

Dicembre
2016 - N. 61

ISSN 2281-9479

Algorà

SPAZIO DI INFORMAZIONE DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO



Tempo di bilanci P. 3

DI ORESTE RONCHETTI

**Responsabilità
civile
dell'infermiere** P. 7

DI SIMONE MANTELLI

**L'evoluzione
del professionista
infermiere** P. 25

DI MONICA TROMBETTA

**assemblea
annua
ordinaria** P. 34

DAL COLLEGIO



Agorà

Dicembre 2016 - N. 61

Direttore Responsabile:

Oreste Ronchetti

ViceDirettore

Massimo Franzin

Comitato di Redazione:

Ronchetti Oreste, Cavadini Elena,

Pozzi Paola Mariella,

Redaelli Rita, Seveso Maria Elisabetta

Segreteria di Redazione:

Daniela Sereni, Daniela Zanini

Sede, Redazione, Amministrazione:

Collegio IPASVI - Viale C. Battisti, 8 - 22100 Como

Proprietario:

Collegio IPASVI - Como

Impaginazione e stampa:

Elpo Edizioni - Como

www.elpoedizioni.com

Quadrimestrale Informativo del Collegio IPASVI di Como

Pubblicazione autorizzata dal Tribunale di Como

con decreto 1/98 del 09/02/1998

Per contattarci:

tel. 031/300218 - fax 031/262538

e-mail: info@ipasvicomo.it

Editoriale

TEMPO DI BILANCI

di Oreste Ronchetti

5 Primo: non nuocere

7 Responsabilità civile dell'infermiere

Lettere al Direttore

8 La domanda di Alessandro Piconne

Pubblicazioni

10 La terapia informatizzata ai fini della sicurezza della persona assistita

Diritto e rovescio

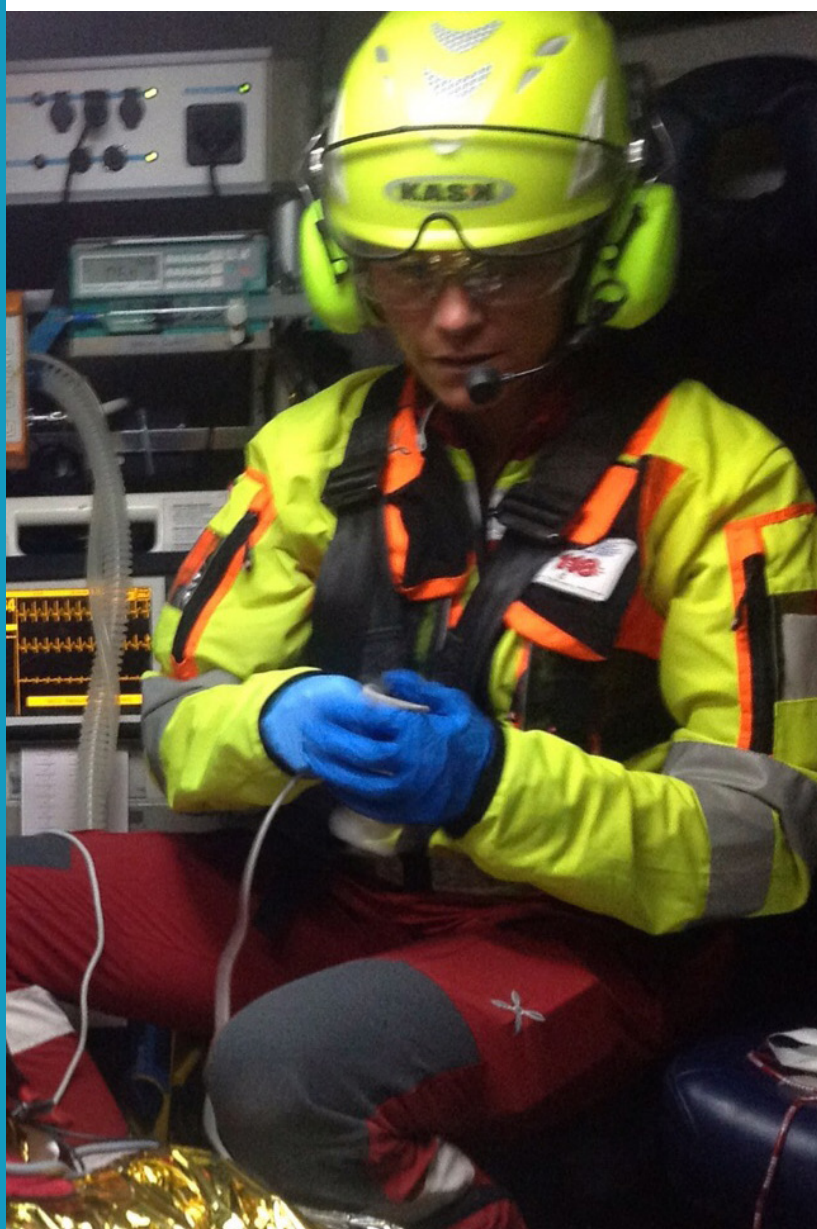
23 L'evoluzione del professionista infermiere

Il Collegio informa

30 Avas

32 Nuovi iscritti e cancellati

34 Convocazione Assemblea annuale ordinaria



Tempo di bilanci

Un nuovo anno sta per finire, è tempo di bilanci. Indubbiamente questo 2016 è stato un anno molto ricco di spunti e di sollecitazioni per noi infermieri lombardi.

Abbiamo visto nascere la riforma del sistema sanitario regionale lombardo, dove sono finalmente state abbozzate soluzioni per migliorare la sanità sul territorio; quella sanità che dovrebbe coincidere con la prevenzione, con azioni volte a ridurre la necessità di interventi da parte dell'ospedale; che dovrebbe garantire il cittadino rispetto ai suoi bisogni e non solo rispetto alla cura delle sue patologie.

Questo ci porta a sostenere che siano soluzioni prevalentemente infermieristiche, ovvero soluzioni che vedono la nostra professione centrale per la loro realizzazione e per questo come colleghi

lombardi ci siamo attivati per creare gruppi di lavoro che individuino strategie per la realizzazione di soluzioni a gestione infermieristica, in questo seguiti da esperti dell'università Bocconi, a cui abbiamo anche chiesto di fare da lobbisti per la nostra professione, nel rispetto delle regole ma con determinazione perché riteniamo che siano maturi i tempi perché finalmente si realizzi fino in fondo l'autonomia professionale e gli infermieri possano finalmente gestire il territorio, in collaborazione con le altre figure professionali, in particolare con i mmg, nel pieno rispetto delle proprie competenze ed autonomia, in una condizione di accreditamento diretto con il sistema sanitario regionale lombardo.

PreSST, POT, Infermiere di Famiglia, devono essere servizi che ci vedono protagonisti sia nella

progettazione che nella realizzazione che nella gestione. Abbiamo seminato molto durante questo 2016, ci aspettiamo di raccogliere parecchio nel 2017, soprattutto per quanto riguarda il servizio dell'Infermiere di Famiglia e l'accreditamento diretto dell'infermiere libero professionista al sistema sanitario regionale lombardo; perché questo permetterebbe ad ogni professionista di esercitare liberamente, sul territorio con propri ambulatori e al domicilio in completa autonomia, senza più dover dipendere da cooperative o strutture terze.

In questo ci è tornata sicuramente utile la sentenza del consiglio di stato che ha rigettato la delibera di regione Lombardia, del 2001, che concedeva la possibilità di eseguire prelievi ematici solo a professionisti legati a laboratori; da qui siamo partiti per chie-

re una revisione di tutto quello che è relativo all'esercizio professionale infermieristico sul territorio, per fare in modo che l'autonomia dell'infermiere sia riconosciuta anche e soprattutto sul piano legislativo. È un lavoro ancora in itinere, ma che lascia ben sperare, perché la classe politica regionale sembra avere finalmente una diversa considerazione della nostra professione; il lavoro svolto dai tanti presidenti che si sono succeduti nei vari collegi provinciali sembra cominciare a dare frutti.

Mi aspetto un 2017 con importanti novità, che finalmente rimetteranno in moto la nostra professione e riporteranno al centro la persona, che vuol dire ripartire dai bisogni della gente, essere presenti dove la popolazione vive, dare servizi nei paesi e non più



Oreste Ronchetti
Presidente IPASVI Como

centralizzare tutto negli ospedali.

Sono sfide che dobbiamo prepararci a vivere e soprattutto a vincere; non tanto e non solo per la nostra categoria professionale, ma soprattutto per la gente, per tutte quelle persone che ripongono in noi fiducia e speranze; per tutti coloro che hanno il bisogno di vivere una vita degna anche nella malattia, per tutti coloro che chiedono di essere ascoltati ed accompagnati in una dimensione di serena tranquillità.

Per loro dobbiamo essere pronti a prenderci quelle responsabilità che da tempo chiediamo che ci vengano date e per le quali da tempo ci stiamo preparando.

In tutto ciò non voglio certo negare le note negative che hanno investito la nostra professione ed in particolare il nostro collegio.

È ancora fresca la vicenda dell'ospedale di Saronno che ha visto come coprotagonista negativa la collega Taroni. Certo, fino a che la

magistratura non si sarà pronunciata in modo definitivo la legge impone di considerare l'indagata come persona potenzialmente innocente, anche se, considerando tutto quanto è stato detto e pubblicato, sembrerebbe più un atteggiamento formale che sostanziale. Restano però tanti interrogativi: come mai questa situazione è potuta proseguire per anni nonostante le denunce, una anonima ed una firmata da una collega del collegio di Milano; come mai solo due infermiere si sono "accorte" di quanto stava succedendo; dove erano tutti gli altri sanitari a cominciare dai medici; come mai un ospedale può essere "gestito" dalla sua dirigenza medica senza che nessun controllo esterno venga esercitato ed infine, come mai in nessuno dei tre collegi interessati è mai giunta una denuncia.

Queste erano le cose che avrei voluto dire in quella sciagurata trasmissione che mi ha visto, mio malgrado, protagonista

di una serie di superficialità, dallo scambiarmi per un sindacalista, nonostante avessi chiarito da giorni che ero il presidente del collegio di Como, al definirmi omeroso semplicemente perché ho sottolineato che i protocolli sono aziendali, al non preoccuparsi minimamente di sapere e far sapere alla pubblica opinione, quali siano le regole professionali e quali compiti debba svolgere un ente ordinistico come il nostro e con quali strumenti.

Una pessima figura dettata sicuramente dalla mia inesperienza, ma vi assicuro anche dalla mancanza da parte del conduttore di voler approfondire la notizia, ma semplicemente e solamente dal voler sollecitare la parte emotiva del telespettatore per impedirgli di cambiare programma e garantirsi buoni dati auditel. Non credo si possa parlare di ostracismo nei confronti della nostra categoria, ma piuttosto di trasmissioni che mirano alla così detta "pancia"

piuttosto che al cervello, ovvero all'emotività piuttosto che alla razionalità. Pazienza, ciò che ci interessa non è certo dare una bella immagine personale ma piuttosto creare una solida visione positiva degli infermieri; tra un mese questa trasmissione sarà completamente dimenticata, mentre gli interventi sviluppati dai collegi coinvolti, insieme alla Federazione Nazionale, per supportare i colleghi che lavorano all'ospedale di Saronno resteranno e probabilmente riusciranno a far capire agli infermieri che appartenere ad una professione ordinistica non è un peso economico e nemmeno un aggravio di responsabilità, ma un impegno verso la popolazione per garantirla nei propri bisogni e questo magari ci permetterà finalmente di vedere il momento più alto della nostra vita associativa, l'assemblea annuale, con una sala piena di colleghi e non desolatamente vuota come è successo il 17 dicembre.

Primo: non nuocere

Le responsabilità deontologiche dell'infermiere

I recenti accadimenti di cronaca nera, che hanno coinvolto stimati professionisti, sembra abbiano fatto emergere comuni, quanto precise, dinamiche che regolano tanti luoghi di lavoro. Persone che fingono di non vedere, altre che vedono ma che mettono a tacere, altre che per il quieto vivere preferiscono sorridere a tutti e voltarsi dall'altra parte ed altre ancora che approfittano del caos per mettere al sicuro interessi molto personali, ci sono poi quelli che si prestano alla delazione, pensando di non essere riconosciuti, credendosi più furbi di tutti, costi quello che costi.

In genere, in questi contesti, il comune denominatore è sempre la leadership. Capi incapaci di prendere posizioni anche quando le cose sono evidenti, dichiarate, denunciate.

Personaggi inerti che ricoprono ruoli di tutto rispetto ma che così facendo perpetrano condotte miserevoli a volte criminose. Certo, non sempre di risonanza mediatica, ma che senz'altro contribuiscono a generare e mantenere uno stato di malessere e ad incrementare l'inefficienza. La scarsa tutela

favorisce a volte la fuga dal luogo di lavoro altre volte la connivenza. Vince chi si adegua al sistema ma le ricadute negative che ne derivano sono incalcolabili.

La valutazione stress lavoro-correlato si riduce ad un adempimento svuotato del suo senso reale e le strategie correttive più adeguate non trovano applicazione.

Più frequentemente, di quanto si pensi, è possibile notare persone che hanno temperamenti aggressivi, individui spiacevoli che tuttavia sono tollerate dalla comunità professionale a cui appartengono e certamente non orientate dall'azienda verso l'assistenza psicologica o psichiatrica o, nel caso, denunciate e licenziate, anzi spesso non sono neppure richiamate, più facilmente sono promosse.

Ma è quando certi comportamenti esplodono in tutta la loro gravità che ci ribelliamo gridando all'omertà, alla vigliaccheria, certo, solo se la cosa disturba la comunità però, non tanto il singolo. Nel caso poi di un distretto sanitario, al quale ci rivolgiamo tutti con fiducia per essere aiutati, meglio se non a morire anzitempo, vorremmo che quei nuclei lavorativi funzionas-

sero perfettamente. I colleghi sostenessero, denunciassero, i capi vedessero ed intervenissero. I protocolli divengono importanti, l'attenzione psicologica si fa prioritaria, quanto quella della selezione del personale e prima ancora dei percorsi formativi intrapresi dagli operatori. Tutti ci si mobilita in cerca dell'origine del male e di chi ha responsabilità al fine di recuperare il controllo e ritrovare la serenità, nella prevedibilità dei comportamenti umani.

Ma fino a che punto è possibile prevedere il comportamento umano, o meglio disumano? Davvero ci sono segnali sempre chiari e predittivi? Basta un normale colloquio di selezione per individuare o smascherare un serial killer? Quante volte ad un colloquio di lavoro ci siamo sentiti chiedere del rapporto con i nostri genitori, o di quello con i compagni di scuola, o del nostro modo di relazionarci con gli animali, della nostra sfera spirituale o di eventuali tendenze antisociali. Quante volte, poi, questi argomenti sono emersi con i docenti o i tutor di tirocinio, magari i supervisori del lavoro. In generale si è più concentrati

* Studio di Psicologia e Mediazione Familiare

sul curriculum vitae, nella forma e nel contenuto, poiché il colloquio di selezione non è una valutazione clinica ma formativa, professionale, attitudinale e motivazionale. Se nel contesto della selezione si evidenziassero dei pensieri inconsueti, quanto inciderebbero nella decisione di affidare l'incarico al candidato? Se non sono particolarmente disturbanti a volte zero, perché i fattori sono molteplici come: un alto punteggio nelle prove di selezione, la massima disponibilità offerta dal candidato alle richieste dell'azienda, l'urgenza di effettuare l'inserimento per la carenza di personale o una generale buona impressione.

Il comportamento è il prodotto di un'uguale interazione tra fattori genetici, anatomici, biochimici ed ambientali, psicosociali e culturali e tale equilibrio può essere alterato generando anche gravi deviazioni.

Supponendo che tutto quanto si scrive e si dice sul caso del nosocomio di Saronno dovremmo considerare che ci troviamo di fronte a due serial killer. Considerando poi la stessa definizione di angelo della morte, utilizzata da uno dei protagonisti, e nel caso in cui non volessimo considerarla una frase ironica, tipica di un umorismo macabro che spesso si produce nelle corsie degli ospedali, in forma difensiva, al solo fine di esorcizzare la morte. Un linguaggio che ha senso solo in quel contesto, come tra i soldati in guerra che condividono continuamente esperienze uniche ed estreme nella loro tragicità, oppure per sorridere di un ruolo scelto e definito nel tempo che però accompagna verso la fine anziché alla continuità della vita.

