attività di volontariato e da medici ospedalieri.

"Abbiamo molto personale che vive in quelle zone - prosegue Ianni - che si è comunque reso disponibile. C'è stata una vera corsa contro il tempo, e il direttore generale dell'azienda sanitaria, Rinaldo Tordera, ha messo a disposizione il distret-

to sanitario di base che ha ampi spazi, tra cui una palestra dove sono state concentrate le persone che non potevano o non si sentivano di restare in casa. Chi stava male è stato portato in ospedale; è stata evacuata per questioni di sicurezza la locale Rsa e, i 58 anziani sono stati trasferiti presso le strutture convenzionate del territorio, Ex Onpi, Rsa Villa Dorotea, Rsa Fontecchio".

Gli altri sono stati assistiti dagli infermieri dell'Associazione presso il distretto che ha ospitato fino a 25 persone, non completamente autosufficienti, nei primissimi giorni, o nelle tensostrutture presenti sui territori sin dal terremoto di agosto e ottobre che, tuttavia, in alcune frazioni hanno ceduto sotto il peso della neve.

"In questa situazione - aggiunge Ianni - gli infermieri hanno lavorato e stanno lavorando oltre le loro forze. Non sono tornati a casa, hanno dormito nelle strutture e sul posto, quando possibile, per garantire l'assistenza giorno e notte continuamente. Anche gli altri colleghi hanno dato la loro disponibilità, garantendo, per quanto possibile, come gli infermieri del distretto, la normale attività e i servizi sanitari di sempre tra mille difficoltà. Agli infermieri che prestano servizio in qualità di dipendenti e di volontari dell'Associazione, va un plauso particolare per la forza, il coraggio, la de-

dizione e la volontà dimostrate.

La gestione, a tratti difficile e complessa, dell'Associazione, in quei momenti è stata resa possibile anche per il contributo dei colleghi che vi prestano servizio e che sono stati presenti sempre sul posto, nonostante le continue scosse di terremoto. Non mancano singoli esempi: un'infermiera che abitava ad Amatrice non è mai stata assente dal suo posto di lavoro, pur avendo perso casa e molti parenti e amici. Insieme a colleghi e volontari ha scavato con le sue mani, notte e giorno, per una settimana. Un'altra collega incinta ha prestato il suo aiuto instancabile; altre colleghe hanno messo a disposizione la loro dedizione adattando le risorse alle necessità del momento; la stessa responsabile dell'Associazione, incaricata tra l'altro della gestione sanitaria di tutto il territorio interessato dagli ultimi avvenimenti, ha reso un instancabile servizio di coordinamento e gestione, rapportandosi con le istituzioni, coordinandosi con le altre forze presenti e continuando a prestare servizio nella sua sede lavorativa presso il Pronto Soccorso del nosocomio aquilano senza sosta".

Tra dicembre e gennaio, si è costituita in questi luoghi l'Unità complessa di cure primarie, dove i medici di famiglia e gli infermieri dell'Associazione presenti sul territorio 365 giorni l'anno, giorno e notte insieme con i medici di continuità assistenziale hanno garantito assistenza 24 ore al giorno. "L'organizzazione ha sicuramente funzionato tra mille difficoltà, ma - conclude l'anno - in realtà, la carta vincente, quello che ha fatto la differenza, sono state le persone, andate oltre la loro professionalità, dimostrando un'immensa solidarietà e amore per i territori nei quali vivono e lavorano, facendo davvero onore al loro mandato del 'prendersi cura'".

Il commento dei presidenti dei Collegi IPASVI d'Abruzzo

"Nelle ore drammatiche, successive alla terribile tragedia di Rigopiano, gli infer-

mieri hanno affrontato con professionalità, spirito di sacrificio e abnegazione i momenti più difficili dell'emergenza. Hanno dimostrato tutto il loro valore sul campo, quando i soccorritori del 118 hanno lavorato con dedizione totale in condizioni meteo proibitive, dimenticandosi gli orari e i turni di servizio, per cercare di salvare le persone intrappolate sotto le macerie. Ma soprattutto sono stati preziosi nelle ore complicate trascorse in ospedale, a Pescara, quando i primi superstiti sono arrivati in ambulanza e tutti noi abbiamo nutrito la speranza di poter vedere in vita il resto degli ospiti dell'hotel". Così Irene Rosini, presidente del Collegio di Pescara e Coordinatrice infermieristica della Rianimazione dell'ospedale cittadino, descrive l'impegno profuso da tutti gli infermieri di Pescara, senza distinzione di ruoli o di competenze: "Tutto il personale ha offerto la propria disponibilità a rinunciare ai riposi e alle ferie e a prolungare i turni di servizio. Ci siamo spesi al massimo, dentro e fuori dall'ospedale, e abbiamo fatto tutto il possibile per portare il nostro sostegno assistenziale e psicologico alle persone in difficoltà. Ma il nostro non è stato un impegno anomalo dettato dall'eccezionalità della situazione riscontrata all'hotel Rigopiano. Noi infermieri siamo abituati a lavorare in questo modo: senza pensare a nulla se non al benessere dei nostri assistiti, mettendo da parte ogni cosa che non sia l'emergenza. Abbiamo agito con questo spirito durante il terremoto e nelle altre situazioni difficili che abbiamo vissuto in questo ultimo periodo (allagamenti, esondazioni, neve, terremoto) e lo abbiamo fatto ancora una volta durante la tragedia di Rigopiano. Purtroppo resta tanta tristezza e tanto dolore per tutte le vittime. Volevamo fare molto di più".

La conferma dell'impegno degli infermieri arriva dal presidente del Collegio di Teramo, Cristian Pediconi che svolge la sua attività nel 118.

"Molti colleghi stanno facendo doppi e tri-

pli turni per coprire l'impegno di chi non ha potuto raggiungere il luogo di lavoro. Anche i neo dirigenti delle professioni sanitarie appena insediati (il 23 gennaio), Giovanni Mutillo e Gaetano Sorrentino lo hanno sottolineato (VEDI). Siamo costretti dagli eventi a vivere giorno per giorno per affrontare emergenze nuove. Le persone ci cercano, non solo per essere assistite, ma anche per essere rassicurate, 'coccolate' direi. Gli manca tutto e molti sono stati trasferiti negli alberghi della costa, dove si sono dovuti spostare per necessità legate alle condizioni avverse, anche molti colleghi che la Protezione civile aiuta il più possibile con i suoi mezzi a raggiungere ogni giorno il posto di lavoro".

"Gli infermieri - afferma Pediconi - sono la prima linea continua di assistenza sul territorio e presto, come tutte le persone coinvolte, avranno bisogno anche loro di un supporto psicologico: ne hanno viste tante, ne hanno passate troppe, ne affrontano ogni giorno anche di più, ma non si arrendono mai".