Diversamente è interessante notare che gli angeli della morte sono una categoria specifica di serial

killer: uccidono chi è affidato alle loro cure. L'assistenza sanitaria, effettuata presso case di riposo ed ospedali, offre a questa tipologia di assassini l'opportunità di agire con facilità. Le competenze tecniche li aiutano nel portare a compimento i propri intendimenti.

Spesso però amano vantarsi delle loro gesta e sono governati dal sentimento di onnipotenza, a volte accentuato dall'uso di droghe, capaci di renderli audaci e incauti fino a farsi scoprire.

In tale senso la cronaca ci ha presentato vari casi negli ultimi anni: Daniela Poggiali, Angelo Stazzi, Sonya Caleffi, Alfonso De Martino. Tutti con varie affinità come il raggio ed il periodo d'azione, nel secondo caso mediamente un paio d'anni prima di concludere la loro carriera.

Per lo più insospettabili, ordinari, sembrano innocui, ispirano fiducia e sim-

patia finché non vengono scoperti e allora iniziano l'incredulità e l'orrore.

Quali protocolli possono aiutare a riconoscere questi personaggi e se anche ne esistessero come si potrebbe farli rispettare senza l'assunzione di responsabilità personale, che è poi quella che ha condotto un'infermiera coraggiosa a denunciare?

Condivido quindi pienamente il pensiero di chi sostiene che al di là dei protocolli vi è una responsabilità individuale e che quando questa risulta compromessa altri devono entrare in supporto: i colleghi, i superiori.

Si evidenzia così la necessità di attivare una maggior promozione di questa cultura e va indicato l'Ordine professionale come uno tra i principali riferimenti per ottenere la giusta assistenza, legale, sociale e psicologica, per non sentirsi soli e fare ciò che è giusto.



Responsabilità civile dell'infermiere

Quante volte è capitato, capita e capiterà di commettere errori nello svolgimento della propria attività?

Quante volte abbiamo letto articoli a riguardo?

Cosa succede se si causa un danno al paziente?

La probabilità di commettere un errore non è quantificabile, ma sicuramente esiste. Il problema che ci deve interessare è la conseguenza che deriva dall'errore commesso legalmente definito: condotta illecita.

Definiamo quindi, la responsabilità civile come: l'obbligo di rispondere delle conseguenze, che la legge prevede, per quella condotta illecita che ha provocato un danno. (Cazzaniga A; Compendio di Medica Legale e delle Assicurazioni op.cit.p.558).

L'elemento peculiare è il risarcimento del danno ingiustamente causato che generalmente viene valutato in termini economici. Come possiamo difenderci dalle conseguenze economiche del danno che abbiamo provocato?

Semplicemente stipulando uno specifico contratto di assicurazione.

Il contratto di assicurazione che ha per oggetto la responsabilità Civile Professionale, obbliga la



società di assicurazione a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di fatto colposo (lieve o grave), di errore o di omissione, commessi unicamente nell'esercizio dell'Attività Professionale dichiarata.

In considerazione del fatto che la giurisprudenza ha definito negli ultimi tempi "autonoma" la responsabilità degli atti compiuti da infermieri rispetto a quelli di altri professionisti, fino a condanne a questi per non aver verificato errori di altri (Cassazione sen. 2192/ 2015) e sempre la giurisprudenza (Cassazione sen. 2541/2016) ha stabilito che l'infermiere non è

'ausiliario del medico, ma 'professionista sanitario' e assume responsabilità di tipo omissivo riconducibili a una specifica posizione di garanzia nei confronti del paziente, del tutto autonoma rispetto a quella del medico, quanto è importante una copertura assicurativa?

La responsabilità dell'agire in autonomia non deve costituire vincolo per l'infermiere: è una risorsa che vede il riconoscimento del lavoro svolto ogni giorno con grande impegno da parte dei professionisti.

Se tutto ciò sta portando sui tavoli del governo e delle associazioni di categoria la richiesta di rendere obbligatoria questa copertura assicurativa, perché non agire di propria iniziativa

sottoscrivendola con una quota annua di poco meno di 40 euro? Meno di un caffè a settimana per avere un "salvadanaio" di 2.000.000 di euro!!!

Se si ritiene che la professione che si svolge quotidianamente, con le responsabilità che comporta, abbia un valore inferiore a 40 euro annui, allora le domande da porsi sono altre!

Vogliamo essere sempre nel limbo dell'attesa che qualcuno ci risolva i problemi? Quando si parla di salvaguardare la salute di un'altra persona è meglio porre in essere tutto ciò che la deontologia professionale e la legge ci consigliano e ci obbligano a fare, senza aspettare i comodi di nessuno.

La domanda di

Spett.le Collegio,

scrivo alla Vostra rubrica per esprimere le mie perplessità in merito alla considerazione, ma soprattutto la confusione che ancora pervade la popolazione nei confronti del ruolo e dell'evoluzione che la figura dell'infermiere ha avuto negli anni.

La professione legata alla sua immagine pubblica è strettamente correlata alla storia stessa dell'infermieristica affidandone da sempre un ruolo ancillare, alla vocazione religiosa dapprima e alla professione medica successivamente.

La crescita della professione, sancita da un'importante evoluzione normativa, rimane praticamente sconosciuta ai non addetti ai lavori: il cambiamento da infermiere esecutore di mansioni a PROFESSIONISTA RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA, IL PASSAGGIO FORMATIVO UNIVERSITARIO DI BASE E MAGISTRALE, l'istituzione della dirigenza infermieristica.

Ad oggi credo possa essere parere di Noi tutti, (e per Noi intendo i colleghi che ogni giorno si scontrano con l'ignoranza e talvolta infamia dei media) la figura infermieristica richiede un alto livello di conoscenze e competenze, cosa che non ha ancora raggiunto un reale riconoscimento sociale.

In un'epoca in cui i mass media hanno un vastissimo potere di influenzare la cultura e il pensiero collettivo e quindi l'immagine pubblica dell'operatore così come delle strutture in cui essi operano spesso ci si trova a confondere la professione con quella di altre figure (di supporto) che vengono definite "infermieri".

Ma sono tutti infermieri coloro che non sono medici???

Ebbene vorrei riflettere insieme ai miei colleghi, in un'epoca di guerre tra competenze su quello che veramente siamo e rappresentiamo per i cittadini.

È evidente che la scelta delle notizie che vengono pubblicate è atta a calamitare l'attenzione del lettore e quindi mette in evidenza gli aspetti negativi della professione, ma confondere indistintamente l'infermiere con il paramedico o l'operatore sociosanitario o il soccorritore diviene dal mio punto di vista espressione di poca attenzione ed ignoranza.

Siamo tuttora fortemente legati a quelli che sono i palinsesti televisivi e ai sequel che quotidianamente identificano nel Medico la buona sanità e il successo delle cure.

Ma abbiamo bisogno di più considerazione di visibilità di fare capire alle persone che ci circondano e che quotidianamente curiamo cosa siamo capaci in scienza e coscienza di fare per loro.

I.p.a.s.v.i diviene così l'acronimo di infermieri professionisti non professionali, menti pensanti dotate di autonomia decisionale.

Spero che ognuno di Noi voglia e desideri esprimersi ed unirsi al mio dissenso, nei confronti di quello che ad oggi considero quale la manifesta deprofessionalizzazione mediatica più longeva della storia del giornalismo socio sanitario moderno.

Crederci in quello che siamo e soprattutto (mi rivolgo ai futuri colleghi neo-laureandi) portare alto l'emblema di ciò che rappresentiamo: **PROFESSIONISTI SANITARI RESPONSABILI DELL'ASSISTENZA GENERALE INFERMIERISTICA.**

Cordiali Saluti

ALESSANDRO PICONE

infermiere SOREU dei LAGHI 118 AAT COMO

Caro collega, mi fa piacere che ogni tanto qualcuno si ricordi della nostra rivista e della nostra professione.

È vero siamo poco riconosciuti e forse anche poco considerati, soprattutto rispetto a quanto facciamo per la popolazione.

Ma se è vero che una parte dei colleghi si danno da fare per migliorare le condizioni di vita delle persone che vivono nella nostra provincia e la mobilitazione volontaria degli infermieri, che dura ormai da diversi mesi, ne è una prova tangibile, che ci permette di avere riconoscimenti all'interno delle istituzioni sanitarie comasche, è pur vero che spesso, troppo spesso, siamo noi stessi i principali oppositori della nostra professione e soprattutto del riconoscimento che vorremmo fosse evidente nella pubblica opinione.

Io credo che solo un cammino di consapevolezza possa portare ad una forte identità professionale, ma un cammino di consapevolezza non può tralasciare i momenti importanti della vita professionale, quelli dove tutti sono chiamati a dare il loro contributo ed a decidere il futuro politico della professione.

Purtroppo devo con rammarico, constatare che questo cammino è ancora molto lungo e che non è per nulla chiara la consapevolezza della identità professionale se, nonostante i continui richiami, sia attraverso le news, che attraverso gli organi di informazione, rispetto al momento più alto di partecipazione alla vita della professione, quale è l'assemblea annuale, il giorno 17 dicembre non era presente un solo iscritto oltre a 11 consiglieri e la rappre-

sentante del consiglio dei revisori dei conti.

Come possiamo pensare che la pubblica opinione possa degnarsi di occuparsi di noi, possa mettere in discussione la visione che ha dell'infermiere, se noi per primi non ci occupiamo della nostra professione.

Potremmo discutere di tante cose, della collega di Saronno, iscritta al nostro collegio, che ha dato una visione negativa della professione; del mio intervento su Rai 1, che non ha certo brillato per protagonismo e chiarezza; degli interventi che mensilmente faccio sul quotidiano locale "La Provincia", ma se poi dietro non c'è nulla, i colleghi pensano solo al loro piccolo o grande orticello, il collegio viene visto come una tassa da pagare e non come un'opportunità da sfruttare per renderci sempre più protagonisti della realtà

socio sanitaria del futuro; e allora non possiamo che lamentarci di noi stessi, della sindrome da calimero che regolarmente ci assale: noi siamo i buoni e gli altri, cattivi, non ci comprendono.

Domandiamoci invece se effettivamente vogliamo quell'autonomia che tanto decantiamo; perché autonomia fa il paio con responsabilità; essere autonomi vuol dire voler partecipare alla gestione delle scelte che riguardano la realtà lavorativa in cui si è inseriti: la sanità; vuol dire chiedere ambiti da gestire e non mansioni da svolgere.

Cominciamo da qui e forse poi, l'opinione pubblica si accorgerà che chi sta gestendo le risposte ai bisogni è un professionista vero, che si assume le responsabilità per una sanità migliore per tutti.



SCUOLA DI MEDICINA
Corso di Laurea in Infermieristica



LA TERAPIA INFORMATIZZATA AI FINI DELLA SICUREZZA DELLA PERSONA ASSISTITA

Relatore:
Prof.ssa Gerletti Jeannette

Tesi di Laurea di:
Amati Claudia
Matricola n. 710342

Anno Accademico
2014 – 2015

ABSTRACT

Un errore di terapia può causare delle serie conseguenze sulla salute dei pazienti, sia dal punto di vista fisico che psicologico. A maggior ragione in ambito oncologico la non corretta gestione dei farmaci chemioterapici può provocare danni molto consistenti in persone con un quadro clinico compromesso. Attualmente l'obiettivo delle aziende sanitarie e del personale clinico-assistenziale è quello di ridurre il rischio di commettere errori.

Con questo elaborato si è deciso di verificare la validità della terapia informatizzata nella riduzione degli errori di terapia in ambito oncologico, al fine di aumentare la sicurezza per le persone assistite. Inoltre si è voluto indagare sulla natura degli errori emersi, prestando particolare attenzione agli errori legati alla somministrazione dei farmaci, di competenza infermieristica. Si è dunque svolta una ricerca a livello di letteratura internazionale a carattere

scientifico e, dopo un'attenta selezione, si è scelto di analizzare quattro studi nei quali è stato effettuato un confronto tra la modalità terapeutica informatizzata e quella cartacea rispetto alla diminuzione degli errori di terapia in ambito oncologico. I risultati di tali studi concordano nel dimostrare che la terapia informatizzata è uno strumento valido nella riduzione in generale degli errori di terapia in ambito oncologico, aumentando di conseguenza la sicurezza



za per le persone assistite. Inoltre, gli studi hanno dimostrato che lo strumento informatico riduce anche gli errori in fase di somministrazione, di competenza infermieristica. Tuttavia, dall'analisi è emerso che lo strumento elettronico può generare nuovi tipi di errori, seppur meno frequenti e di minor entità.

INTRODUZIONE

Il tema dell'errore negli ultimi decenni ha assunto rilevanza internazionale: attualmente l'errore dev'essere considerato una componente ineliminabile della realtà umana e una fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare (Muscolo e Plevani, 2011).

L'errore in ambito sanitario è definito dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention come un evento indesiderabile non intenzionale, dannoso per la persona assistita, che può essere prevenuto (Muscolo e Plevani, 2011).

Nel 1999 l'Istituto di Medicina degli Stati Uniti pubblicò il rapporto *"To err is human: building a safer health system"* dal quale emersero dati allarmanti: su 80.000 persone ricove-

rate ogni anno in ospedale, 7.000 andavano incontro a morte a causa di errori terapeutici dei quali molti erano prevenibili (Kukreti et al., 2014).

Inoltre, nel 2009 l'OMS ha stimato che a livello europeo un paziente su dieci in qualche modo subisce un danno legato all'erogazione di cure sanitarie (Kulberg et al., 2013).

Tra gli errori riscontrabili nella pratica assistenziale troviamo gli errori di terapia, definiti dal Ministero della Salute come ogni evento prevenibile che può portare ad un uso inappropriato dei farmaci, ponendo la persona in una situazione di pericolo (Alvaro et al., 2009).

In questa categoria di errori rientrano quelli correlati alla somministrazione di farmaci, che rappresentano un problema persistente associato alla pratica infermieristica (Sanchez Cuervo et al., 2015).

In relazione alla responsabilità per la gestione della terapia farmacologica si possono individuare due figure principali: il medico, la cui competenza si riferisce alla determinazione dei farmaci da somministrare e alla conseguente prescrizione, e l'infermiere, la cui attività è legata alla somministrazione dei far-

maci prescritti (Alvaro et al., 2009).

La professione infermieristica è regolata dal Decreto Ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994 "Profilo professionale dell'Infermiere", il quale prevede che l'infermiere deve garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Ciò nonostante, durante il mio tirocinio ho potuto constatare quanto sia facile per un infermiere, anche esperto, rischiare di commettere degli errori di terapia durante la somministrazione dei farmaci per via dell'inadeguata grafia di alcuni medici o a causa di prescrizioni incomplete. Trovo necessario precisare che l'unico strumento che ho avuto modo di utilizzare deputato alla raccolta dei dati clinici degli assistiti e allo scambio di informazioni tra i vari professionisti è la Cartella Clinica in formato cartaceo, al cui interno è presente il Foglio Unico di Terapia, documento studiato appositamente per la condivisione tra medico e infermiere di tutte le informazioni relative al processo di terapia dei pazienti.

La Cartella Clinica, in tutte le sue forme, rappresenta il documento ufficiale e legalmente riconosciuto per la raccolta dei dati sulla storia clinica di un assistito. Essa favorisce la comunicazione tra i professionisti e supporta il processo decisionale. In particolare facilita l'integrazione di competenze multidiscipli-

nari nel processo diagnostico-terapeutico, favorendo la costituzione di un'informazione clinica completa e organica. Inoltre consente la tracciabilità delle diverse attività svolte, in termini di responsabilità delle azioni intraprese dal personale sanitario, la loro cronologia e le modalità di esecuzione delle stesse. La Cartella Clinica include il Foglio Unico di Terapia che, se correttamente impostato e gestito, è uno strumento che si è rivelato utile a ridurre gli errori di terapia, uno dei più frequenti e seri pericoli per la sicurezza clinica delle persone assistite (Regione Lombardia, Manuale della Cartella Clinica, 2007).

Nel corso degli ultimi anni si è però sviluppato un altro tipo di strumento, la Cartella Clinica Elettronica. Essa è già in uso in alcune Unità Operative facenti parte dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di San Fermo della Battaglia (CO) e in altre realtà ospedaliere presenti sul territorio provinciale.

La Cartella Clinica Elettronica (CCE) è un sistema informatico ottimizzato per l'uso da parte del personale clinico e assistenziale. Andando a sostituire la Cartella Clinica in formato cartaceo deve poterne rispettare totalmente i requisiti e le funzioni, risol-





vedo al contempo alcune criticità (Regione Lombardia, Linee Guida Regionali per la Cartella Elettronica Aziendale, 2012).

Secondo gli autori di un articolo pubblicato sulla rivista "L'Infermiere", la CCE migliora il processo di cura della persona favorendo la comunicazione tra i professionisti, ottimizzando i tempi del processo e le risorse impiegate, ma soprattutto riduce gli eventi critici e avversi (Corradini et al., 2010).

Le Linee Guida della Regione Lombardia per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale (2012) specificano che la CCE, come quella cartacea, include una parte riguardante il percorso terapeutico e farmacologico del paziente. In questo caso, però, lo strumento elettronico presenta delle caratteristiche che garantiscono una migliore gestione della terapia farmacologica sia standard che specialistica (es. chemioterapia). Questo è consentito da un modulo appositamente studiato al fine di supportare le attività di prescrizione, somministrazione e consegna del farmaco al paziente in ogni regime di ricovero. Alla dimissione è prevista inoltre la chiusura del percorso terapeutico.

Rispetto alle competenze della classe medica, il modulo permette la prescrizione di farmaci in ogni forma e modalità possibile. La selezione del

farmaco è prevista attraverso la consultazione del prontuario farmaceutico e viene garantita per principio attivo, per brand commerciale o per protocollo, in quanto il software è in grado di gestire i protocolli vigenti nella struttura sanitaria.

L'informatizzazione permette la condivisione delle informazioni anagrafiche, dei parametri antropometrici e di eventuali allergie dei pazienti, cosicché durante la prescrizione questi dati possano essere considerati in automatico, come nel caso del calcolo della dose o della velocità di somministrazione. Il medico ha inoltre la possibilità di verificare le dosi standard rispetto alla tipologia di paziente (es. adulto, bambino) di un determinato farmaco e, qualora i dosaggi impostati risultino impropri, esistono dei controlli automatici che lo segnalano. Tali controlli possono inoltre far emergere eventuali prescrizioni doppie e vie di somministrazione non corrette.

La terapia informatizzata deve consentire la gestione dei farmaci off-label, ovvero quei farmaci non inclusi nel catalogo di reparto, e di prescrizioni differite in situazioni di urgenza o al bisogno.

Altrettanto notevoli sono i risvolti che questo sistema

ha sulla pratica assistenziale infermieristica. In *primis* il modulo dev'essere accessibile in qualsiasi istante a tutto il personale di reparto, favorendo il lavoro multidisciplinare.

Un aspetto positivo che facilita l'operato dell'infermiere è il fatto che il sistema deve generare opportune segnalazioni all'area infermieristica ad ogni modifica apportata dal medico sulla terapia. Alcune prescrizioni vengono messe in evidenza ai professionisti tramite degli alert. Per quanto riguarda la somministrazione della terapia, di competenza infermieristica, il software permette la tracciabilità dell'operato dell'infermiere, registrando l'avvenuta somministrazione tramite "spunta informatizzata" con indicazione della data, dell'orario e dell'autore. Le infusioni endovenose prevedono la spunta a inizio e fine somministrazione.

Un sistema di *alerting* deve segnalare eventuali somministrazioni non effettuate prevedendo anche un'area di annotazioni dei motivi della mancata somministrazione da parte del professionista. Anche la somministrazione di dosaggi differenti da quanto prescritto dovrà essere segnalata e motivata. Inoltre in caso di emergenza il sistema deve garantire all'infermiere la possibilità di somministrare farmaci su indicazione verbale del medico.

Un'altra figura che viene coinvolta nel processo di farmacoterapia è il farmacista ospedaliero, che ha la possibilità di inserire note per il prescrittore rispetto alla terapia senza modifi-

care il piano di prescrizione, soprattutto rispetto ad alcune classi di farmaci particolari come quelli antitumorali (Regione Lombardia, Linee Guida Regionali per la Cartella Elettronica Aziendale, 2012).

In funzione delle caratteristiche soprariportate, i sistemi di prescrizione e di somministrazione automatizzati dei farmaci, secondo alcuni autori, sono in grado di migliorare la sicurezza del paziente riducendo notevolmente il rischio di commettere errori rispetto alle tradizionali prescrizioni in forma cartacea (Alvaro R. et al.; 2009).

I benefici dati dall'impiego della terapia informatizzata assumono ulteriore valenza se si considera l'ambito oncologico. I farmaci antineoplastici hanno infatti la capacità di causare imponenti danni al paziente in quanto sono citotossici ed hanno uno stretto margine terapeutico, tenendo conto del quadro clinico già compromesso del paziente affetto da neoplasia. Gli errori con i farmaci chemioterapici possono verificarsi in qualsiasi fase del processo di terapia (prescrizione, preparazione, somministrazione e monitoraggio) per cui la trasmissione di dati dal medico all'infermiere deve avvenire in modo scrupoloso ed è quindi necessario che vi sia un attento passaggio di informazioni quali il tipo di farmaco, il dosaggio, il diluente, la corretta sequenza di infusione, la durata e l'eventuale necessità di modificare i dosaggi in relazione a specifici valori di laboratorio o ai livelli di

tossicità (Meisenberg et al., 2014).

A seguito di quanto appreso dopo aver consultato le fonti reperite inizialmente, ho scelto di verificare la reale validità della CCE e della scheda di terapia informatizzata nella riduzione degli errori di terapia in ambito oncologico. Sulla base di queste considerazioni, sorge spontanea la seguente domanda di ricerca: la terapia informatizzata aumenta la sicurezza della persona assistita in ambito oncologico riducendo gli errori di somministrazione della terapia?

Lo scopo del seguente elaborato è quello di rilevare la presenza di studi in grado di rispondere alla domanda sopracitata attraverso la consultazione della letteratura scientifica internazionale.

Il lavoro di ricerca si è sviluppato interrogando siti come ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche), IPASVI e il sito del Ministero della Salute. Inoltre sono state utilizzate due banche dati ovvero *MedLine* (tramite la piattaforma *PubMed*) e *Cinahl*. In entrambe le banche dati si è scelto di svolgere la ricerca sia per parola libera che per parola controllata.

La ricerca in *MedLine* è stata condotta dapprima per *MeSH* (*Medical Subject Headings*) utilizzando la seguente stringa di ricerca: "medical errors"[MeSH Terms] OR "medication errors"[MeSH Terms] OR "drug-related side effects and adverse reactions"[MeSH Terms]. Sono stati identificati 181657 documenti.

Poi si è inserito: "medical records systems, computerized"[MeSH Terms] OR "electronic health records"[MeSH Terms] OR "medical order entry systems"[MeSH Terms]. Sono stati trovati 28213 risultati.

Infine si è proceduto con l'inserimento di: "antineoplastic combined chemotherapy protocols"[MeSH Terms] OR "antineoplastic agents"[MeSH Terms] OR "oncology service, hospital"[MeSH Terms] OR "oncology nursing"[MeSH Terms] OR "medical oncology"[MeSH Terms] OR "cancer care facilities"[MeSH Terms]. Sono stati reperiti 429907 articoli.

A questo punto, unendo le tre stringhe di ricerca soprariportate con AND, si è giunti a 27 risultati. In seguito è stata svolta la ricerca per parola libera utilizzando inizialmente la seguente stringa di ricerca: ADE OR "adverse drug event" OR "adverse drug events" OR "medical error" OR "medical errors" OR "medication error" OR "medication errors" OR "prescription error" OR "prescription errors" OR "dispensing error" OR "dispensing errors". Si sono ottenuti 30102 documenti. Dopodiché si è proceduto inserendo la stringa di ricerca: EHR OR "electronic health record" OR "electronic health records" OR EMR OR "electronic medical record" OR "electronic medical records" OR CPOE OR "computerized physician order entry" OR "computerized provider order entry" OR "computerized prescriber order entry". Sono stati reperiti 23655 risultati.

Si è proseguito con l'inserimento di: oncolog* OR neo-



plas* OR antineoplas* OR cancer* OR chemotherap* OR chemiotherap*. Sono stati trovati 3090812 articoli.

Infine, l'unione con AND delle tre stringhe sopracitate ha condotto a 60 risultati.

In ultimo la stringa finale in parola libera sono state congiunte con l'operatore booleano OR ottenendo 71 documenti.

Si è deciso di impostare un limite di tempo (ultimi 10 anni) e solo 64 articoli erano conformi. Inoltre gli studi inerenti all'ambito pediatrico sono stati esclusi, così come quelli non rispondenti alla domanda di ricerca in modo preciso. La Search History di Medline può essere consultata nell'Allegato 1.

Nella banca dati Cinahl si è proceduto inizialmente con la ricerca per parola libera utilizzando la stringa di ricerca: ADE OR "adverse drug event" OR "adverse drug events" OR "medical error" OR "medical errors" OR "medication error" OR "medication errors" OR "prescription error" OR "prescription errors" OR "dispensing error" OR "dispensing errors". Si sono ottenuti 19344 risultati. È

stata poi inserita la stringa di ricerca: oncolog* OR neoplas* OR antineoplas* OR cancer* OR tumor* OR chemotherap* OR chemiotherap*. Sono stati trovati 403476 documenti.

Si è concluso digitando la stringa di ricerca: EHR OR "electronic health record" OR "electronic health records" OR EMR OR "electronic medical record" OR "electronic medical records" OR CPOE OR "computerized physician order entry" OR "computerized provider order entry" OR "computerized prescriber order entry". Si sono reperiti 9689 articoli.

L'unione con AND delle tre stringhe soprariportate ha condotto a 24 risultati.

Successivamente è stata condotta la ricerca per Headings, per mezzo di Cinahl Headings, digitando: (MH "electronic order entry") OR (MH "medical records+") OR (MH "computerized patient record"). Sono stati identificati 76923 documenti.

Proseguendo, è stata inserita la stringa di ricerca: (MH "chemotherapy, cancer+") OR (MH "oncology+") OR (MH "oncologic



care"). Sono stati reperiti in totale 33018 articoli.

Si è continuato con la stringa di ricerca: (MH "medication errors+") OR (MH "inappropriate prescribing") OR (MH "adverse drug event+") OR (MH "health care errors+"). Sono stati trovati 37570 risultati.

Infine le tre stringhe sopra riportate sono state unite con AND, giungendo a un numero di articoli pari a 45. In ultimo, congiungendo con OR le ricerche per *Headings* e per parola libera, si sono ottenuti 65 risultati. Anche nella banca dati Cinahl si è deciso di impostare il limite di tempo (ultimi 10 anni). In funzione di questo criterio, 60 articoli sono risultati idonei. Inoltre sono stati esclusi gli articoli riguardanti l'ambito pediatrico e quelli non inerenti alla domanda di ricerca. La *Search History* della banca dati Cinahl è consultabile nell'Allegato 2.

Le fonti reperite sulle due banche dati sono state confrontate al fine di eliminare gli studi presenti su entrambe. Dopo un'attenta valutazione sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione (riportati nell'Allegato 3), si è deciso di analizzare 4 studi.

Tali studi sono oggetto di analisi e critica nel para-

grafo successivo. L'analisi nel dettaglio è consultabile nell'Allegato 4 ed è stata condotta utilizzando l'Allegato 6 del testo "Introduzione alla ricerca" (Sironi, 2010). Si specifica che gli studi sono riportati in ordine cronologico.

Infine seguiranno le conclusioni, nelle quali verrà effettuato un confronto tra i risultati degli studi scelti, e la bibliografia, redatta con il sistema *Harward*.

STUDI CHE COMPARANO LA TERAPIA INFORMATIZZATA CON LA MODALITÀ CARTACEA

Il documento più recente è del 2015 e riguarda uno studio analitico di tipo prospettico di Sanchez Cuervo et al. condotto in Spagna. All'interno del dipartimento di oncologia, nel 2008, è stato introdotto un software che ha progressivamente sostituito la terapia cartacea con quella elettronica.

Gli autori di questo studio hanno scelto di rilevare e analizzare gli errori di terapia verificatisi nel pre intervento, esaminando 721 prescrizioni cartacee relative a 114 pazienti e identificandone 270 contenenti un errore. Nella fase post intervento, invece, sono state considerate 748

prescrizioni terapeutiche informatizzate riguardanti 82 pazienti e sono stati intercettati 9 errori al loro interno.

Confrontando i risultati ottenuti si nota una significativa riduzione degli errori a seguito dell'introduzione del software: da una percentuale di errori del 37,45% nel pre intervento si è giunti all'1,2% di errori nel post intervento.

Gli autori hanno inoltre constatato che in fase pre intervento gli errori di terapia riguardavano la gestione di farmaci chemioterapici quali rituximab (35,9% degli errori), ciclofosfamide (13%) e metotrexate (7%). Nella fase di post-implementazione, il 44,4% di errori erano relativi alla gestione del metotrexate.

In questo studio si è poi provveduto a categorizzare gli errori identificati sulla base della loro natura, utilizzando la classificazione formulata da Gramage Caro et al. Sono state definite 23 categorie di errori, al cui interno sono inclusi errori inerenti alla sola fase di somministrazione, di competenza infermieristica.

Sulla base di questa classificazione è possibile affermare che il 43,70% degli errori rilevati nella fase pre intervento erano legati alla pratica infermieristica: tali errori si sono ridotti allo 0% a seguito dell'implementazione della terapia informatizzata. In particolare, è emersa una sostanziale riduzione degli errori relativi alla somministrazione di una dose minore, maggiore o doppia di farmaco, alla somministrazione di farmaci non prescritti, al tempo, alla via e al tipo di

somministrazione errati. Ciò che avvalorava ulteriormente l'importanza di questi dati è la tipologia di terapia considerata in quanto la somministrazione scorretta di chemioterapici, a differenza dei farmaci di più comune impiego, può portare a conseguenze drammatiche per la salute già precaria del paziente oncologico. Questo consente di affermare che lo strumento elettronico può essere vantaggioso per la pratica infermieristica.

Inoltre, secondo questo studio, i moduli di terapia informatizzata non danno luogo a nuovi tipi di errori, purché venga garantita al personale clinico e assistenziale un'adeguata formazione al fine di ottimizzare le potenzialità dello strumento.

Il secondo studio preso in esame, di tipo quasi sperimentale retrospettivo, è stato svolto da Meisenberg et al. nel 2014. Il suo scopo è quello di valutare l'incidenza degli errori di terapia analizzando tre periodi di tempo sulla base della modalità di terapia utilizzata (cartacea, prestampata ed informatizzata) in un istituto oncologico multidisciplinare. Sono state considerate 2.216 prescrizioni cartacee, 2.480 prestampate e 5.142 prescrizioni elettroniche. Dall'analisi delle stesse è emerso che l'incidenza di errori capaci di causare danno al paziente si è ridotta progressivamente dal 4,2% delle prescrizioni scritte a mano (94 errori intercettati), all'1,5% di quelle prestampate (37 errori intercettati) fino ad arrivare allo 0,1% con l'utilizzo della scheda di tera-

pia informatizzata (3 errori intercettati).

Anche in questo studio è stata svolta un'analisi dettagliata rispetto alla natura degli errori riscontrati nelle varie fasi. Alcuni di essi sono errori propri della pratica infermieristica poiché relativi alla fase di somministrazione della terapia.

In particolare, sono emersi errori correlati alla mancanza di informazioni specifiche inerenti a determinati chemioterapici, al tipo di diluente utilizzato in fase di somministrazione e alla riduzione progressiva della dose di farmaco somministrato previa prescrizione medica. Anche questo studio, dimostrando una riduzione degli errori inerenti alla pratica infermieristica, permette di affermare che lo strumento elettronico presenta delle potenzialità in quanto rende più sicura l'assistenza rivolta al paziente oncologico, aumentando di riflesso la compliance del paziente stesso.

Tuttavia, gli autori hanno evidenziato l'insorgere di nuovi tipi di errori legati proprio all'utilizzo del modulo di terapia informatizzata. I nuovi errori, con incidenza minore rispetto agli errori derivanti dai metodi cartaceo e prestampato, sono riconducibili essenzialmente alla pratica medica poiché sono inerenti alla fase di prescrizione dei farmaci.