"Accanto a una nevicata così, che non si vedeva da decenni, si è aggiunto il terremoto che ha generato a livello psicologico un ritorno ai ricordi e alle paure del 2009. In tutto questo - conferma la presidente del Collegio de L'Aquila, Santina Calisse - gli infermieri sono rimasti in prima linea per garantire l'assistenza. Si è cercato di evitare di far spostare le persone e si sono rimandati negli ospedali tutti gli appuntamenti ordinari, non solo per evitare disagi a chi lavora nell'emergenza e a chi si sarebbe dovuto spostare, ma anche per lasciare nelle strutture posti letto liberi da utilizzare in caso di necessità legate alle calamità naturali. Tutti gli infermieri sono rimasti nel proprio ambito lavorativo, pronti a intervenire per situazioni più gravi e sono stati vicini alle persone per aiutare chi aveva bisogno e non poteva lasciare la propria abitazione".

"Anche i sindaci hanno aiutato, cercando di realizzare 'luoghi sicuri', dove far con-

fluire le persone e, grazie a questo, abbiamo ottimizzato al massimo il lavoro di professionisti e strutture. Anche da noi gli infermieri hanno raddoppiato i turni negli ospedali - conclude Calisse - per dare la possibilità ad altri di restare sul territorio: nessuno dei nostri pazienti è rimasto mai solo".

La macchina organizzativa questa volta ha dovuto dividersi tra terremoto e neve. E se il problema dell'organizzazione è stato forte negli ospedali, ancora di più si è fatto sentire sul territorio, dove, a causa di una viabilità compromessa, interi paesi sono rimasti isolati. L'assistenza sanitaria è stata a rischio, tanto negli ospedali, quanto a domicilio. Gli infermieri, al fine di garantire la continuità assistenziale, hanno dormito nelle strutture, assicurando un'assistenza h24 considerando che, in alcune realtà, anche gli uffici amministrativi sono stati chiusi.

Giancarlo Cicolini, presidente del Collegio di Chieti, racconta così la situazione e le difficoltà che si sono affrontate per garantire l'assistenza: "Sul territorio, alcuni professionisti, seppur nell'impossibilità di utilizzare i propri mezzi, sono riusciti ugualmente ad erogare le prestazioni a domicilio, arrivando nei luoghi con mezzi di fortuna; altri hanno dormito nei presidi per garantire assistenza e presenza 24 ore su 24: gli infermieri sono stati e sono tutti in servizio, sempre".

"La doppia maxiemergenza ha innalzato i livelli di attenzione di strutture sanitarie ed organizzazioni quali il Cives, che ha supportato la Protezione Civile - prosegue Cicolini - in condizioni critiche, ovvero senza luce per giorni. Accanto a pazienti cronici, anziani e con comorbilità c'erano gli infermieri".

"Le cose funzionano - conclude - se c'è una macchina organizzativa efficace ed efficiente, e questo si sta dimostrando. A far la differenza è lo spirito di abnegazione delle persone. Gli infermieri lo stanno dimostrando". ■

Terremoto

Contributo della Federazione IPASVI ai Collegi coinvolti

a cura della Federazione Nazionale Collegi IPASVI



È avvenuta a Fermo la consegna ufficiale da parte del Comitato centrale della Federazione nazionale di un contributo straordinario IPASVI ai Collegi delle zone terremotate del Centro Italia: Ancona, Ascoli Piceno, Fermo, L'Aquila, Macerata, Perugia, Rieti, Teramo, Terni. Si tratta di 120.000 euro, assegnati proporzionalmente al numero di infermieri residenti in ogni Collegio, con cui la Federazione vuole supportare in modo tangibile gli interventi nelle situazioni più critiche nei singoli territori, lasciando piena autonomia ai singoli Collegi di decidere le modalità e le azioni migliori per aiutare i professionisti coinvolti personalmente nel terremoto.

“Gli infermieri sono sempre pronti ad

aiutare le persone con la loro professionalità e abnegazione - ha detto Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione IPASVI - come hanno dimostrato e dimostrano in questa calamità, ma sono anch'essi persone e per questo hanno necessità di aiuto nel momento del vero bisogno. È compito dei Collegi e della Federazione che li rappresenta dare tutto il supporto perché possano tornare con la massima serenità a prendersi cura di chi ha bisogno. È compito dei Collegi e della Federazione prendersi cura di loro”.

In occasione dell'incontro è stato anche realizzato un video (visibile al sito www.ipasvi.it) Sand art (arte della sabbia) per testimoniare la vicinanza degli infermieri alle popolazioni terremotate. ■

Ecm

In Stato-Regioni il nuovo accordo sulla formazione sanitaria

a cura della Redazione



an cora novità sul fronte Ecm. Dopo l'avvio del triennio formativo 2017-2019, contrassegnato da nuove regole sull'attribuzione dei crediti, arriva sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni lo schema di accordo sul documento: "La formazione continua nel settore salute". Si tratta di una bozza che nasce dall'esigenza di dare, da un lato, "organicità alla disciplina del settore" e, dall'altro, una "chiara ripartizione delle competenze amministrative tra Stato e Regioni, per creare un sistema coerente di regolamentazione amministrativa, che assicuri un uniforme miglioramento qualitativo dell'assistenza e della formazione continua su tutto il territorio nazionale".

La novità più eclatante è costituita dai Manuali che detteranno le regole da seguire, anche a livello istituzionale, nei rapporti

con provider, sponsor e professionisti. Ci saranno un Manuale nazionale e 21 tra regionali e di provincia autonoma per accreditare gli enti di formazione, un Manuale per valutare l'accreditamento del singolo professionista sanitario e un Manuale sulle verifiche ai provider.

I professionisti potranno poi fare affidamento sul "Dossier formativo", grazie al quale sarà possibile, per chi lo vorrà, transitare da una formazione basata solo sulla quantità dei crediti cumulati, a quella sulla qualità dei crediti (saranno legati alla professione, alla disciplina e alla specializzazione esercitata dal professionista). In sostanza, all'inizio di ogni triennio di formazione, il professionista potrà costruire il proprio Dossier indicando quali sono le sue specifiche necessità formative. Tutti gli eventi, ai quali parteciperà, saranno



registrati dal sistema Cogeaps e verificati dal professionista, che, al termine del percorso, riceverà dei bonus, o meglio degli "sconti" sul numero dei crediti da totalizzare. Non solo, il Dossier sarà utile anche ai provider per capire quali sono le esigenze formative dei professionisti.

La governance del sistema resterà prerogativa della Commissione nazionale Ecm, che detta i requisiti dei provider nazionali, fissa i fabbisogni di crediti e le regole per gli esoneri e, soprattutto, approva i citati manuali.

Cambiamenti in vista anche per i provider formativi: l'accreditamento provvisorio dura 2 anni, se definitivo 4; non prima dei 90 giorni dalla scadenza dell'accreditamento provvisorio il provider può far domanda per quello definitivo, a patto di non avere ricevuto richiami di alcun genere.