L'articolo di Elsaid et al. del 2013 riporta uno studio con un disegno di ricerca quasi sperimentale. Lo studio è stato strutturato in tre periodi: pre intervento (30 mesi), fase di introduzione del sistema elettronico (32

mesi) e post intervento (28 mesi).

Nella fase pre intervento sono state considerate 28.560 prescrizioni cartacee con la rilevazione di 507 errori. Nella fase di introduzione del sistema elettronico sono state prese in esame 37.808 prescrizioni contenenti 345 errori. Nel post intervento sono state esaminate 43.206 prescrizioni terapeutiche informatizzate in cui sono stati rilevati 340 errori.

In conclusione si evince una netta diminuzione degli errori attraverso l'utilizzo del modulo di terapia elettronica (riduzione stimata tra il 30 e il 45%).

Anche in questo studio viene effettuata una suddivisione degli errori. Tra questi emergono errori di trascrizione, comunicazione ed errori di calcolo che sono riconducibili alla pratica infermieristica. Tra essi si evidenzia un aumento degli errori di trascrizione e comunicazione (dal 28% al 46%). Tuttavia si riscontra una drastica diminuzione degli errori di calcolo del dosaggio (dal 28% al 4%) a seguito dell'introduzione del sistema elettronico. Dunque i risultati di questo studio discostano parzialmente da quelli degli articoli precedenti e permettono di affermare che i moduli di terapia informatizzata non sono strumenti totalmente affidabili nel ridurre totalmente gli errori di somministrazione, di pertinenza infermieristica.

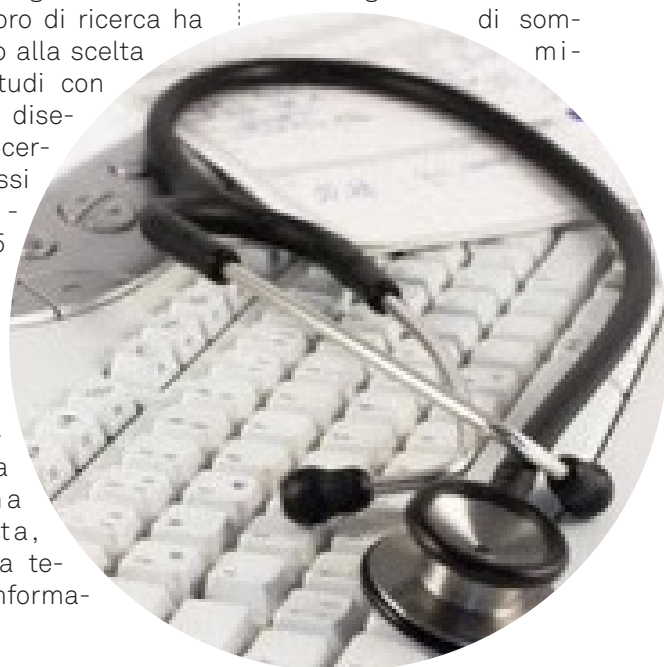
Nell'ultimo studio selezionato, la revisione della letteratura del 2013 di Kulberg et al., un team multidisciplinare composto da infermieri, medici, far-

macisti e ricercatori hanno condotto una ricerca finalizzata a identificare dei metodi validi finalizzati ad aumentare la sicurezza della persona assistita. Dopo aver consultato alcune banche dati di carattere scientifico quali MedLine, Cinahl, Amed, Ovidio, Cancerlit e Cochrane sono stati selezionati diversi studi, a seguito di un'attenta selezione basata su criteri di inclusione ed esclusione. In particolare, gli articoli dovevano necessariamente essere in lingua svedese, inglese o francese, con disegno di ricerca sperimentale qualitativo e/o quantitativo. Inoltre gli studi dovevano essere di tipo primario, pertinenti con la domanda di ricerca. Altri criteri d'inclusione consistono nell'approvazione etica, nella peer-reviewed e nella data di pubblicazione (tra l'anno 2001 e il 2011). Sono stati inclusi studi aventi un'approccio infermieristico, medico, farmaceutico e multidisciplinare riguardanti l'ambito oncologico. Dopo aver consultato l'abstract e il full text degli studi ottenuti, il lavoro di ricerca ha condotto alla scelta di 12 studi con diversi disegni di ricerca. Da essi emergono 5 sistemi utili nell'aumento della sicurezza della persona assistita, ovvero la terapia informa-

tizzata, la check-list infermieristica relativa alla somministrazione dei farmaci, la formazione degli infermieri rispetto a una cultura della sicurezza, la Failure Mode and Effect Analysis e la segnalazione degli errori.

Tra questi sistemi, la terapia informatizzata è risultata lo strumento più valido in tal senso. All'interno della revisione, assume particolare importanza lo studio caso-controllo di tipo quantitativo di Huetas Fernandez et al. (2006), nel quale gli autori hanno scelto di esaminare 30 prescrizioni scritte a mano e 30 informatizzate. Tra le prescrizioni scritte a mano, nel 100% dei casi sono stati identificati degli errori. Tra le prescrizioni elettroniche solo il 13% contenevano un errore. In una fase successiva gli errori identificati sono stati suddivisi in due categorie, ovvero errori di omissione ed errori di commissione. In particolare, tra gli errori di omissione, sono stati individuati errori riconducibili alla pratica infermieristica, ovvero legati alla modalità

di sommi-



nistrazione (ad esempio il tipo di diluente errato) e alla mancata somministrazione di farmaci. Nel primo caso la percentuale di errori è scesa da 10% allo 0%, nel secondo caso dal 47% allo 0%.

Sulla base dei dati illustrati è possibile constatare l'utilità della terapia informatizzata nel ridurre gli errori inerenti alla professione infermieristica in ambito oncologico, il che assume notevole importanza se si ragiona in un'ottica di Risk Management.

A seguito della descrizione sopra riportata degli studi selezionati, è possibile effettuare un raffronto tra gli stessi.

Tutti gli studi primari sono accomunati dal fatto che in essi viene effettuato un confronto dell'incidenza degli errori in 2 o 3 fasi, che possono essere identificate in: pre intervento (con sistema cartaceo attivo), durante l'intervento (introduzione del sistema elettronico), post intervento (con sistema elettronico attivo).

Tra gli studi analizzati, solo quello quasi sperimentale di Elsaid et al. del 2013 risulta avere un valido campione che implementa il valore dello studio stesso rendendolo maggiormente generalizzabile. Gli altri, invece, prendono in esame campioni con numerosità ridotta se si considera che l'oggetto di studio in discussione favorisce l'impiego di un campione numericamente valido.

Gli studi con maggiore validità metodologica sono quelli con disegno di ricerca di tipo quasi sperimentale (Meisenberg et al., 2014; Elsaid et al., 2013)

oltre alla revisione della letteratura (Kullberg et al., 2013), se rapportati alle altre tipologie di documenti selezionati.

Per quanto riguarda l'anno, evidentemente gli articoli più recenti assumono maggiore rilevanza. Inoltre, dall'analisi dello studio di Meisenberg et al. (2014), oltre ad emergere l'importanza dello strumento in discussione nella riduzione degli errori di terapia, è stato riscontrato un problema legato all'insorgere di nuove tipologie di errore correlate alla modalità elettronica. Questi nuovi errori, sebbene abbiano un'incidenza minore rispetto a quelli generati dalla modalità cartacea tradizionale, sono da tenere ben presenti al fine di ottimizzare ulteriormente lo strumento.

Tuttavia, nello studio di Sanchez Cuervo et al. (2015), l'insorgenza di nuovi errori è risultata nulla, in quanto come sostenuto dagli autori i nuovi errori possono essere eliminati grazie all'utilizzo costante della terapia informatizzata e ad un'adeguata formazione.

I periodi di tempo degli studi scelti sono da considerarsi validi. Questo è evidente in particolar modo se si analizzano lo studio di Sanchez Cuervo et al. (2015), in cui i dati sono stati raccolti in un arco temporale compreso tra il 2008 e il 2014, e quello quasi sperimentale di Elsaid et al. (2013) che vede l'acquisizione di dati in un lasso di tempo pari a 90 mesi.

CONCLUSIONI

Negli ultimi vent'anni l'introduzione di nuove tecno-

logie nel contesto sanitario ha facilitato e migliorato la gestione dei pazienti nei vari ambiti clinico-assistenziali, incrementando la precisione e l'efficienza nella fase di somministrazione dei farmaci.

Con il presente elaborato si è scelto di testare l'utilità dei moduli di terapia all'interno della Cartella Clinica Elettronica nel ridurre gli errori di somministrazione della terapia in ambito oncologico. A fronte di una ricerca bibliografica a livello della letteratura scientifica internazionale, sono stati scelti quattro studi autorevoli: l'analisi degli stessi ha portato ad affermare che l'utilizzo della terapia informatizzata riduce a tutti gli effetti gli errori di somministrazione nell'ambito considerato.

Nello studio analitico di tipo prospettico di Sanchez Cuervo et al. (2015), da una percentuale di errori del 37,45% derivanti dall'utilizzo della modalità di terapia cartacea, si è giunti all'1,2% di errori a seguito dell'adozione del sistema elettronico. Tra gli errori che hanno subito una riduzione ne sono emersi alcuni relativi alla fase di somministrazione di competenza infermieristica.

Nello studio di tipo quasi sperimentale retrospettivo di Meisenberg et al. (2014) la percentuale di errori è scesa dal 4,2% nelle prescrizioni scritte a mano, all'1,5% in quelle prestampate fino ad arrivare allo 0,1% nelle prescrizioni informatizzate. Tra gli errori intercettati, anche da questo studio si evidenzia una diminuzione degli errori di natura infermieristica ri-

guardanti la fase di somministrazione.

Nello studio quasi sperimentale di Elsaid et al. (2013) si rileva una netta diminuzione degli errori a seguito dell'implementazione dello strumento elettronico (riduzione stimata tra il 30 e il 45%). Tuttavia alcuni errori legati alla pratica infermieristica non hanno subito alcuna riduzione, bensì un aumento.

Infine, nella revisione della letteratura di Kullberg et al. (2013) gli autori sostengono che la terapia informatizzata è uno strumento molto valido per ridurre gli errori legati alla somministrazione dei farmaci. Lo studio di Huertas Fernandez et al. (2006) inserito all'interno di tale revisione dimostra infatti la diminuzione sostanziale di questa tipologia di errore.

I valori riportati permettono di rispondere alla domanda di ricerca dell'elaborato, in quanto essi supportano in modo evidente l'impiego della terapia elettronica in ambito oncologico al fine di ridurre gli errori di somministrazione della terapia aumentando la sicurezza dell'assistito.

La Cartella Clinica Elettronica e la relativa scheda di terapia si sono dunque rivelati una tecnologia promettente, in crescente sviluppo: ciò ha condotto alla stesura delle Linee Guida ASPH del 2002 sulla prevenzione degli errori di terapia rispetto ai farmaci antineoplastici (Galligioni et al., 2015).

Tali linee guida ribadiscono che i moduli di terapia elettronica all'interno della CCE superano le tradizionali prescrizioni manuali o redatte su moduli pre-

HUMAN ERROR



stampati, poiché dispongono di caratteristiche aggiuntive quali la rimozione degli errori di trascrizione e interpretazione, la disponibilità di informazioni sulla natura e sui dosaggi dei farmaci da somministrare, la possibilità di eseguire calcoli automatici della dose terapeutica e la presenza di allarmi con funzione di controllo su eventuali errori (Sanchez Cuervo et al., 2015).

Tuttavia, nello studio di Meisenberg et al. (2014) si evince che l'utilizzo della terapia informatizzata genera nuovi tipi di errori, con incidenza ridotta e riconducibili alla pratica medica. Questo potrebbe essere uno svantaggio, sebbene dall'articolo di Sanchez Cuervo et al. (2015) emerge il contrario: la nascita di nuovi errori sembra essere infatti una problematica risolvibile con l'utilizzo costante dello strumento nel lungo periodo e con una formazione adeguata.

A tal proposito si reputa in ogni caso necessario di approfondire ulteriormente questo aspetto attraverso nuove ricerche.

Attualmente il tema della sicurezza dell'assistito è

al centro di un importante dibattito nella politica sanitaria e l'aumentata consapevolezza di tale problema ha portato il sistema sanitario a orientarsi verso un'ottica di Risk Management, in cui l'obiettivo primario delle aziende e dei professionisti dev'essere quello di fornire un servizio il più possibile esente da rischi. Rispetto a questi argomenti l'infermiere riveste un ruolo fondamentale, in quanto responsabile della somministrazione dei farmaci, fase in cui il rischio di errore può tramutarsi a tutti gli effetti in un danno reale per il paziente. L'infermiere, infatti, nell'agire professionale si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere, come previsto dall'art. 9 del Codice Deontologico del 2009. Questo enunciato è in linea con il principio etico di beneficenza-non maleficenza secondo il quale l'infermiere, in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica, deve operare senza causare alcun danno alla persona assistita. L'impiego della CCE e dei moduli di terapia informatizzata rappresentano uno stru-

mento che consente di raggiungere tale obiettivo. Inoltre l'art. 29 del Codice Deontologico (2009) specifica che l'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore, partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico. Dunque il professionista dev'essere in grado di intercettare situazioni che possono rivelarsi rischiose per la salute sia del singolo cittadino che della collettività, in un'ottica di miglioramento continuo a breve e a lungo termine, segnalando correttamente gli errori, i near miss ed identificando eventuali rischi per la sicurezza.

La sicurezza rappresenta uno dei sei indicatori della qualità assistenziale. Per sicurezza non si intende solo la sicurezza del paziente: il concetto può essere allargato anche al professionista. Il Risk Management consente di affrontare il tema dell'errore da un punto di vista più ampio: l'errore non è causato dal singolo individuo bensì da un malfunzionamento del sistema.

Si rende quindi necessaria l'introduzione di tecnologie e di procedure standardizzate per eliminare variabili come stress, interruzioni, farmaci sound-alike e look-alike, prescrizioni poco chiare e la scarsa comunicazione, che portano infatti l'individuo a sbagliare compiendo errori inutili e dannosi per la salute delle persone (Kullberg et al., 2013).

I moduli di terapia informatizzata all'interno della CCE aumentano la sicurezza anche perché consentono una maggiore aderenza a Linee Guida e protocolli aziendali, oltre a favorire la comunicazione interdisciplinare, migliorando lo scambio di informazioni rilevanti per la pratica clinico-assistenziale (Gandhi et al., 2014).

La terapia informatizzata ha inoltre dei risvolti sull'organizzazione del lavoro. Esistono studi che documentano la validità dello strumento anche in questi termini, mentre altri sostengono il contrario. Probabilmente la non coerenza dei risultati riflette la vera natura della variabilità del sistema elettronico

nella pratica (Kullberg et al., 2013).

Tuttavia, poiché questo argomento si discosta dallo scopo primario del presente elaborato, si reputa opportuno approfondire ulteriormente l'argomento tramite nuove ricerche.

Rispetto alla relazione professionale infermiere-paziente, l'art. 22 del Codice Deontologico del 2009 sottolinea che l'infermiere possiede le conoscenze riguardanti il percorso terapeutico-assistenziale e le influenze che questo ha sull'assistenza e sulla relazione con la persona. L'infermiere è dunque consapevole di quanto sia importante evitare errori terapeutici, soprattutto con i farmaci chemioterapici, in quanto influenzano negativamente sia lo stato di salute del malato oncologico che la relazione tra il paziente e il professionista. Questa relazione si basa infatti su un concetto di fiducia che si tramuta in compliance terapeutica, di fondamentale importanza nell'ambito considerato.

L'art. 2 del Codice Deontologico (2009) evidenzia come l'assistenza infermieristica si realizzi anche attraverso interventi di natura tecnico-scientifica. Rispetto allo strumento elettronico che si è rivelato utile a ridurre gli errori di terapia, l'infermiere deve mostrare un certo grado di apertura, nonostante in fase iniziale possa creare delle difficoltà. Queste difficoltà sono emerse nell'esperienza dell'Ospedale Valduce di Como. Basti pensare che nella fase di presentazione del progetto di introduzione della terapia informatizzata, ben

l'82% degli infermieri aveva aspettative negative a riguardo. La percentuale è scesa al 75% a seguito di un periodo di formazione. Nella prima fase di introduzione dello strumento coesistevano il sistema cartaceo e quello elettronico: ciò ha generato un clima organizzativo piuttosto caotico. Con l'impiego esclusivo della CCE e del modulo elettronico di terapia, l'opinione degli infermieri si è progressivamente evoluta in positivo. Dopo aver risolto problematiche quali la poca dimestichezza e la scarsa conoscenza dello strumento, gli infermieri hanno cominciato a intravedere le reali potenzialità della scelta aziendale di adottare la Cartella Clinica Elettronica. Si è dunque riscontrato che l'89% degli infermieri si mostrava soddisfatto (tanto da preferire il software al cartaceo) mentre l'11% continuava a sostenere che il nuovo strumento non è funzionale (Corradini, 2010).

Un elemento necessario risulta essere la formazione continua, sia nel pre che nel post inserimento della terapia informatizzata: l'art. 11 del Codice Deontologico (2009) ne sottolinea l'importanza, specificando che l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate, aggiornando saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Inoltre è importante che la CCE e le schede di terapia informatizzate vengano progettati ad hoc: gli elementi di interfaccia devono permettere ai professionisti sanitari un utilizzo semplice e intuitivo, al fine

di massimizzarne le performances (Kukreti et al., 2014). Ciò che perfeziona ulteriormente il sistema elettronico è l'adeguamento al modello teorico di riferimento della struttura sanitaria in cui viene impiegato, come, ad esempio, il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli (2009) all'interno dell'Ospedale Sant'Anna di San Fermo della Battaglia (CO).

È fondamentale che gli infermieri adottino un modello teorico di riferimento per garantire una migliore pratica assistenziale. Per questo motivo lo strumento elettronico dev'essere uniformato e adeguato sulla base del modello di riferimento della struttura in cui viene introdotto.

Si può ipotizzare che l'introduzione in un qualsiasi contesto sanitario dello strumento in oggetto nel presente elaborato comporti il sostenimento di un costo non indifferente. Un software ottimale dovrebbe essere perfettamente adattato al contesto operativo, il che comporta maggiori spese a livello di progettazione. Rispetto al rapporto costo-beneficio della terapia informatizzata all'interno della CCE, sarebbe opportuno ed interessante effettuare nuovi studi.

Concludendo, si ritiene doveroso specificare che nemmeno la tecnologia più avanzata è studiata per sostituire la professionalità dell'infermiere e degli altri componenti del team multidisciplinare, bensì dev'essere intesa come un aiuto per il professionista (Galligioni et al., 2015).

La tecnologia dev'essere

parte integrante di un sistema più complesso basato su una cultura della sicurezza e sulla competenza dei professionisti della salute.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson E.L., Malhotra S., Osorio S.N., Edwards A., Cheriff A., Cole C., Kaushal R. (2013). A long-term follow-up evaluation of electronic health record prescribing safety. *Journal of the American Medical Informatics Association*; Jun 20(1):52-8.
- Aita M., Belvedere O., De Carlo E., Deroma L., De Pauli F., Gurrieri L., Denaro A., Zanier L., Fasola G. (2013). Chemotherapy prescribing errors: an observational study on the role of information technology and computerized physician order entry systems. *BMC Health Services Research*; Dec 17;13:522.
- Alvaro R., Bagnasco A., Del Negro L., Lancia L., Rubbi I., Sasso L., Vellone E., Venturini G. (2009). La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione della letteratura. *L'Infermiere*; 3:22-26.
- Aziz M.T., Ur-Rehman T., Qureshi S., Bukhari N.I. (2015). Reduction in chemotherapy order errors with computerised physician order entry and clinical decision support systems. *Health Information Management Journal*; 44(3):13-22.
- Boockvar K.S., Livote E.E., Goldstein N., Nebeker J.R., Siu A., Fried T. (2010). Electronic health records and ad-

- verse drug events after patient transfer. Quality and Safety in Health Care; Oct 19(5):16.
- Bubalo J., Warden B.A., Wiegel J.J., Nishida T., Handel E., Svoboda L.M., Nguyen L., Edillo P.N. (2014). Does applying technology throughout the medication use process improve patient safety with antineoplastics? Journal of Oncology Pharmacy Practice; Dec 20(6):445-60.
 - Cantarelli M. (2009). Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche. Seconda Edizione. Milano: Masson.
 - Carayon P., Wetterneck T.B., Cartmill R., Blosky M.A., Brown R., Kim R., Kukreja S., Johnson M., Paris B., Wood K.E., Walker J. (2014). Characterising the complexity of medication safety using a human factors approach: an observational study in two intensive care units. BMJ Quality and Safety; Jan 23(1):56-65.
 - Cheng C.H., Chou C.J., Wang P.C., Lin H.Y., Kao C.L., Su C.T. (2012). Applying HFMEA to prevent chemotherapy errors. Journal of Medical System; Jun 36(3):1543-51.
 - Collins C.M., Elsaid K.A. (2011). Using an enhanced oral chemotherapy computerized provider order entry system to reduce prescribing errors and improve safety. International Journal of Health Care Quality; Feb 23(1):36-43.
 - Corradini M., Frigerio D., Castelli R. (2010). La cartella clinica elettronica dell'Ospedale Valduce di Como: analisi comparativa della documentazione infermieristica cartacea e digitalizzata. L'Infermiere; 47; 2:34-41.
 - Cresswell K.M., Bates D.W., Williams R., Morrison Z., Slee A., Coleman J., Robertson A., Sheikh A. (2014). Evaluation of medium-term consequences of implementing commercial computerized physician order entry and clinical decision support prescribing systems in two 'early adopter' hospitals. Journal of the American Medical Informatics Association; Oct 21(2):194-202.
 - Devine E.B., Wilson-Norton J.L., Lawless N.M., Hansen R.N., Haney K.K., Fisk A.W., Sullivan S.D. (2008). The impact of an ambulatory CPOE system on medication errors. AMIA Annual Symposium Proceedings; Nov 6:928.
 - Elliott P., Martin D., Neville D. (2014). Electronic clinical safety reporting system: a benefits evaluation. Journal of Medical Internet Research; Jun 11;2(1):12.
 - Elsaid K., Truong T., Monckeberg M., McCarthy H., Butera J., Collins C. (2013). Impact of electronic chemotherapy order forms on prescribing errors at an urban medical center: results from an interrupted time-series analysis. International Journal of Health Care Quality; Dec 25(6):656-63.
 - Galligioni E., Piras E.M., Galvagni M., Eccher C., Caramatti S., Zanolli D., Santi J., Berloff F., Dianti M., Maines F., Sannicolò M., Sandri M., Bragantini L., Ferro A., Forti S. (2015). Integrating mHealth in Oncology: Experience in the Province of Trento. Journal of Medical Internet Research; May 13;17(5):114.
 - Gandhi S., Tyono I., Pasetka M., Trudeau M. (2014). Evaluating an oncology systemic therapy computerized physician order entry system using international guidelines. Journal of Oncology Practice; Mar 10(2):14-25.
 - Greenberg A., Kramer S., Welch V., O'Sullivan E., Hall S. (2006). Cancer Care Ontario's computerized physician order entry system: a province-wide patient safety innovation. Health Care Quarterly; 9:108-13.
 - Huertas Fernandez M. J., Baena-Canada J.M., Martinez Bautista M.J., Arriola Arellano E., Garcia Palacios M.V. (2006). Impact if computerized chemotherapy prescriptions on the prevention of medication errors. Clinical and Translational Oncology; 8(11):821-5.
 - IPASVI, 2009. Codice Deontologico dell'Infermiere. disponibile da: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> (consultato il 21/10/2015)
 - Jiang T., Yu P. (2014). The impact of electronic health records on client safety in aged care homes.
 - Studies in Health Technology and Informatics; 201:116-23.
 - Khajouei R., De Jongh D., Jaspers M.W. (2009). Usability evaluation of a computerized physician order entry for medication ordering. Studies in Health Technology and Informatics; 150:532-6.
 - Kukreti V., Cosby R., Cheung A., Lankshar S., ST Computerized Prescriber Order Entry Guideline Development Group (2014). Computerized prescriber order entry in the outpatient oncology setting: from evidence to meaningful use. Current Oncology; Aug;21(4):604-12.
 - Kullberg A., Larsen J., Sharp L. (2013). 'Why is there another person's name on my infusion bag?' Patient safety in chemotherapy care - A review of the literature. European Journal of Oncology Nursing; Apr 17(2):228-35.
 - Kutney L.A., Kelly D. (2011). The effect of hospital electronic health record adoption on nurse-assessed quality of care and patient safety. Journal of Nursing Administration; Nov 41(11):466-72.
 - Meeks D.W., Smith M.W., Taylor L., Sittig D.F., Scott J.M., Singh H. (2014). An analysis of electronic health record-related patient safety concerns. Journal of the American Medical Information Association; Nov-Dec 21(6):1053-9.
 - Meisenberg B.R., Wright R.R., Brady-Copertino C.J. (2014). Reduction in chemotherapy order errors with computerized physician order entry. Journal of Oncology Practice; Jan 10(1):5-9.
 - Metzger J., Welebob E., Bates D.W., Lipsitz S., Classen D.C. (2010).

- Mixed results in the safety performance of computerized physician order entry. *Health Affairs*; Apr 29(4):655-63.
- Mishuris R.G., Linder J.A., Bates D.W., Bitton A. (2014). Using electronic health record clinical decision support is associated with improved quality of care. *American Journal of Managed Care*; Oct 1;20(10):445-52.
 - Muscolo S., Plevani L. (2011). Errore terapeutico in neonatologia: si può limitarlo con la gestione informatizzata del processo farmacologico? *L'Infermiere*; 4:21-27.
 - Narcisse M.R., Kippenbrock T.A., Odell E., Buron B. (2013). Advanced Practice Nurses' Meaningful use of electronic health records. *Applied Nursing Research*; Aug 26(3):127-32.
 - Nerich V., Limat S., Demarchi M., Borg C., Rohrlisch P.S., Deconinck E., Westeel V., Villanueva C., Woronoff-Lemsi M.C., Pivot X (2010). Computerized physician order entry of injectable antineoplastic drugs: an epidemiologic study of prescribing medication errors. *International Journal of Medical Informatics*; Oct 79(10):699-706.
 - Parravicini G., Spedale V. (2014). Il contributo informatico nella compilazione della cartella clinica integrata. *L'Infermiere*; 3:9-13.
 - Pohl J.M., Tanner C., Hamilton A., Kaleba E.O., Rachman F.D., White J., Zheng K. (2014). Medication safety after implementation of a commercial electronic health record system in five safety-net practices: a mixed methods approach. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*; Aug 26(8):438-44.
 - Decreto Ministeriale 739, 1994. Profilo Professionale dell'infermiere. Disponibile da: http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf (consultato il 15/10/2015)
 - Radley D.C., Wasserman M.R., Olsho L.E., Shoemaker S.J., Spranca M.D., Bradshaw B. (2013). Reduction in medication errors in hospitals due to adoption of computerized provider order entry systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*; May 1;20(3):470-6.
 - Regione Lombardia, Sanità (2013). Manuale della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria. Disponibile da: http://www.arca.regione.lombardia.it/shared/ccurl/45/760/MDS%20Reg%20Lombardia_1febbraio2013.pdf (consultato il 10/11/2015)
 - Regione Lombardia, Sanità, (2012). Linee guida Regionali per la Cartella Clinica Elettronica Aziendale. Disponibile da: http://www.lispa.it/shared/ccurl/253/923/Allegato%203_CRS-LG-SIEENumero02-V02-1.pdf (consultato il 03/11/2015)
 - Regione Lombardia, Sanità (2007). Manuale della Cartella Clinica. Seconda edizione. Disponibile da: http://normativasan.servizirl.it/port/GetNormativa-File?fileName=971_cartella_clinica_2007.pdf (consultato il 10/11/2015)
 - Sanchez Cuervo M., Rojo Sanchis A., Pueyo Lopez C., Gomez de Salazar Lopez de Silanes E., Gramage Caro T., Bermejo Vicedo T. (2015). The impact of a computerized physician order entry system on medical errors with antineoplastic drugs 5 years after its implementation. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*; Jul 14(40):550-554.
 - Schwartzberg D., Ivanovic S., Patel S., Burjonrappa S.C. (2015). We thought we would be perfect: medication errors before and after the initiation of computerized physician order entry. *Journal of Surgical Research*; Sep 198(1):108-14.
 - Scoccia A., Conti R., Fabbri M., Martini A., Vale S., Zaghini F., Galizio M. (2011). Riorganizzazione del processo della terapia farmacologica: vantaggi della Scheda della terapia unica (Stu) informatizzata. *L'Infermiere*; 2:37-40.
 - Sironi C. (2010). Introduzione alla ricerca infermieristica. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
 - Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2010). Infermieristica medico-chirurgica Vol.1. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
 - Smeltzer S.C., Bare B.G., Hinkle J.L., Cheever K.H. (2010). Infermieristica medico-chirurgica Vol.2. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
 - Stelly C. (2014). Promoting patient safety through the Electronic Health Record and use of computerized provider order entry: a nurse's duty. *Texas Board of Nursing Bulletin*; 45(4):4-6.
 - Voeffray M., Pannatier A., Stupp R., Fucina N., Leyvraz S., Wasserfallen J.B. (2006). Effect of computerisation on the quality and safety of chemotherapy prescription. *Quality and Safety Health Care*; Dec 15(6):418-21.
 - Weingart S.N., Mattsson T., Zhu J., Shulman L.N., Hassett M. (2012). Improving electronic oral chemotherapy prescription: can we build a safer system? *Journal of Oncology Practice*; Nov 8(6):168-73.

Allegato 1. Search History MedLine

#10	(((((oncolog*) OR neoplas*) OR antineoplas*) OR cancer*) OR chemotherap*) OR chemiotherap*)) AND (((((((EHR OR "electronic health record") OR "electronic health records") OR EMR OR "electronic medical record") OR "electronic medical records") OR CPOE OR "computerized provider order entry") OR "computerized physician order entry") OR "computerized prescriber order entry")) AND (((((((ADE OR "adverse drug event") OR "adverse drug events") OR "medical error") OR "medical errors") OR "medication error") OR "medication errors") OR "prescription error") OR "prescription errors") OR "dispensing error") OR dispensing errors")) OR (((((((antineoplastic combined chemotherapy protocols[MeSH Terms]) OR antineoplastic agents[MeSH Terms]) OR oncology service, hospital[MeSH Terms]) OR oncology nursing[MeSH Terms]) OR medical oncology[MeSH Terms]) OR cancer care facilities[MeSH Terms])) AND(((medical records systems, computerized[MeSH Terms]) OR electronic health records[MeSH Terms]) OR medical order entry systems[MeSH Terms])) AND (((medical errors[MeSH Terms]) OR medication errors[MeSH Terms]) OR (drug-related side effects and adverse reactions[MeSH Terms])))) Filters: published in the last 10 years",64,17:32:42	64
#9	(((((oncolog*) OR neoplas*) OR antineoplas*) OR cancer*) OR chemotherap*) OR chemiotherap*)) AND (((((((EHR OR "electronic health record") OR "electronic health records") OR EMR OR "electronic medical record") OR "electronic medical records") OR CPOE OR "computerized provider order entry") OR "computerized physician order entry") OR "computerized prescriber order entry")) AND (((((((ADE OR "adverse drug event") OR "adverse drug events") OR "medical error") OR "medical errors") OR "medication error") OR "medication errors") OR "prescription error") OR "prescription errors") OR "dispensing error") OR "dispensing errors")) OR (((((((antineoplastic combined chemotherapy protocols[MeSH Terms]) OR antineoplastic agents[MeSH Terms]) OR oncology service, hospital[MeSH Terms]) OR oncology nursing[MeSH Terms]) OR medical oncology[MeSH Terms]) OR cancer care facilities[MeSH Terms])) AND(((medical records systems, computerized[MeSH Terms]) OR electronic health records[MeSH Terms]) OR medical order entry systems[MeSH Terms])) AND (((medical errors[MeSH Terms]) OR medication errors[MeSH Terms]) OR (drug-related side effects and adverse reactions[MeSH Terms]))))",71,17:31:39	71
#8	(((((oncolog*) OR neoplas*) OR antineoplas*) OR cancer*) OR chemotherap*) OR chemiotherap*)) AND (((((((EHR OR "electronic health record") OR "electronic health records") OR EMR OR "electronic medical record") OR "electronic medical records") OR CPOE OR "computerized provider order entry") OR "computerized physician order entry") OR "computerized prescriber order entry")) AND (((((((ADE OR "adverse drug event") OR "adverse drug events") OR "medical error") OR "medical errors") OR "medication error") OR "medication errors") OR "prescription error") OR "prescription errors") OR "dispensing error") OR "dispensing errors"))",60,17:27:26	60
#7	(((((oncolog*) OR neoplas*) OR antineoplas*) OR cancer*) OR chemotherap*) OR chemiotherap*)",3090812,17:26:48	3090812
#6	((((((EHR OR "electronic health record") OR "electronic health records") OR EMR OR "electronic medical record") OR "electronic medical records") OR CPOE OR "computerized provider order entry") OR "computerized physician order entry") OR "computerized prescriber order entry"))",23655,17:25:17	23655
#5	((((((ADE OR "adverse drug event") OR "adverse drug events") OR "medical error") OR "medical errors") OR "medication error") OR "medication errors") OR "prescription error") OR "prescription errors") OR "dispensing error") OR "dispensing errors"))",30102,17:22:09	30102
#4	((((((antineoplastic combined chemotherapy protocols[MeSH Terms]) OR antineoplastic agents[MeSH Terms]) OR oncology service, hospital[MeSH Terms]) OR oncology nursing[MeSH Terms]) OR medical oncology[MeSH Terms]) OR cancer care facilities[MeSH Terms])) AND (((medical records systems, computerized[MeSH Terms]) OR electronic health records[MeSH Terms]) OR medical order entry systems[MeSH Terms])) AND (((medical errors[MeSH Terms]) OR medication errors[MeSH Terms]) OR (drug-related side effects and adverse reactions[MeSH Terms])))",27,17:19:28	27
#3	((((((antineoplastic combined chemotherapy protocols[MeSH Terms]) OR antineoplastic agents[MeSH Terms]) OR oncology service, hospital[MeSH Terms]) OR oncology nursing[MeSH Terms]) OR medical oncology[MeSH Terms]) OR cancer care facilities[MeSH Terms]))",429907,17:19:01	429907
#2	((medical records systems, computerized[MeSH Terms]) OR electronic health records[MeSH Terms]) OR medical order entry systems[MeSH Terms]",28213,17:15:08	28213
#1	((medical errors[MeSH Terms]) OR medication errors[MeSH Terms]) OR (drug-related side effects and adverse reactions[MeSH Terms])",181657,17:13:24	181657