Sono violazioni molto gravi e contemplano fino alla revoca dell'accreditamento:

- l'esercizio in altre regioni (senza previo placet della Commissione) del provider accreditato a livello di una regione;
- l'esercizio di attività formativa senza requisiti per l'accreditamento;
- la mancata effettuazione di quiz d'apprendimento ove previsti;
- la mancata consegna di questionari di gradimento al discente;
- il mancato invio del report al Cogeaps nei tre mesi canonici;
- il non-rispetto delle regole sul finanziamento di terzi o sui conflitti d'interesse e sulla pubblicità di prodotti sanitari-dispositivi medici.

Secondo la bozza, il provider deve comuni-

care all'ente accreditante l'esatto supporto economico offerto dallo sponsor; il logo si può mostrare prima e dopo l'evento e nell'ultima pagina del materiale Fad; solo il provider può pagare i docenti; in aula possono entrare massimo due esponenti dello sponsor.

È violazione molto grave se il provider omette o non tiene le dichiarazioni dei discenti sul reclutamento, così come se ostacola le verifiche, o dichiara il falso sulle sponsorizzazioni o non paga il contributo annuale.

Sono violazioni gravi, e comportano sospensione dell'accreditamento da 15 giorni a un anno (o revoca in caso di recidiva) l'imposizione di limiti ingiustificati alla partecipazione ad eventi, la mancata comunicazione di variazioni sui requisiti per l'accreditamento, pubblicità ingannevoli, contenuti formativi non coerenti con gli obiettivi fissati dall'ente accreditante o con i tempi e i modi di fruizione dichiarati, così come le omissioni sul piano formativo annuale, sulla relazione sugli eventi svolti l'anno prima, sul direttore scientifico da nominare per ogni evento, o sulle dichiarazioni relative a programmi e obiettivi del corso, docenti, metodi didattici.

Comportano sospensione anche l'erogazione di eventi "fuori tema" rispetto a quelli dichiarati per l'accreditamento, la mancata adozione di un regolamento su compensi e rimborsi e il mancato adeguamento alle istruzioni dopo due violazioni lievi.

Per consultare gli allegati: www.ipasvi.it. ■

Conto annuale 2015

In un anno 2.788 infermieri in meno

a cura della Redazione



COnto annuale della Ragioneria generale dello Stato 2015: in un solo anno (tra il 2014 e il 2015) il Ssn perde 10.444 unità di personale di cui 2.788 infermieri, 1.873 operatori del ruolo tecnico (Oss compresi) e 1.797 medici.

Mangiacavalli: "Un'emorragia sempre più pericolosa".

In un solo anno - tra il 2014 e il 2015 - il Servizio sanitario nazionale perde in tutto 10.444 unità di personale (-1,6%). Tra questi, 2.788 (il 27% del calo totale) sono infermieri (-1%), seguiti ai primi posti dal personale del ruolo tecnico con -1.873 unità (-1,5%) tra cui assistenti sociali e operatori sociosanitari e quindi sempre con un danno diretto sull'assistenza alla persona e dai medici che perdono 1.797 professionisti (-1,7%).

Le retribuzioni sono pressoché in stallo. Quelle medie aumentano per tutto il Ssn di 51 euro in un anno, +0,1% (4,3 euro al mese), per gli infermieri di 93 euro, +0,3% (7,7 al mese): nemmeno il valore della vacanza contrattuale quindi. E questo contro una perdita di potere di acquisto dovuta alla mancanza di contratto ormai da sette anni, che da sola ha eroso circa il 25% della busta paga.

Questi i dati subito visibili da una prima analisi del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato 2015, appena pubblicato sul sito dell'Economia (<http://www.contoannuale.tesoro.it/>).

E per gli infermieri l'analisi diventa più preoccupante, al di là del dato nazionale, se si guarda alle singole Regioni. Le perdite maggiori infatti, sono quasi tut-

te nelle otto Regioni in piano di rientro, quelle con organici già al di sotto dei livelli accettabili per un'assistenza appropriata, che da sole comprendono il 70% circa dell'intera perdita di professionisti e fanno registrare situazioni che, ad esempio, contro il calo medio dell'1% a livello nazionale, registrano il -3% in Molise e oltre il -2% nel Lazio e nella Campania.

“Senza essere Cassandra - dichiara Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI - avevamo già da tempo ipotizzato un ulteriore possibile calo di personale. I servizi fanno fatica a essere erogati con la massima appropriatezza dovuta ai cittadini e sul territorio c'è il vuoto, come già sottolineato in occasione della nostra proposta per una revisione organica del Pronto Soccorso, che parte proprio dal potenziamento dell'assistenza extra ospedaliera. Ora i dati lo confermano. E se questi sono i numeri su cui si deve lavorare per il prossimo contratto, davvero non è il piede giusto per partire: un numero sempre più basso di professionisti e retribuzioni ancora più asciutte, rispetto agli anni precedenti, non sono una buona base su cui cercare un recupero di risorse, sia umane che economiche. È da tempo ormai che abbiamo formalizzato una carenza minima di almeno 47mila infermieri, di cui 18mila sarebbero necessari solo per rispettare le regole UE sugli orari di lavoro che, invece, ancora sembra siano in alto mare”.

“Ora - prosegue - la situazione evidentemente si aggrava. È ora dei nuovi contratti, è vero, ma anche di disegnare un nuovo modello e una diversa organizzazione assistenziale e dei servizi, ascoltando e premiando quella che universalmente è riconosciuta come prima risorsa per il successo delle politiche sanitarie: il



personale”. “Come infermieri - conclude Mangiacavalli - vogliamo ribadire e ricordare solo alcuni dati elaborati a livello internazionale.

Secondo un recente studio inglese, il tasso di mortalità risulta del 20% inferiore quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, rispetto a quei contesti dove ogni singolo infermiere ha in carico 10 o più pazienti e in Italia, lo scorso anno, con più professionisti, la media era di 12 pazienti.

Un altro studio ha sottolineato che il rischio di morte aumenta con l'esposizione a turni con ore di presenza infermieristica inferiori di almeno 8 ore rispetto al monte-ore programmato o nei quali il turnover dei pazienti è molto elevato. Il rischio aumenta del 2% per ogni turno con presenze di professionisti al di sotto del monte ore e del 4% per ogni turno con elevato turnover dei pazienti.

Un brutto segnale, visto che meno personale si traduce in più straordinario e turni necessariamente più lunghi.

Questi dati, che peggiorano ancora la situazione nazionale e in modo grave in alcune Regioni pesantemente sotto l'effetto dei tagli, davvero non confortano rispetto a ciò che un'organizzazione più efficiente potrebbe garantire grazie ai suoi professionisti, ai cittadini e ai pazienti”. ■

La Federazione IPASVI entra nella Commissione Lea

a cura della Redazione

Il ministero della Salute ha comunicato alla Federazione IPASVI l'accoglimento della richiesta per l'inserimento per la prima volta di un rappresentante per gli infermieri in seno alla Commissione Lea, nella persona della presidente o suo delegato.

Così per la prossima riunione, fissata il 18 gennaio, in cui dovranno essere discussi, tra l'altro, i pareri ai nuovi livelli essenziali di assistenza, espressi dalle Commissioni Parlamentari, accanto ai componenti di diritto della Commissione e alla FnomCeO, chiamata fino a oggi come unica Federazione a partecipare ai lavori, la convocazione è arrivata ufficialmente anche alla Federazione IPASVI.

Alla base della richiesta IPASVI, accettata dal ministero, l'ampia attenzione dedicata dai Lea al territorio, come luogo in cui si è svolta l'evoluzione epidemiologica che ha consentito i miglioramenti dal punto di vista della salute e della lunghezza e qualità della vita e il ruolo essenziale e istituzionale della Commissione, nel controllo sulla loro applicazione e nell'opera di revisione continua per adeguarli in tempi contenuti e mantenere sempre una stretta correlazione tra il bisogno dei cittadini e l'obbligatorietà delle strutture di rispondere a questo.

"I Lea - dichiara Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale IPASVI - possono rappresentare l'opportunità di favorire l'introduzione nelle Regioni di nuovi modelli di assistenza



Barbara Mangiacavalli

in cui, come tutte le analisi nazionali e internazionali attuali sottolineano, l'infermiere assume un ruolo di case e care manager dell'assistenza in team e stretta connessione con le altre figure, ognuno secondo la propria professionalità e le proprie responsabilità e soprattutto in modo coordinato e armonico rispetto ai bisogni di salute reali e alle esigenze dei cittadini. Per questo e per il nuovo e importante ruolo che gli infermieri svolgono negli ambiti descritti, appare utile la loro partecipazione attiva alla Commissione, di cui ringraziamo il ministro Lorenzin". ■

Nuovo Codice deontologico: prima stesura all'esame dei Collegi

a cura della Federazione Nazionale IPASVI



Le regole della professione degli infermieri si aggiornano: dopo sette anni da quello del 2009 è stata presentata ai presidenti dei 103 Collegi provinciali la prima stesura del nuovo Codice deontologico che farà da guida alla professione nei prossimi anni. Le sue caratteristiche sono massima trasparenza e condivisione, anche perché, come specificano le disposizioni finali, le norme contenute nel Codice sono vincolanti e negli ultimi anni sono state utilizzate anche come strumento giuridico dalla Magistratura. La loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale: avvertimento, censura, sospensione fino a sei mesi e radiazione sono i rischi per chi non rispetta le regole deontologiche della professione. Il denominatore e l'obiettivo comune dei 40 articoli che compongono il

nuovo testo sono il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti e quelli della sua famiglia (privacy compresa). Come specificato fin dai primi articoli infatti: "L'infermiere persegue l'ideale di servizio, orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività". Non solo: "L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere". Tra le maggiori novità del codice, quelle che riflettono il nuovo ruolo professionale, sia a livello di management che clinico, assunto dagli infermieri all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione. L'infermiere "partecipa al governo clinico, promuove le mi-

giori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte". Inoltre, se l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, l'infermiere proporrà soluzioni alternative e, se necessario, si avvarrà della clausola di coscienza. Il nuovo Codice già inquadra la crescita professionale in vista del nuovo contratto e prevede che l'infermiere agisca sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. E l'infermiere, inoltre, ha l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni. Tra i nuovi contenuti del Codice è prevista l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche, per gli infermieri, gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta, entra a pieno titolo in un Codice deontologico.

Poi, l'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono; se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all'autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento. E, dal punto di vista professionale, denuncia e segnala, assieme al Collegio, l'abusivismo e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

Nel Codice c'è un chiaro riferimento alla comunicazione, anche informatica: correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità sono obblighi che l'infermiere deve rispettare. Un capitolo importante è quello del fine vita: l'obbligo deontologico è di assistere la persona fino al termine della vita, tutelandone la volontà di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita; sostiene i familiari e le persone di riferimento nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto. "Il Codice deontologico - sottolinea la presidente IPASVI Barbara Mangiacavalli - è un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione, sia sotto il profilo giuridico, che dello status e delle competenze professionali. La deontologia e l'etica sono quotidiane e derivano dalle esperienze quotidiane. L'infermiere oggi è un professionista della salute, al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto, confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata. Il nuovo Codice deontologico rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura. L'infermiere - prosegue - deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici completano le competenze e permettono all'infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche il bisogno del professionista di trovare senso e soddisfazione nella propria attività".

"Il Codice - aggiunge Mangiacavalli - è anche una guida e una regola per garantire la dignità della nostra professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Abbiamo scelto la strada del confronto e

della consultazione pubblica con tutti coloro che vorranno intervenire, suggerire, proporre idee e soluzioni per far crescere ancora la nostra professione. Il Codice - conclude - è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura dei cittadini”.

L'iter prevede, dopo la prima lettura da parte dei presidenti dei Collegi, riferimento territoriale della professione, del testo predisposto dalla Commissione ad hoc della Federazione, anche con il supporto di esperti esterni (avvocato, magistrato eticista), una consultazione pubblica con i 440mila iscritti nei primi mesi del 2017, secondo le regole (linee guida) e le raccomandazioni dettate dalla Funzione pubblica. Saranno interrogate anche le associazioni infermieristiche e i cittadini. I Collegi provinciali trasmetteranno poi alla Federazione la rielaborazione del materiale e dei suggerimenti pervenuti, per giungere all'approvazione definitiva e all'entrata in vigore delle nuove regole che governeranno i prossimi anni della professione infermieristica. Di seguito la bozza della prima stesura del Codice deontologico.

Prima stesura Codice deontologico dell'Infermiere novembre 2016
Presentazione Consiglio Nazionale Roma 26 novembre 2016

Capo I - I principi e i valori

1. L'infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l'ideale di servizio. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita.
2. L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione,



dell'educazione e della ricerca.

3. L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.
4. L'infermiere, nell'agire professionale, utilizza l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono.
5. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici. Promuove il ricorso alla consulenza, anche al fine di contribuire all'approfondimento e alla riflessione etica.
6. L'infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale, anche qualora la persona manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove la persona assistita esprimesse e persistesse in una richiesta di attività in contrasto con i principi e i valori dell'infermiere e/o con le norme deontologiche della professione, si avvale della clausola di coscienza, rendendosi garante della continuità assistenziale.