Allegato 2. Search History Cinahl

S12	S4 OR S10 Limiters - Published Date: 20050101-20151231	60
S11	S4 OR S10	65
S10	S5 AND S8 AND S9	45
S9	S6 OR S7	33018
S8	(MH "Medication Errors+") OR (MH "Inappropriate Prescribing") OR (MH "Adverse Drug Event+") OR (MH "Health Care Errors+")	37570
S7	(MH "Chemotherapy, Cancer+")	19272
S6	(MH "Oncology+") OR (MH "Oncologic Care")	14643
S5	(MH "Electronic Order Entry") OR (MH "Medical Records+") OR (MH "Computerized Patient Record")	76923
S4	S1 AND S2 AND S3	24
S3	EHR OR "electronic health record" OR "electronic health records" OR EMR OR "electronic medical record" OR "electronic medical records" OR CPOE OR "computerized physician order entry" OR "computerized provider order entry" OR "computerized prescriber order entry"	9689
S2	oncolog* OR neoplas* OR antineoplas* OR cancer* OR tumor* OR chemotherap* OR chemiotherap*	403476
S1	ADE OR "adverse drug event" OR "adverse drug events" OR "medical error" OR "medical errors" OR "medication error" OR "medication errors" OR "prescription error" OR "prescription errors" OR "dispensing error" OR "dispensing errors"	19344

Allegato 3. - Tabella criteri di inclusione ed esclusione

INCLUSIONE	ESCLUSIONE
Studi pubblicati negli ultimi 10 anni	Studi pubblicati in data antecedente al 2005
Studi in lingua inglese e italiana	Studi inerenti all'ambito pediatrico
Studi inerenti all'ambito oncologico	Studi non inerenti alla domanda di ricerca
Studi con abstract disponibile	Studi con full-text a pagamento
Studi disponibili in full-text a titolo gratuito	Studi che prendono in esame solo la modalità di prescrizione cartacea
Studi che effettuano un confronto tra la modalità di terapia elettronica e la modalità cartacea	Studi che prendono in esame solo la modalità di terapia elettronica

Allegato 4. - Tabella analisi critica degli studi

TITOLO, AUTORE ED ANNO	TIPOLOGIA DI STUDIO	CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE	CAMPIONE	INTERVENTO	RISULTATI
"The impact of a computerized physician order entry system on medical errors with antineoplastic drugs 5 years after its implementation"; Sanchez Cuervo et al., 2015.	Studio analitico di tipo prospettico.	Sono state incluse nello studio prescrizioni di farmaci antineoplastici per os e per via parenterale, altri farmaci clinicamente testati e farmaci non citotossici.	Nel pre sono state individuate 721 prescrizioni relative a 114 pazienti, di cui 579 e.v. e 142 per os. Nel post sono state incluse 748 prescrizioni relative a 82 pazienti, di cui 639 e.v. e 109 per os.	Si struttura su tre periodi: 1) Pre: identificazione errori da prescrizione cartacea 2) Intra: introduzione sistema informatizzato 3) Post: identificazione errori da prescrizione informatizzata. Infine è stato eseguito il confronto tra errori pre e post intervento, oltre alla suddivisione rispetto alla natura degli errori rilevati.	Nel pre sono stati rilevati 270 errori (37,45%), nel post 9 errori (1,2%). La percentuale di prescrizioni contenenti uno o più errori è diminuita dal 37,45% al 1,2%. Tra gli errori che hanno subito una riduzione, sono inclusi errori relativi alla somministrazione dei farmaci chemioterapici, di competenza infermieristica.
"Reduction in Chemotherapy Order Errors With Computerized Physician Order Entry"; Meisenberg et al., 2014.	Studio quasi sperimentale di tipo retrospettivo.	Sono state incluse prescrizioni di chemioterapici generate nel periodo di tempo preso in considerazione dagli autori.	Sono state considerate 2.216 prescrizioni scritte a mano, 2.480 prescrizioni prestampate e 5.142 prescrizioni informatizzate.	Lo studio valuta in modo retrospettivo tre metodi diversi di terapia in tre periodi distinti di tempo, ovvero terapia cartacea, prestampata e informatizzata. In seguito è stato poi effettuato un confronto tra i differenti metodi. Infine, anche in questo studio è stata svolta una classificazione rispetto alle tipologie di errori rilevati.	L'incidenza degli errori di terapia si è ridotta dal 4,2% del metodo cartaceo, all'1,5% del metodo prestampato fino allo 0,1% del metodo informatizzato. La riduzione riguarda anche gli errori di somministrazione dei farmaci, di pertinenza infermieristica. È stata inoltre rilevata la nascita di nuovi errori (con minore incidenza e di competenza medica).
"Impact of electronic chemotherapy order forms on prescribing errors at an urban medical center: results from an interrupted time-series analysis"; Elsaid et al., 2013	Studio quasi sperimentale.	Sono state incluse le prescrizioni di chemioterapici nell'arco di tempo preso in esame dagli autori.	Sono state considerate 28.560 prescrizioni nel pre intervento, 37.808 in fase di implementazione e 43.206 in fase post intervento.	Lo studio considera 3 momenti: 1) pre intervento (terapia cartacea) con durata 30 mesi 2) introduzione della terapia informatizzata e miglioramento di alcuni aspetti da parte di un team multidisciplinare formato per ridurre eventuali errori con durata 32 mesi 3) post intervento (sistema informatizzato attivo) con durata 28 mesi. Gli errori rilevati sono poi stati classificati in 3 categorie, cioè: 1) errori di trascrizione, comunicazione, prescrizioni incomplete 2) errori di calcolo della dose 3) errori terapeutici per durata e tipo di trattamento	Gli errori rilevati nelle diverse fasi sono stati 507 nel pre, 345 nella fase di implementazione del sistema informatizzato, 340 nel post. Si evince una netta riduzione del rischio di errore nella prescrizione informatizzata (30-45%). Tuttavia, la classificazione relativa alla natura degli errori ha messo in evidenza un lieve aumento di alcuni tra gli errori legati alla pratica infermieristica, ovvero quelli di trascrizione e interpretazione.
"Why is there another person's name on my infusion bag? A review of the literature"; Kullberg et al., 2013.	Revisione della letteratura.	Sono stati inclusi studi primari in inglese, svedese o francese, in ambito oncologico, di tipo sperimentale qualitativo e/o quantitativo, pubblicati tra il 2001 e il 2011, aventi approccio multidisciplinare.	Sono stati individuati 12 studi rispondenti ai parametri di ricerca stabiliti dagli autori.	A seguito della consultazione di banche dati MedLine, Cinahl, Amed, Ovidio, Cancerlit e Cochrane sono stati selezionati diversi studi sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione. Dopo aver consultato l'abstract e il full text, la ricerca ha portato a individuare 12 studi con disegni di ricerca diversi.	Sono stati individuati 5 metodi utili nell'aumentare la sicurezza della persona assistita. Tra questi, la terapia informatizzata risulta essere il più valido in quanto riduce notevolmente gli errori di terapia, inclusi quelli legati alla somministrazione dei farmaci, di competenza infermieristica.

L'evoluzione del professionista infermiere

“...ben può affermarsi come l'infermiere e non il medico sia l'unico professionista responsabile dell'attuazione di quel complesso di atti assistenziali prodotti dalle competenze intellettuali, relazionali e tecnico operative insite nel profilo professionale e derivanti dalla formazione, creando così un ambito di esclusiva pertinenza infermieristica e circa il quale l'infermiere assumerà una posizione di garanzia nei confronti di una persona malata, costituita da un'assistenza appropriata ed efficace, dall'utilizzo di strumenti operativi e dall'attuazione di metodologie per la personalizzazione dell'assistenza, con l'obiettivo di garantire e gestire le attività di assistenza infermieristica (e non medica)...”

B. Barbieri, avvocato – Sole 24 ore Sanità 30-31/2010

Negli ultimi anni vi è stata una notevole evoluzione della professione infermieristica. Tale progresso, di natura teorica e pratica, con conseguenti disposizioni normative volte ad incrementare e valorizzare l'iter formativo, ha fatto sì che con l'aumentare dell'autonomia decisionale vi sia stato, di conseguenza, un aumento di responsabilità. L'infermiere è passato da ausiliario con mansioni specifiche dirette solo ed esclusivamente dalla figura medica, a professionista sanitario responsabile del proprio operato basato sulla

“scienza e la coscienza infermieristica”. Sempre di più negli anni, quel “saper essere, saper fare, saper divenire” che molte teoriche del “nursing” sottolineavano nei loro scritti, diventano il punto cardine che dovrebbe contraddistinguere un infermiere.

In un arco temporale di poco più di un secolo si è assistito ad una vera e propria evoluzione/ rivoluzione della figura infermieristica, con l'affermarsi del suo ruolo centrale in ambito sanitario. Inizialmente la gestione





dell'assistenza generale era strettamente subordinata alla figura del medico e le attività e le competenze infermieristiche erano indicate con il "mansionario", entrato in vigore nel 1974 (**DPR n. 225/74**): un elenco preciso di tutte le attività che l'infermiere poteva o non poteva svolgere e tutto ciò che non era elencato, risultava di competenza medica. Una serie di mansioni designate oltretutto sulle esigenze del lavoro del medico, che risultava ancora una volta il punto centrale dell'assistenza sanitaria; una specie di "gabbia legalizzata", costruita sulle mansioni. Di fatto non ci aiutava nemmeno la legislazione vigente in quanto:

- **il T.U. delle Leggi Sanitarie** (RD n. 1265/1934) distingueva coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie: 1) art. 99: professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista); 2) art. 100: **professioni sanitarie ausiliarie** (levatrice, assistente sanitaria visitatrice e **infermiera diplomata**).
- **Legge 12/2/1968 n. 132:** prevedeva che l'infer-

miere dipendesse gerarchicamente dal medico (subordinazione gerarchica).

La prima tappa fondamentale fu l'istituzione dell'albo professionale nel 1965 ad opera del Collegio, per salvaguardare la professionalità di tali figure, e in secondo luogo per dare una garanzia di professionalità al cittadino.

L'evoluzione delle professioni sanitarie vede il suo inizio con il **dlgs 502/92** che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla Legge 833/78, trasferisce in primis la formazione infermieristica dalla sede Regionale a quella Universitaria (art. 6 comma 3) e statuisce che la conseguente ridefinizione del profilo professionale dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico dovrà aversi tramite specifico Decreto del Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute).

Il Ministero della Sanità con il **DM n. 739 del 1994** "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere" delinea il profilo professionale dell'infermiere che viene così definito: "**l'infermiere** è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è **responsabile dell'assistenza generale infermieristica**" e specifica i suoi interventi, i campi operativi, la meto-

dica di lavoro, e il rapporto con le altre figure sanitarie anche quelle ausiliarie (in questi anni nacquero infatti nuove figure ausiliarie di supporto e subordinate all'infermiere, ossia ASA-assistenti sanitari assistenziali, OTA – operatori tecnici all'assistenza ora sostituiti con gli OSS – operatori socio assistenziali). Il profilo definisce l'infermiere attribuendogli la **piena responsabilità dell'intero processo assistenziale**, sancendo l'applicazione di una metodologia scientifica: il processo di assistenza infermieristica, indirettamente l'adozione di una documentazione infermieristica necessaria per certificare correttamente e storicamente le prestazioni infermieristiche erogate. Quello della registrazione dell'assistenza erogata è del resto un'attività che si affianca in modo ineludibile alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere ed esprime una valenza legale, come atto pubblico di incaricato di pubblico servizio. L'infermiere deve conoscere il proprio profilo professionale perché ne esprime il suo potenziale, il livello di autonomia e il grado di responsabilità; non impone limiti all'attività del professionista, ma descrive gli ambiti in cui la sua competenza può e deve esprimersi mediante prestazioni e funzioni in continua evoluzione.

L'impianto normativo sopra descritto non era, però, sufficiente perché il DM è gerarchicamente al di sotto di un T.U. che era quindi ancora in vigore e nel quale l'infermiere era ancora definito come "profession-

ne sanitaria ausiliaria". Per questo motivo, con la **Legge 26/02/1999 n. 42** "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", viene sancito all'art. 1 "*la denominazione professione sanitaria ausiliaria nel T.U. delle Leggi sanitarie...è sostituita dalla denominazione **PROFESSIONE SANITARIA**... e inoltre si sancisce che "dalla data di entrata in vigore della presente Legge, sono abrogati il Regolamento approvato con il DPR 225/74.... Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, Programma completo. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali" e ancora all'art. 4 "I diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa sono equipollenti ai diplomi universitari a fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post base".*

Nello stesso anno viene istituito il nuovo del **Codice Deontologico** dell'infermiere (revisionato nel 2009) con l'integrazione del patto infermiere/cittadino del 1996. Il Codice Deontologico approvato dal-

la Federazione e Collegio IP.AS.VI guida circa la condotta etica e professionale che deve tenere l'infermiere; diventa non solo uno strumento di autoregolamentazione, ma una vera e propria guida all'esercizio. Altra tappa fondamentale è la **legge n. 251 del 2000** "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" che introduce in maniera esplicita il concetto di **"autonomia professionale", evidentemente legato all'ambito della discrezionalità decisionale, sempre nei limiti delle competenze infermieristiche.**

Inoltre la succitata legge dispone che, al fine di migliorare l'assistenza e per la qualificazione delle risorse *"le aziende sanitarie possono istituire il servizio dell'assistenza infermieristica ed ostetrica e il servizio sociale professionale e possono attribuire l'incarico di dirigente del medesimo servizio... le aziende sanitarie possono conferire incarichi di dirigente... per le professioni sanitarie di cui alla Legge 26 Febbraio 1999 n. 42"*, proponendo un'area autonoma organizzativo-gestionale a supporto della componente assistenziale. Il percorso normativo sancisce il passaggio dell'infermiere al ruolo di professione sanitaria, con pieno riconoscimento della titolarità di professione intellettuale (art. 2229 c.c.): la legge infatti determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi Albi o elenchi.