Capo II - La funzione assistenziale

7. L'infermiere tutela l'ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.
8. L'infermiere dà valore alla ricerca e alla sperimentazione. Progetta, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico, assistenziale e organizzativo, di cui cura e diffonde i risultati.

9. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso il pensiero critico, l'educazione continua, l'esperienza, lo studio e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione.

10. L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica.

11. L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.

12. L'infermiere presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni.

13. L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo III - La relazione e la comunicazione

14. L'infermiere ascolta la persona assistita, la informa e dialoga con essa per valutare, definire, qualificare e attuare la risposta curativo/assistenziale e facilitarla nell'esprimere le proprie scelte.

15. L'infermiere rileva e facilita l'espressione del dolore della persona assistita durante l'intero processo di cura. Si adopera affinché la persona assistita sia libera dal dolore.

16. L'infermiere favorisce i rapporti della persona assistita con chi le è di riferimento e con la sua comunità, tenendo conto della dimensione interculturale.

17. L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione integrata multiprofessionale di cui cura la relativa documentazione. Si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

18. L'infermiere, nell'esercizio professionale, assicura e tutela la riservatezza della persona assistita e dei dati ad essa relativi durante l'intero processo di cura. Nel trattare i dati si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

19. L'infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute, purché tale mancata informazione non sia di pericolo per la persona stessa o per gli altri.

20. L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione o la definizione e lo sviluppo del suo progetto di vita.

21. L'infermiere che rileva privazioni o maltrattamenti sulla persona assistita, segnala le circostanze all'autorità competente e si attiva perché vi sia un rapido intervento.

22. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità.

23. L'infermiere, quando la persona assistita non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lei documentato o chiaramente espresso in precedenza.

24. L'infermiere rispetta il segreto professionale, non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.

25. L'infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici, si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità.

Capo IV - Il fine vita

26. L'infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

27. L'infermiere tutela la volontà della per-

sona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.

28. L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita, nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

29. L'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi ed organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

30. L'infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

31. L'infermiere, dipendente o libero professionista, partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

32. L'infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità.

33. L'infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, si attiva per proporre soluzioni alternative e, se necessario, si avvale della clausola di coscienza.

Capo VI - L'infermiere e il Collegio professionale

34. L'infermiere e il Collegio professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da condizionamenti, interessi, pressioni di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

35. L'infermiere e il Collegio professionale si adoperano per sostenere la qualità e l'appropriatezza dell'esercizio professionale infermieristico.

36. L'infermiere e il Collegio professionale segnalano le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

37. L'infermiere e il Collegio professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

38. L'infermiere e il Collegio professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.

39. L'infermiere tutela il proprio nome e il decoro personale. Osserva le indicazioni del Collegio professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

40. L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale. I Collegi professionali sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate. I Collegi professionali, recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato. ■

Corso

La gestione dei cateteri venosi Picc, Midline, Cvc

Dalla scelta del dispositivo alla gestione

3 marzo 2017 - Bergamo - Collegio IPASVI di Bergamo



 format

Finalità

La finalità del corso è quella di offrire le basi per una appropriata scelta del dispositivo vascolare tenendo conto del percorso terapeutico della persona assistita, del contesto di cura, dello stile di vita. L'importanza che sta assumendo la funzione dei professionisti per la salvaguardia del patrimonio venoso, dimostra come un organo vero e proprio necessita di mantenere l'integrità. La gamma di cateteri venosi in commercio è molto vasta e consente di soddisfare le esigenze della persona assistita, preservando il patrimonio venoso. Durante il corso verranno presentate le tipologie di cateteri e le loro caratteristiche,

evidenziandone i vantaggi e gli svantaggi. La corretta gestione del catetere venoso, periferico o centrale, è essenziale per prevenire complicanze, diminuire i costi e soddisfare l'assistito. Verranno presentate le complicanze precoci o tardive e le modalità per riconoscerle e per intervenire in modo appropriato.

Obiettivi

- Distinguere i cateteri venosi e i criteri di scelta del presidio
- Sviluppare competenze per la gestione del catetere venoso e la prevenzione delle complicanze
- Promuovere lo sviluppo di abilità per in-

dividuate le complicanze e attuare le prime manovre nel caso di occlusione

- Approfondire le conoscenze relative all'importanza della scelta multidisciplinare del catetere venoso tenendo in considerazione il setting assistenziale e il percorso terapeutico della persona assistita
- Obiettivo Nazionale ECM Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica.*

Contenuti

- Il patrimonio venoso
- L'appropriatezza della scelta del dispositivo
- Descrizione dei tipi di catetere venoso
- Le complicanze precoci e tardive dei dispositivi
- Il lavaggio del catetere venoso
- La medicazione con suturless device
- Analisi e discussione di casi clinici

Metodologia didattica

- Lezione frontale
- Analisi e discussione di casi e problemi
- Confronto/dibattito
- Dimostrazioni

Docenti e Responsabili Scientifici

Michela Azzolini

Infermiera - UO di Medicina Alta Intensità
Ospedale di Rovereto - APSS Trento
Master in: accessi venosi centrali per le professioni mediche e infermieristiche.

Tommaso Rinaldi

Infermiere - UO di Medicina Interna Ospedale di Rovereto - APSS Trento
Master in: accessi venosi centrali per le professioni mediche e infermieristiche.

Destinatari

Infermiere - Infermiere Pediatrico
Assistente Sanitario (Posti disponibili: 50)

Sede del corso

Collegio IPASVI di Bergamo
Via Rovelli, 45 - Bergamo

Orario

Registrazione Partecipanti: 08.30
Corso: 09.00/12.30 - 14.00/17.30
In pausa pranzo verrà offerto un light lunch.

Scadenza iscrizioni

19 febbraio 2017

Codice corso

IPA2317BG0303

Quota di partecipazione

- Iscritti Collegio IPASVI di Bergamo
€ 35,00 (IVA esente art. 10 DPR 633/72)
- Iscritti Altri Collegi IPASVI
€ 50,00 (IVA esente art. 10 DPR 633/72)

Crediti ECM

Saranno erogati 7,9 crediti ECM
Codice accreditamento: 514/184940

Provider ECM e Segreteria Organizzativa



Protocollo: 317/17
Data: Bergamo, 10 febbraio 2017

A tutti gli iscritti
del Collegio IPASVI
della Provincia di Bergamo
LORO SEDI

Oggetto: **CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA, COMUNICAZIONI VARIE**

Gentile Collega,

sei invitato/a a partecipare all'Assemblea Ordinaria degli iscritti che si terrà in prima convocazione il giorno Venerdì 24 febbraio 2017 alle ore 17.00 presso sede del Collegio IPASVI di Bergamo e qualora non fosse raggiunto il numero legale (1/4 degli aventi diritto – art. 24 DPR 5/4/50 – n. 221 –1721 iscritti) in seconda convocazione:

Venerdì 3 marzo 2017 alle ore 12.30

Presso la sede del Collegio IPASVI di Bergamo in Via Rovelli 45 – 24125 Bergamo

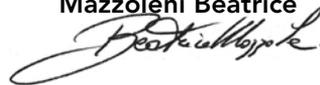
ORDINE DEL GIORNO:

- Relazione consuntiva dell'attività anno 2016 e approvazione Conto Economico Consuntivo;
- Presentazione relazione programmatica per l'anno 2017;
- Esame e approvazione del Bilancio Preventivo 2017. Prevedendo di non poter raggiungere il numero di presenze necessarie per la validità della prima convocazione ritengo opportuno sin d'ora invitare tutti i colleghi alla seconda convocazione. Ricordo infine che si computano come intervenuti gli iscritti assenti che abbiano conferito delega ad uno degli iscritti presenti.

In attesa di incontrarvi porgo i miei più cordiali saluti.



La Presidente
Mazzoleni Beatrice



COMUNICAZIONI

1. Quest'anno l'assemblea degli iscritti si terrà all'interno del corso formativo ECM organizzato dal Collegio IPASVI di Bergamo in collaborazione con Format dal titolo "La gestione dei cateteri venosi PIC; MEDLINE E CVC. Dalla scelta del dispositivo alla gestione". Tutte le specifiche dell'evento sono reperibili collegandosi al sito www.formatsas.com.

2. Nel mese di novembre 2016 è stata presentata ai presidenti dei 103 Collegi provinciali la prima stesura del Nuovo Codice Deontologico. L'iter prevede, una consultazione pubblica con i 440mila iscritti che partirà il 6 febbraio e si chiuderà il 30 aprile 2017 nella quale ogni infermiere iscritto all'Albo potrà proporre modifiche e integrazioni. Il link dell'area riservata dell'Albo unico Nazionale dove è presente l'applicazione per la consultazione del Nuovo Codice Deontologico, è raggiungibile dal portale istituzionale della Federazione Nazionale (www.ipasvi.it) nella specifica sezione "Comunica on-line con il tuo Collegio". Per praticità riportiamo il link diretto per la registrazione/accesso: <http://albo.ipasvi.it/intranet>. Si ricorda che la registrazione alla Intranet, qualora non si sia registrati, è obbligatoria. Quanto proposto da ognuno sarà poi raccolto dal Collegio di appartenenza, condiviso attraverso degli incontri con gli iscritti, formalizzato e inviato entro il 31 maggio alla Federazione Nazionale Collegi.

3. In occasione della giornata internazionale dell'infermiere, quest'anno il Collegio IPASVI di Bergamo, proporrà per domenica 14 maggio una camminata non competitiva aperta a tutti gli iscritti e simpatizzanti il cui ricavato sarà devoluto in beneficenza. Le indicazioni specifiche saranno pubblicate a breve sul nostro sito www.ipasvibergamo.it.

4. La Commissione Nazionale per la formazione continua ha approvato i nuovi obblighi formativi per il triennio 2017/2019. Anche per questo triennio viene confermato che per soddisfare l'obbligo formativo è necessario acquisire 150 crediti, fatto salvo l'approvazione di esoneri ed esenzioni che mantengono i criteri degli anni precedenti. Importante novità è che il professionista potrà però acquisire i crediti senza più un minimo ed un massimo annuo, ma si prevede anche la possibilità che per un anno il professionista possa NON acquisire alcun credito, salvo poi recuperare negli anni successivi.

Viene introdotto altresì un sistema premiante per i professionisti considerati "virtuosi" così strutturato: i professionisti che nel triennio 2014/2016 hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 121 e 150 hanno diritto ad riduzione di 30 crediti nel triennio successivo (2017/2019). Coloro che hanno acquisito un numero di crediti compreso tra 80 e 120 hanno diritto ad una riduzione di 15 crediti. I professionisti che nel triennio 2014/2016 hanno compilato e soddisfatto il proprio dossier formativo (tramite il portale Co.Ge.A.P.S.) hanno diritto alla riduzione di 30 crediti dall'obbligo formativo del triennio. Inoltre i professionisti che nel triennio 2014/2016 non hanno adempiuto completamente all'obbligo formativo ma che hanno comunque acquisito almeno la metà dei crediti, potranno utilizzare tutto il 2017 per regolarizzare la propria posizione.

Si ricordano infine alcune note specifiche:

- i crediti conseguiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non verranno conteggiati
- il professionista sanitario deve acquisire almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo attraverso formazione erogata da provider mentre per l'autoformazione non può superare il 10%
- I crediti acquisiti tramite sponsor non possono eccedere 1/3 del proprio fabbisogno.

Al fine di regolarizzare la propria posizione, si invitano nuovamente i colleghi a registrarsi e consultare la propria anagrafica sul portale Co.Ge.A.P.S., www.cogeaps.it.

5. Si specifica inoltre che il conto Economico Consuntivo del 2016 e il Bilancio Preventivo per il 2017, saranno consultabili sul sito www.ipasvibergamo.it dal 17 febbraio.

Il collega chiede... il Collegio risponde!



a cura della Commissione Redazione



>>> Salve, come da accordi telefonici mi rivolgo a Voi per eventuali delucidazioni fiscali. Faccio parte di uno studio associato composto da 11 infermieri che lavorano per una Fondazione appaltatrice per la gestione di una RSA e di 3 distretti sanitari della provincia di Brescia per prestazioni infermieristiche sul territorio. Considerato che il lavoro domiciliare implica un grosso consumo di carburante, in quanto copriamo una vasta area, abbiamo sempre chiesto un rimborso chilometrico non all'Ente pattante, il quale non ci ha mai riconosciuto nulla, ma nella dichiarazione dei redditi, nel modello unico il commercialista ci deduceva una nota spese trasferte in base ai km dichiarati e che si possono documentare facilmente andando a controllare sul sito della Asl il nostro giro di lavoro, dove quotidianamente veniamo registrati. Attualmente il nostro commercialista ci sconsiglia di dedurre sia il rimborso chilometrico che i buoni carburante. Il nostro compenso è diminuito sempre di più passando dai 18 euro in principio agli attuali 15 euro per la maggior parte degli accessi che sono prestazionali. Per altri tipi di accessi (i profili che sono pochissimi), ci rimborsano 17,50 euro e i prelievi a 9 euro tutto lordo. Dall'anno scorso è stato deciso di pagare anche l'Irap, che mi sembra impropria, in quanto non abbiamo nessuna organizzazione dietro allo studio, nel senso che non abbiamo una segretaria, ma siamo noi dell'Adi direttamente reperibili per i pazienti 12 ore al giorno, 7gg su 7, il materiale lo ordiniamo noi, il rapporto con le Asl e con i medici è diretto, usiamo la macchina personale, il telefono e abbonamento, il computer personale per inserimenti, mail, assicurazioni, corsi, visite mediche, legge 81, ecc. Mi è stato consigliato di riaprire la partita Iva individuale, che avevo già precedentemente; circa 10 anni fa avevo anche un contratto individuale con

lo stesso Ente, ma che adesso non vuole più stipulare contratti individuali. Il mio collega, amministratore dello studio, mi consiglia di aprire lo stesso la Partita Iva e farmi emettere la fattura da parte dello studio associato. Inoltre, non so come dovrei regolare il rapporto con lo studio se dovessi uscire solo io. Se apro la partita Iva, che tipologia di contratto dovrei fare con lo studio? A ciò aggiungo che non avrei altri benefici, considerando che non ho spese da dedurre come mutuo, affitto, auto (già pagata tutta) ecc. (Prot.1831/17)