Nell'anno accademico 2004-2005 la Laurea Specialistica di due anni diventa realtà per rendere l'infermiere ancor più specialista e partecipe dei profondi cambiamenti sanitari. Inoltre, sono istituiti anche Master di I livello (per coloro in possesso di Laurea Triennale), da cui deriva la figura di infermiere specialista (art. 6, comma 1 punto C Legge 43/2006), Master di II livello (solo per coloro in possesso anche di Laurea Specialistica) e i dottorati di ricerca.

L'infermiere dunque non è più il semplice esecutore di mansioni indicate dal medico e subordinato a lui, ma ora è rivestito di autonomia decisionale per tutto ciò che concerne l'assistenza infermieristica e per procedure ora solo svolte dall'infermiere: come non ricordare il suo ruolo centrale svolto nelle C.O. 118 come responsabile operativo (art. 4, comma 2 DPR 27/3/92) o nelle ambulanze infermieristiche (art. 10 DPR 27/3/92) o ancora nelle realtà dove in ottica di triage globale all'interno del P.S. realizza il modello di "see and treat" (DGR 449/2010 Regione Toscana).

Collabora e coopera con le varie figure sanitarie (medici, fisioterapisti, tecnici di radiologia, terapisti occupazionali, tecnici di laboratorio, etc...) in una visione multidisciplinare dell'assistenza, coordina il lavoro degli ausiliari, ma deve attenersi alle prescrizioni terapeutiche e diagnostiche e del medico.

L'infermiere ad oggi, oltre ad essere responsabile del

proprio operato, è responsabile del lavoro svolto dalle figure di supporto per cui delega, secondo il Decreto n.739 del 1994, attività di assistenza infermieristica di base, ed è responsabile durante il tirocinio clinico degli studenti infermieri e il tirocinio clinico delle figure di supporto.

Infine la **legge 1 Febbraio 2006 n. 43** *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"*; la novità più rilevante consiste senza dubbio nel riconoscimento della funzione specialistica, suddividendo i professionisti in:

- Professionisti addetti all'assistenza, con titolo di laurea o equipollente;
- Professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello nelle funzioni manageriali;
- Professionisti specialisti in possesso del master di primo livello nelle funzioni specialistiche;
- Professionisti Dirigenti.

Questa suddivisione si pone in linea con la legge 42/99 che riconosceva come un professionista avesse un campo proprio

di attività e di responsabilità anche in relazione alla formazione post-base.

L'art. 2, comma 3, prevede l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo professionale anche per i dipendenti pubblici ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario, salvaguardando il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della legge. Tale obbligo testimonia la necessità di garantire al cittadino le competenze e la qualità delle prestazioni assistenziali, confermando la natura intellettuale della professione.

Appare quindi evidente come l'infermiere da semplice esecutore e ausiliario sia divenuto professionista attivo nello svolgimento del suo lavoro, promuovendo il lavoro in equipe (come indicato anche dal codice deontologico), ed essere responsabile in vari ambiti. L'art. 2, comma 4 prevede l'obbligatorietà dell'aggiornamento professionale secondo quanto previsto per i medici (ECM ed attivazione di un apposito monte ore settimanale per la formazione di 4 ore).

La formazione continua da elemento distintivo è diventato criterio normativo:





ne deriva **l'obbligatorietà della formazione continua in medicina (ECM)**, quale modalità per il professionista dell'ambito sanitario di adeguare il bagaglio di conoscenze, competenze e abilità all'evoluzione scientifica, tecnologica e sociale.

L'art. 5 prevede l'istituzione **funzioni di Coordinamento** e Specialistiche.

Il Coordinatore Infermieristico, oltre alla professionalità e alle competenze richieste ad ogni infermiere, deve possedere anche quelle competenze manageriali indispensabili affinché ciò di cui è responsabile sia gestito secondo i criteri di qualità, efficienza ed efficacia richiesti dall'attuale sistema sanitario.

La formazione del Coordinatore deve pertanto essere orientata all'acquisizione di abilità e competenze per:

- pianificare
- organizzare
- coordinare
- valutare
- verificare

al fine di creare le condizioni di benessere organizzativo necessarie per un

uso efficiente delle risorse, sia umane che materiali, e di garantire risposte qualitativamente valide ai bisogni di assistenza degli utenti.

L'attuale contesto socio-economico, dominato dall'espansione di tecnologie e servizi che porta con sé un continuo sviluppo del fenomeno organizzativo, rende necessario un nuovo modello di competenze in ogni ambito lavorativo, perché solo con un'integrazione sempre più armonica di tutti i molteplici fattori, ogni azienda può svilupparsi in termini di efficacia, efficienza, qualità e competitività.

Se prima la competenza era definita secondo modelli stabili e statici, ora emerge l'esigenza di una competenza creativa, capace di soluzioni innovative e strategiche, una competenza capace di rispondere all'incertezza ambientale con un'adeguata flessibilità.

La competenza che oggi è richiesta non si definisce più solo con il sapere, inteso come l'insieme delle conoscenze acquisite e consolidate una volta per tutte, e il saper fare, ossia

le abilità tecniche, ma necessita dell'intervento formativo anche nella dimensione del saper essere, affinché il personale sappia integrare in modo rapido ed adeguato le mutevoli sollecitazioni dell'ambiente esterno.

"Accanto alle conoscenze e alle capacità nella competenza, entrano in gioco anche i comportamenti, espressione di qualità o doti personali, rappresentabili come l'insieme di azioni e di reazioni agli stimoli collegati direttamente o indirettamente alla pratica professionale. La competenza è, pertanto, il patrimonio di risorse possedute da un individuo nel momento in cui affronta una prestazione lavorativa o il suo percorso professionale" (Bochicchio F. e Di Sabato T. *"Lineamenti di organizzazione e risorse umane"*; Ed. Movimedia; 2007).

Le qualità o doti personali sono "indispensabili sia nell'implementare le conoscenze, sia nell'orientare le capacità; sono, pertanto, connesse ai modi di porsi nei confronti del lavoro e della prestazione (realizzazione, determinazione,

autonomia), alla gestione delle relazioni organizzative (apertura, positività, affidabilità) ed a una dimensione più soggettiva di sviluppo e crescita individuale (flessibilità al cambiamento, equilibrio, creatività)".

Il coordinatore è il perno centrale per la motivazione del gruppo nell'ambito dell'assistenza infermieristica e riveste un ruolo fondamentale essendo il punto di riferimento per i propri collaboratori: utilizzando il proprio vissuto, le conoscenze acquisite nel percorso del master e dei sistemi informatici a disposizione, il coordinatore può stimolare i propri operatori a lavorare tenendo il massimo livello di qualità. Il coordinatore dovrà fare leva sulle competenze professionali del gruppo, sulla motivazione, sui rapporti interpersonali affinché questi elementi costituiscano un potenziale di promozione della qualità dell'assistenza basata sulla sicurezza delle cure prestate. È lui il persecutore del cambiamento organizzativo.

È questo il tipo di competenza richiesto anche al Coordinatore infermieristico, chiamato a svolgere un ruolo manageriale, punto di snodo centrale nella diffusione della cultura aziendale. Essere Coordinatori infermieristici oggi significa assumere un ruolo manageriale, caratterizzato da funzioni organizzative, gestionali e formative dell'assistenza.

Al Coordinatore viene chiesto di esercitare il suo ruolo con autorevolezza, autonomia, credibilità ed efficacia. Egli si occupa della soluzio-

ne dei problemi che costituiscono il suo principale campo d'azione, nonché dell'individuazione delle opportunità di sviluppo.

L'analisi e la presa di decisioni sui problemi emergenti è la sua attività più frequente e tale aspetto richiede al coordinatore particolari conoscenze e abilità come la capacità di negoziare, la comprensione dei bisogni delle persone, la capacità di delegare, di promuovere e sostenere processi collaborativi e partecipativi motivando il personale.

Oggi le organizzazioni complesse, quali sono le aziende ospedaliere, richiedono figure manageriali preparate a tradurre in modo intelligente, le decisioni della direzione strategica, conseguenti alle scelte di politica sanitaria, realizzando un decentramento delle responsabilità.

La funzione di coordinamento è istituita con il Ddl 1645/2002, art.1, definita in modo dettagliato con l'art.2 in cui per "funzione di coordinamento" si intende:

- a) l'organizzazione, gestione e valutazione dei professionisti infermieri o infermieri pediatrici e degli operatori che li coadiuvano;
- b) la pianificazione, gestione e verifica dei diversi processi a valenza sanitaria e socio-sanitaria afferenti alla funzione infermieristica e alla funzione alberghiera;
- c) la gestione delle risorse tecnico-strumentali dei presidi sanitari e farmacologici.

Le competenze richieste all'infermiere con le funzioni di coordinamento sono

indicate nelle linee guida della Federazione IPASVI 2001 per l'attivazione del Master in Management Infermieristico: "L'infermiere con funzione di coordinamento è un professionista che ha conseguito il certificato di Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento ed ha acquisito le competenze specifiche nell'area organizzativa e gestionale di 1° livello allo scopo di attuare politiche di programmazione sanitaria, interventi volti al miglioramento continuo di qualità in riferimento alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane dell'ambito del servizio coordinato per garantire gli obiettivi del sistema organizzativo sanitario. Nell'ambito delle funzioni dell'infermiere (prevenzione, diagnosi precoce, educazione alla salute, assistenza, educazione terapeutica, gestione, formazione, consulenza, ricerca) ed in riferimento alla normativa vigente, Direttiva CEE453/77, Dlgs n.353/94, Legge n.42/99, Legge n.251/2000, il Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento, sviluppa le seguenti competenze:

1. gestire persone e relazioni;
2. gestire budget;
3. gestire informazioni e comunicare;
4. gestire processi, progetti, valutazioni;
5. gestire la ricerca.

Rispetto a ciascuna di queste aree di competenza, sono sviluppate le competenze specifiche:

1. gestire persone e relazioni:

- promuovere identità e senso di appartenenza al servizio coordinato e all'azienda;
- definire la mission e la vision del servizio coordinato in coerenza con quelli dell'azienda;
- coinvolgere i collaboratori nella costruzione dei progetti;
- gestire direttamente momenti formativi specifici;
- costruire e mantenere una rete di relazioni esterne al servizio coordinato;
- promuovere e sviluppare processi di valutazione tra pari;
- gestire quali/quantitativamente la dotazione organica;
- promuovere lo sviluppo professionale e di carriera dei collaboratori;
- promuovere e pianificare la formazione permanente alla qualità;
- gestire le relazioni interpersonali e il conflitto, negoziare e presidiare il clima organizzativo;
- gestire un sistema premiante orientato alla qualità esplicitandone i criteri;
- valorizzare attitudini, competenze, impegno e risultati;
- preparare e condurre riunioni e gruppi di lavoro;
- collaborare con i Dirigenti Infermieristici per sviluppare linee strategiche aziendali;
- attribuire compiti, responsabilità, poteri e risorse valutando attitudini, competenze e motivazione.

2. Gestire budget:

- verificare e utilizzare le risorse disponibili applicando criteri di costo/efficacia;
- monitorare processi e risultati;
- identificare i centri di responsabilità e di costo;
- identificare tipologia e costi delle risorse strumentali e ambientali nel servizio coordinato
- valutare la congruità delle risorse in rapporto ai risultati conseguiti;
- verificare le risorse disponibili;
- collaborare alla definizione degli obiettivi di budget con criteri di qualità coerenti con il piano strategico;
- collaborare alla negoziazione del budget del servizio coordinato.

3. Gestire informazioni e comunicare:

- rendere omogenee e comprensibile a tutti il linguaggio e i modelli di analisi dell'organizzazione utilizzati nel servizio coordinato;
- diffondere vision e mission del servizio coordinato garantendone la coerenza con quelli aziendali;
- impostare il sistema informativo del servizio coordinato garantendo la coerenza con quello aziendale e orientandolo alla finalità di ruolo e al miglioramento
- analizzare ed interpretare la domanda relativa al servizio coordinato;
- valutare e utilizzare

informazioni finalizzate alla gestione organizzativa e tecnica del servizio coordinato;

- identificare e proporre soluzioni ai problemi organizzativi del servizio coordinato;
- fornire consulenza di processo ai collaboratori orientandolo al miglioramento di qualità;
- identificare definire il ruolo degli interlocutori del servizio coordinato (esterni ed interni all'azienda) in base agli obiettivi di salute della comunità e alla mission;
- verificare i processi di comunicazione tra il servizio coordinato e i propri interlocutori;
- collaborare alla costruzione della Carta dei Servizi del servizio coordinato curandone l'aggiornamento e la pubblicazione;
- condurre strategie di comunicazione appropriate agli obiettivi e agli interlocutori;
- impostare e gestire un sistema di supporto per l'accesso all'informazione tecnico-scientifica.

4. Gestire processi, progetti e valutazioni:

- individuare e selezionare problemi in base a criteri di buona qualità;
- identificare la domanda, gli output, gli outcomes del servizio coordinato;
- selezionare le priorità tra problemi utilizzando tecniche di comparazione costo/risultato;
- formulare progetti

operativi rispondenti a criteri di buona qualità di tutte le componenti;

- individuare risorse disponibili e negoziabili nel contesto;
- identificare tra quelle disponibili e negoziabili nel contesto; le tecnologie appropriate per la soluzione di problemi pertinenti al mandato;
- organizzare i processi tecnici e gestionali attraverso la definizione e la diffusione di linee guida di buona qualità;
- definire ed esplicitare criteri indicatori e standard di riferimento e livelli soglia accettabili;
- effettuare valutazioni di struttura, di processo e di risultato utilizzando criteri espliciti;
- identificare i bisogni formativi propri e dei propri collaboratori;
- progettare e valutare percorsi formativi;
- valutare l'impatto delle attività formative proposte/realizzate.

5. Gestire la ricerca:

- individuare i campi di ricerca pertinenti alle finalità del servizio coordinato;
- progettare attività di ricerca;
- gestire le procedure di consultazione di agenzie che finanziano attività di ricerca;
- promuovere l'ingresso del servizio coordinato in reti di ricerca;
- individuare canali di pubblicazione delle ricerche effettuate.

Il Coordinatore infermieristico, in base al quadro delle competenze, fin qui delineato, assume un ruolo di fondamentale importanza all'interno del sistema sanitario, è una figura intermedia che veicola la mission e la cultura aziendale, promuove il cambiamento organizzativo nell'ottica del miglioramento continuo e valorizza

le risorse umane: "il successo di una organizzazione non solo dipende da buoni o ottimi leader di vertice, ma da una "leadership diffusa": da una struttura cioè di dirigenti e capi intermedi che sappia realizzare nelle azioni quotidiane comportamenti non solo orientati ai risultati ma anche all'attenzione verso le risorse umane." (Auteri E. "Management delle risorse umane. Fondamenti professionali"; Ed. Guerini e associati; 2009) Questa figura ha un'importanza strategica, un'elevata responsabilità umana e sociale, anche se per raggiungere gli obiettivi passa attraverso il paziente lavoro di risoluzione delle problematiche quotidiane (rappresentate da carenza del personale, complessità delle relazioni interpersonali, rapida evoluzione delle procedure organizzative, lungaggini burocratiche, ritardi negli approvvigionamenti,...) al fine di creare con le risorse disponibili, le condizioni migliori per poter rispondere con un'assistenza efficace ai bisogni infermieristici della società. Inoltre non bisogna



tra-
s c u -

rare il fatto che l'organizzazione del lavoro, di cui il Coordinatore infermieristico è responsabile, ha un'elevata incidenza sul benessere lavorativo dei dipendenti e quindi sull'efficacia e sull'efficienza delle prestazioni.

Infatti "la mancanza di benessere, o la presenza di malessere, ha perciò origine nell'organizzazione del lavoro e dipende da fattori di tipo informali più o meno subdoli, che sono in genere estranei alle regole formali favorendo l'insorgere di insicurezze e di ansie." (Bochicchio F. e Di Sabato T. "Lineamenti di organizzazione e risorse umane"; Ed. Movimedia; 2007).

Il Coordinatore infermieristico deve quindi presidiare i carichi di lavoro, i ritmi, la sicurezza e la vivibilità degli ambienti, ma anche le relazioni, l'armonia del gruppo, la capacità di collaborare e di aiutarsi reciprocamente.