Bergamo, 19 dicembre 2016

Buongiorno, in merito al quesito proposto vengono sollevati molteplici argomentazioni, cercando di rispondere in ordine iniziamo a puntualizzare alcuni punti:

- A nostro avviso l'IRAP da parte di uno studio associato di professionisti è sempre dovuta in quanto la struttura organizzativa a cui si riferisce la norma IRAP non intende una struttura amministrativa (tanto è vero che un professionista che si avvale di un dipendente meramente amministrativo non è soggetto ad IRAP), bensì ad una organizzazione del lavoro organica in grado di permettere la prosecuzione dell'attività d'impresa/professionale indipendentemente da una eventuale assenza di un membro dell'organizzazione. Nello specifico immagino che in caso di mancanza imprevista di un membro dello studio associato la sua attività venga "coperta" dagli altri associati. In ogni caso è stato ribadito dalla Cassazione che, nel caso di studio associato, la presunzione della presenza di organizzazione è assoluta.

- Le spese sostenute da ogni professionista dello studio associato nello svolgere l'attività professionale dovrebbero essere sostenute dallo studio stesso e confluire, così come i ricavi generati da ogni associato, nel bilancio dello studio andando così, nelle adeguate proporzioni così come stabilito dalla normativa fiscale, a ridurre il reddito imponibile dello studio, e per riflesso il reddito da partecipazione in associazione del professionista associato. Il professionista associato non dovrebbe mai poter de-

durere dal proprio reddito (che si configura non come reddito professionale ma come reddito da partecipazione in studio professionale) costi o spese.

- Per quanto riguarda la possibilità di riaprire la partita IVA come professionista individuale bisognerebbe fare un calcolo di convenienza fiscale, previdenziale e di costi/ricavi che può variare in maniera importate da caso a caso. Sicuramente con volumi di ricavi ridotti (inferiori ai 30.000 euro annui) e poche spese effettivamente sostenute potrebbe essere interessante la possibilità offerta dal regime di vantaggio dei cosiddetti forfettari, i quali applicano una percentuale presunta di costi sui ricavi (nel caso del professionista la percentuale di costi riconosciuta è pari al 22%) e poi pagano una imposta sostitutiva all'irpef del 15% da calcolarsi sul reddito così calcolato (ricavi x 78% - contributi deducibili).

- Il tipo di rapporto che si potrebbe instaurare tra Lei, una volta riaperta la partita IVA come professionista, e lo studio associato (che farebbe da schermo tra il professionista e l'ente appaltante) e quella di un contratto di collaborazione o sub-appalto di servizi (molto dipende da quanto consentito dall'appalto iniziale conferito in capo allo studio associato).

Nella speranza di essere stati esauritivi e restando a disposizione per ogni ulteriore eventuale chiarimento porgiamo cordiali saluti.

Il Vicepresidente, Gianluca Solitro
(Prot. 1861/16/GS/sm)

>>> Buongiorno, Vi scrivo a seguito di una telefonata al vostro ufficio di Bergamo, che mi chiede di mettere per iscritto tramite email quanto segue. Da due mesi ho firmato un contratto libero professionale, con una cooperativa/consorzio. Di fatto, come ogni nuova assunzione, è stata preparata da parte mia tutta la documentazione. Mi è stato richiesto solo ora, certificato idoneità alla mansione, e conseguente visita medica. Mi viene pro-

posta l'opportunità di effettuare la visita con il loro medico interno, precisandomi che sarebbe a mie spese. Quello che vi chiedo è se io ho l'obbligo quale libera professionista di presentare certificato di idoneità all'ente per cui lavoro? E se sì, non deve essere a carico di tale Ente la certificazione? Vi ringrazio anticipatamente. Attendo vostro riscontro.

Bergamo, 22 novembre 2016

Il libero professionista, come del resto ogni lavoratore, ha l'obbligo prima d'iniziare un'attività lavorativa in collaborazione con un committente, di fornire un'idoneità fisica all'impiego, come previsto dal D.lgs 81/08 in tema di sicurezza del lavoro. Per quanto riguarda il lavoratore dipendente, l'onere è a carico del datore di lavoro, mentre per il libero professionista, in virtù della sua posizione lavorativa, che permette di avere più committenti, è a carico del lavoratore che

può scegliere il suo medico competente ed esibire l'idoneità al suo committente.

In sintesi, lei non è obbligato a scegliere il medico della Cooperativa, può scegliere qualsiasi medico del lavoro che rilasci un'idoneità fisica all'impiego, in base alla sua valutazione di rischio professionale ed, essendo libero professionista, è a suo carico. Resto a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Il Vice Presidente, Gianluca Solitro
(Prot. 1669/16/GS/dm)

>>> Buongiorno, sono la responsabile del personale di una cooperativa di infermieri. Da qualche tempo ho dei problemi con la direzione sanitaria di una struttura dove svolgo attività. Nello specifico la direzione sostiene che il foglio unico di terapia può essere compilato (trascrizione delle terapie dal mese in corso al mese successivo, la prescrizione di terapie eventualmente prescritte dal medico a voce piuttosto che al telefono) dall'infermiere. Dai miei studi ricordo che l'infermiere l'unica cosa che può svolgere sul foglio unico di terapia è apporre la propria sigla per la somministrazione del farmaco. Vi chiedo la cortesia di rispondere a questa problematica (anche con riferimenti normativi) per non incorrere in errori che possano avere delle conseguenze a livello legale e per sgravare i miei infermieri da responsabilità a loro non attribuibili. Ringraziando fin d'ora per la vostra preziosa collaborazione, colgo l'occasione per porgere distinti saluti. Resto in attesa di una vostra cordiale risposta. (Prot.1278/17)

Bergamo, 16 novembre 2016

OGGETTO: foglio unico terapia

Gentile collega, in merito a quanto richiesto sono qui di seguito a riportarle alcune indicazioni. Il Ministero della Salute, nell'ambito delle iniziative attuate per la Sicurezza dei pazienti, ha elaborato Raccomandazioni per offrire agli operatori sanitari e alle Direzioni aziendali adeguati strumenti per la gestione del Rischio clinico, tra cui la Raccomandazione n. 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno da errori in corso di terapia farmacologica. Tali Raccomandazioni sono oggetto, da parte delle Strutture sanitarie, di un successivo adattamento alla propria realtà organizzativa ed operativa. Si definisce foglio unico di terapia lo strumento cartaceo o informatizzato, parte integrante del Fascicolo Sanitario, sul

quale sono documentate le prescrizioni di farmaci (ordinarie e urgenti) e le avvenute somministrazioni.

È uno strumento di lavoro condiviso da medici e infermieri, che consente di ridurre gli errori di terapia in quanto:

- consente la tracciabilità delle diverse attività svolte in ordine alla prescrizione e somministrazione dei farmaci;
- evita le trascrizioni tra la documentazione medica e quella infermieristica;
- favorisce la collaborazione multidisciplinare;
- rispetta la corretta procedura della somministrazione dei farmaci.

Le fasi sono individuate in prescrizione, preparazione, somministrazione, sospensione. La prescrizione della terapia farmacologica deve essere effettuata dal medico

in forma scritta. È l'atto con cui il medico responsabile del paziente stabilisce quale farmaco debba essere somministrato all'assistito; include la qualità e la completezza delle informazioni essenziali, quali: nome commerciale (o principio attivo), dose, forma farmaceutica, posologia, via e modalità di somministrazione con indicazione temporale, firma del prescrittore ed eventuali note. La compilazione del FUT (Foglio unico terapia) deve essere effettuata in stampatello, con calligrafia leggibile, a penna a inchiostro indelebile, evitando cancellature, uso di scolorine e sovrapposizioni; è valido solo il principio della "possibilità di lettura" e non della "interpretazione" della stessa. La correzione di eventuali errori deve essere effettuata apponendo una barra sulla scritta oggetto di rettifica, con un'annotazione aggiuntiva, recante la dicitura corretta, con data, orario e firma di chi la effettua. Non va mai usato il correttore (bianchetto o altro) e non sono consentite cancellazioni con gomma.

Nell'ipotesi di errori commessi all'atto della stesura, occorre fare in modo che l'annotazione errata (barrata) risulti comunque leggibile e procedere con la scritta corretta. Al momento dell'esaurimento degli spazi disponibili sul FUT, è compito del medico compilare, con le medesime modalità, il nuovo foglio unico per la terapia farmacologica, revisionando criticamente le prescrizioni in essere. La trascrizione della prescrizione deve essere evitata, in quanto rappresenta una delle maggiori cause di errori. Al medico non è precluso, per ulteriore garanzia circa la tracciabilità della prescrizione, di riportare la stessa anche su altro documento sanitario (ad es.: diario della cartella clinica); per tale evenienza, tuttavia, occorre prestare particolare attenzione ad una possibile dissociazione tra le due distinte scritture, o per intempestività, o per omesso aggiornamento di una o per non perfetta corrispondenza dell'una con l'altra.

Per scongiurare rischi per il paziente, l'Infermiere/Operatore sanitario a cui compete il seguito operativo (preparazione e sommi-

nistrazione/assunzione), ognuno per quanto di competenza deve attingere necessariamente da un'unica fonte informativa, da identificarsi con il FUT, in uso all'interno di ciascuna U.O.. La prescrizione verbale e telefonica deve essere riservata solo a situazioni di emergenza/urgenza. Appena possibile, la prescrizione verbale deve essere registrata in forma scritta dal prescrittore, con annotazione - nella documentazione di competenza - della pregressa prescrizione verbale, verificando la corrispondenza con quanto registrato da chi ha effettuato la somministrazione, affinché sia rintracciabile la reale sequenza degli atti. "Infermiere a cui compete dar seguito alla citata prescrizione avrà cura di annotare, nelle scritture di pertinenza, la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che stimi appropriato registrare.

Nelle situazioni in cui la somministrazione del farmaco deve avvenire prima che sia possibile la prescrizione scritta, come ad esempio durante la gestione di una condizione di emergenza/urgenza, il Medico specifica oralmente la prescrizione al personale infermieristico e ne verifica la corretta somministrazione. Non appena possibile il Medico prescrittore registra la prescrizione stessa sul FUT.

In conclusione si ritiene che la responsabilità della prescrizione è Medica e la registrazione dell'avvenuta somministrazione è infermieristica. Nel caso descritto è consigliabile la modifica del foglio unico terapia con una parte "fissa" di prescrizione a cura del Medico da NON ri-trascrivere mensilmente (solo in caso di esaurimento del foglio) e una parte "mobile" riportante lo schema mese e lo spazio per siglare l'avvenuta somministrazione da parte dell'infermiere. Inoltre è indicato l'adozione di una specifica procedura, validata dalla Direzione Sanitaria, per quanto riguarda le prescrizioni orali/telefoniche.

Cordiali saluti.

Il Segretario, Plebani Simona
(Prot.1621/16/SP/dm)



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 _____



1° CONVEGNO NAZIONALE



FARE LA DIFFERENZA

best practice
nelle cure
infermieristiche



Patrocini



in fase di richiesta

Regione Emilia-Romagna

Sessioni

SIGNIFICATI, STRATEGIE E POLITICHE
DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA
NEL CONTESTO ATTUALE

COMPETENZE SPECIALISTICHE E
PERFORMANCE PROFESSIONALI

COMPETENZE E MODELLI DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA:
COSA STA CAMBIANDO?

COMPETENZE E MODELLI PROFESSIONALI EMERGENTI:
CHI FA, CHE COSA?

COMPETENZE CLINICHE:
ABBIAMO SEMPRE FATTO COSÌ ... MA ORA?

INCONTRO CON GLI STAKEHOLDER DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA:
PER CHI FARE LA DIFFERENZA?

Riccione

24 - 25 marzo 2017

Sede:

Riccione (RN)
Hotel Corallo - Viale Gramsci, 113

Orari:

24 marzo 2017 - 13:00/18:30
25 marzo 2017 - 08:30/13:00

Destinatari:

Sono previsti 7,3 crediti ECM per **infermieri**,
infermieri pediatrici e **assistenti sanitari**.
La partecipazione è aperta a tutte le professioni
sanitarie e socio-sanitarie interessate agli
argomenti trattati.



Direzione e Amministrazione:
Trento - via del Brennero 136 - tel. 0461-1725086
Sede Legale e Segreteria organizzativa:
Codigoro (FE) - via F. Cavallotti 8
tel. 0533 713 275 - fax 0533 717 314
e-mail info@formatsas.com - www.formatsas.com



E.C.M.
Educazione Continua
in Medicina



Agenzia con sistema di qualità
certificato ISO 9001:2008