È chiaro come accanto alle competenze tecniche e manageriali del coordinatore assumano particolare rilevanza le competenze relazionali, che comprendono le capacità di comu-

nicaione, di ascolto e negoziazione, di supporto e di comprensione dei bisogni delle persone, per promuovere e sostenere processi collaborativi e partecipativi di tutto il personale.

Riassumendo l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. **Dal professionista infermiere, quindi, ci si attende standard di performance e di risultato che devono essere raggiunti, mantenuti costanti nel tempo ed aggiornati.**

Nell'ambito professionale dell'infermiere, il livello qualitativo e quantitativo della prestazione infermieristica deve necessariamente coincidere con **la migliore risposta possibile ai bisogni di assistenza infermieristica della persona.**

La responsabilità dell'agire professionale poggia su fondamenta solidissime:

- **la formazione di base:** il completamento di questo percorso consente di acquisire il titolo formale e l'abilitazione all'esercizio professionale (l'iscrizione al Collegio professionale è dovere per il professionista)
- **il profilo professionale:** D.M. 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, all'art. 1 comma 1 recita: "...è individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sa-

nitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

- **il Codice Deontologico:** rappresenta un elemento qualificante poiché opera una sistematizzazione deontologica, enunciando i comportamenti attesi dal professionista infermiere.

La formazione continua da elemento distintivo è diventato criterio normativo: ne deriva **l'obbligatorietà della formazione continua in medicina (ECM), quale modalità per il professionista dell'ambito sanitario di adeguare il bagaglio di conoscenze, competenze e abilità all'evoluzione scientifica, tecnologica e sociale.**

Quando l'infermiere non garantisce che le proprie azioni non siano state rispettose delle regole della professione e soprattutto che esse abbiano procurato un danno, è chiamato a rispondere ed eventualmente a risarcire la lesione procurata. **Vige cioè il principio della responsabilità degli errori, regolato dalle norme generali del diritto in campo penale, civile, amministrativo e disciplinare.**

L'aumento esponenziale del contenzioso da **malpratica sanitaria** è un fatto preoccupante per tutti gli operatori della salute; ma è altresì preoccupante la logica che sottende alla attribuzione della re-



sponsabilità professionale nell'ambito sanitario da parte della Magistratura.

Gli artt. 27 e 28 della Costituzione italiana sulla responsabilità dei pubblici dipendenti evidenziano come la responsabilità penale è personale e come pertanto, ciascuno è responsabile solo delle proprie azioni e nessuno può essere punito per un fatto che sia stato commesso da altri.

Inoltre, si toglie ogni dubbio anche sulla **responsabilità personale** dei pubblici dipendenti, per cui la responsabilità delle azioni degli infermieri è individuale, tranne alcuni casi in cui può essere condivisa con altri professionisti.

Oggigiorno, la responsabilità professionale implica

per il professionista sanitario e dunque anche per l'infermiere l'onere di tutelarsi ricorrendo ad una adeguata copertura assicurativa.

Si giunge dunque, alla conclusione che in seguito all'enorme rinnovamento che ha investito l'infermiere, la professione e l'assistenza infermieristica per le innumerevoli leggi e normative che indirizzano nello svolgimento del lavoro e che regolano la formazione, l'infermiere si trova ricoperto di molte responsabilità, un tempo, a carico della sola figura medica. Questo incremento di responsabilità si traduce in sede civile, sia in una responsabilità contrattuale, che extra - contrattuale.



Ciao,

SIAMO UN GRUPPO DI VOLONTARI E CI PROPONIAMO COME ANELLO DI CONGIUNZIONE TRA IL PRIMA E IL DOPO DELLA VITA DI UNA PERSONA STOMIZZATA.

NOI, CHE ABBIAMO GIÀ CONVISSUTO CON LA MALATTIA, SIAMO PRESENTI E VICINI A CHI ANCORA VI SI TROVA E AI LORO FAMIGLIARI, CON DISCREZIONE.

QUINDI, SE HAI

"IL MORALE SOTTO LO STOMA"

SE PROVI SCONFORTO, DISAGIO, PAURA, SOLITUDINE E SENTI IL BISOGNO DI CONDIVIDERE QUESTE EMOZIONI CON CHI LE HA GIÀ VISSUTE, PROVA A CONTATTARCI.

PARLARNE, AIUTA A SUPERARE LE TENSIONI E A RITROVARE BENESSERE NELLE RELAZIONI PERSONALI, AIUTACI AD AIUTARCI.

I nostri riferimenti:

Mantovani Gisella 349 7742350

Sfondrini Stefano 348 4703198

como.avas@gmail.com

Codice Fiscale 95123300139

IBAN: IT07V0200810900000104017125

L'Associazione Avas Como Onlus
aderisce all' A.L.S.I.

(Ass. Lombarda Stomizzati)

e alla F.A.I.S. Onlus (Federazione
Naz. Ass. Stomizzati) c/o IRCCS

Istituto Nazionale Tumori –
via Venezia, 1 - 20133 Milano

AVAS COMO: FINALMENTE anche a Como è nato un gruppo di volontariato per accogliere e non far sentire più sole le persone stomizzate ed i loro familiari. Anche se sovente il "gruppo AVAS" è scambiato per un gruppo musicale – che ci potrebbe anche stare vista la patologia! – in realtà noi siamo gli AMICI VOLONTARI ACCOGLIENZA STOMIZZATI, ovvero AVAS.

Brevemente la nostra storia: io sono Stefano, in-

fermiere dell'ospedale Valduce, attualmente in carico al reparto di Oncologia/Pneumologia 5A. Ho lavorato per 8 anni, fino al Gennaio 2016, presso il reparto di Chirurgia 2B e durante questo periodo, grazie al supporto della caposala Suor Barbara e di quei chirurghi che considerano l'infermiere un professionista a tutto campo, ho avuto la possibilità di seguire l'intero percorso chirurgico, dal pre al post,

di persone che sarebbero state sottoposte al confezionamento di stomie intestinali.

A Maggio del 2015, fui contattato dall'oncologo, la dottoressa Duro, la quale mi chiese: "Stefano, ti interesserebbe aiutare a fondare un gruppo di volontariato che ha come finalità l'aiuto alle persone stomizzate?" Non ci ho pensato molto ed ho preso subito la palla al balzo rispondendole di sì in

quanto sono fermamente e fortemente convinto che le nuove esperienze aiutino la crescita professionale e personale, ma soprattutto in quanto con le mie conoscenze acquisite in ambito ospedaliero ed extra, avrei potuto aiutare chi veramente ne aveva bisogno. Come primo passo, partecipai ad un incontro terapeutico con persone stomizzate tenuto dallo psico oncologo Dr. Valera; fu lì che incontrai, sebbene

totalmente diverse fra loro, persone accomunate da un'unica COSA, e la chiamo cosa volontariamente: UNA STOMIA.

Con mia grande sorpresa, notai che molte di quelle persone le conoscevo già: erano, infatti, quasi tutti ex-degenti transitati nel reparto di chirurgia e di cui avevo perso le tracce. D'altra parte, purtroppo noi infermieri sappiamo bene che, a meno di complicanze specifiche, dei "dimessi" non sappiamo più nulla.

Il gruppo era composto da circa 15 persone, tra le quali spiccava in un angolo una donna, minuta, coi capelli corti castani, che mi scrutava continuamente e che poco dopo è mi è venuta incontro e, sorridendomi, mi ha detto: "ciao occhioni blu! Ti ricordi di me?" - Io naturalmente non la riconobbi e lei, che attualmente è il Presidente AVAS, mi aiutò a ricordarla: "sono Gisella, sono quella che tu hai stressato durante la degenza, giorno dopo giorno, affinché acquisissi l'autonomia della gestione di quel sacchetto puzzolente con il quale avrei dovuto convivere per un po' di tempo." - Successivamente mi ha "ripresentato" tutti gli altri convenuti e mi ha chiesto se volevo aiutarli a fondare "la banda del buco", come autoironicamente si definivano loro.

L'obiettivo era, ed è principalmente, quello di comunicare alle persone che stanno vivendo o che hanno convissuto con una stomia, che non sono abbandonate a se stesse, che non solo sole, che la vita continua, certo in modo diverso, ma continua. Non bisogna abbandonare le

proprie abitudini, ma soprattutto continuare a coltivare le proprie passioni: dallo sport ai viaggi, dalla vita sociale a quella sessuale.

L'idea mi è subito piaciuta visto che, sul territorio comasco, la presenza di ambulatori dedicati alle persone stomizzate sono pochi e quei pochi trattano prevalentemente l'aspetto clinico, le complicanze, le gestioni pratiche dei presidi, ecc., ma è anche altrettanto vero ed importante che non esista alcun gruppo di ascolto e di testimonianza che curi l'aspetto umano dopo la dimissione ospedaliera. Quindi ho accettato e, grazie all'entusiasmo di Gisella e di altre splendide persone sono diventato un amico volontario AVAS e ho cominciato a darmi da fare: mi sono immediatamente iscritto al Master di I livello universitario di stomaterapia ed incontinenza, presso l'Università Cattolica, sede di Brescia.

Ci siamo chiesti: ma quanti stomizzati ci saranno nel territorio comasco? Abbiamo fatto ricerche presso ATS Insubria (la vecchia Asl di Como), presso le Associazioni per Stomizzati alle quali aderiamo - Alsi (Associazione Lombardia) e Fais (Federazione Nazionale) - ed abbiamo rilevato che, dati aggiornati a dicembre 2015, le persone stomizzate sono circa MILLE, un numero notevole vero? Probabilmente molte di queste hanno accettato la loro nuova situazione senza tanti problemi ma, purtroppo, sappiamo altresì che un gran numero di queste persone hanno paura di uscire di casa in

quanto vivono quotidianamente con il terrore che il presidio possa staccarsi da un momento all'altro, che possa emettere odori sgradevoli, che non ci sia un bagno pulito e disponibile a portata di mano fuori casa, che il vicino di casa o il conoscente lo compatisca o lo eviti; per cui queste persone si sentono al sicuro esclusivamente dentro casa propria.

Avere una stomia oggi, ovvero un pezzo di intestino che esce dalla pancia ed è abboccato su di essa, crea ancora imbarazzo perché andiamo a toccare una parte anatomica che produce materiale sporco: feci.... e le feci fanno "senso"! Specialmente quelle di una persona adulta.

Tutto questo fa sì che la qualità di vita degli stomizzati diventi pessima, con ricadute pesanti e negative sul piano lavorativo, sociale, sessuale e psicologico. Abbiamo avuto diversi incontri con i vari nosocomi presenti a Como e, grazie alla sensibilità delle Direzioni Sanitarie, siamo riusciti ad ottenere delle convenzioni che ci permettono di relazionarci con i reparti ospedalieri, soprattutto chirurgie, endoscopie, ambulatori e day hospital al fine di raggiungere gratuitamente tutte quelle persone che vogliono essere aiutate o che hanno solo bisogno di una spinta iniziale per trovare la propria autonomia ed equilibrio per convivere, temporaneamente o definitivamente, con il loro nuovo organo: la stomia.

La nostra associazione, Avas, non si sostituisce al lavoro dei professionisti sanitari quali infermieri,

chirurghi, psicologi, nutrizionisti ed oncologi, ma vuole essere un punto di riferimento e di supporto alla persona stomizzata ed alla sua famiglia, attraverso l'informazione e le testimonianze.

Essendo appena nati, stiamo cercando di organizzare, in primis, corsi per aspiranti volontari attivi, e poi incontri informativi con la popolazione sull'alimentazione, sull'aiuto psicologico e sui diritti degli stomizzati: disegno pre-operatorio, libera scelta dei presidi, fornitura mensile, richiesta d'invalidità civile. A livello provinciale, regionale e nazionale ci battiamo affinché sia introdotto nella Nomenclatore Tariffario il codice delle prestazioni di stomaterapia che permetterà ai medici di medicina generale di prescrivere una visita ambulatoriale eseguita da personale infermieristico strutturato anche dopo mesi dalle dimissioni (cosa che per ora avviene solo nella Regione Toscana).

Trattandosi di un'associazione di volontariato senza scopo di lucro, non nascondiamo che per poter aiutare abbiamo bisogno anche noi del sostegno economico; come tutte le associazioni di volontariato del resto.

Tutti coloro che ci volessero sostenere, e di questo vi ringraziamo anticipatamente, lo possono fare mediante:

Iscrizione AVAS:

Quota annuale socio

€ 20,00 (venti/00)

Quota sostenitore = libera

Bonifico bancario

Unicredit Como – IBAN

ENTRANO A FAR PARTE DEL NOSTRO COLLEGIO

INFERMIERI



ALLIEVI	ALESSANDRA
ANNONI	LORIS
ARDIGO'	LINDA
BOKA EDITH	SIMONA
BOTTA	MARCO
BUTTI	ALESSIO
CAMPO	SALVATORE VINCENZO
CAPSONI	AURELIO
CARBONARO	MARTINA
CATANIA	ANDREA
CATANIA	GIOVANNA
CATTANEO	CHIARA
D'AGNANO	LUCA
D'ANGELO	DANIELA
D'ANGELO	ELISABETTA
DE MARCO	LOREDANA
DE NOBILI	FRANCESCA
DI GIOVANNI	MARIA CRISTINA
DOTTI	BEATRICE
FASANA	CHIARA
FRANGI	VALENTINA
GARANCINI	ISABELLA
MARELLI	SILVIA
MARTINETTI	VERONICA
MAZZANTI	SILVIA
MILLEFANTI	NAUSICAA
PAROLIN	MARCO
PEDRINI	MADDALENA
PINI	CINZIA
PRANDI	FRANCO MARIA
RIZZI	ELISA
RODOLFI	IRENE
RONCATO	FRANCESCA
SASSI	VALENTINA
SPINELLI	LUCA
SUTEU	FELICIA
TACCONE	LUCA
TERPO	VJOLA
WYZYKOWSKA	KRYSZYNA

INFERMIERI PEDIATRICI

MOLTENI	BEATRICE
---------	----------

ASSISTENTI SANITARI

ZANINI	EDOARDO
--------	---------

ARRIVANO DA ALTRI COLLEGI

INFERMIERI

AMOROSO
COLANGELO
DI BENEDETTO
DI SECLI'
FRANCHETTI
GAROFFOLO
GELOTTI
GIARDI
LAURATO
MAGON
MARIENI
MARTINI
MASON
MIGLIORE
MONNANNI
MUNTIAN
PERRI
QUARANTA
TILLOCCA
TIRONI
TOMA
VALENTINUZZI
VENTRELLA

ANNA
ANTONIO
MIRKO
ELISABETTA
MADDALENA
ELENA
GIUSEPPE
GABRIELLA
MARCO
BARBARA
SABRINA
DANIELA
SILVIA
SALVATORE CRISTIAN
MANUEL
CARMEN
LIBERATA
DALILA
GIOVANNI
LISA
GEORGIANA
STEFANIA
DAVIDE

HANNO CESSATO LA LORO ATTIVITÀ

INFERMIERI

CANTONI
CASTIGLIONI
COJOCAU
DANIELE
FRIGERIO
GEROSA
GROSSI
LUVRANO
MIRCIU
STAN
TREZZI
VOLONTE'

MARIA GABRIELLA
SIMONE
MAGDALENA
SILVIA
VALENTINA
RAFFAELLA
RICCARDO
ROBERTA
BICA
DALIANA
MARIA
CLARISSA

SI SONO TRASFERITI

CERARDI
FEDRIGO
FUSCO
MARINONI
TIZIANO

SALVARORE CLAUDIO
FRANCO
ANTONELLO
MORENA
CHIARA

DECEDUTI

VELARDE

GIULIAN



Como, 10 novembre 2016
prot. 4178
trasmissione: posta target /pec

Oggetto: 1) convocazione Assemblea annuale ordinaria – approvazione consuntivo 2016

Gentile collega,

l'assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo del Collegio IPASVI di Como, si terrà in prima convocazione il giorno 24 febbraio 2017 alle ore 7.00, presso la sede del Collegio IPASVI in viale C. Battisti, 8 - Como e, in seconda convocazione il giorno:

sabato 25 febbraio 2017 alle ore 12.30

Como – Centro Cardinal Ferrari viale C.Battisti,8

con il seguente ordine del giorno:

- > *presentazione relazione attività 2016; discussione e approvazione conto consuntivo 2016;*
- > *dibattito e votazione.*

In ottemperanza al D.P.R. 05.04.1950 n. 221, si ricorda che per la validità delle Assemblee, occorre l'intervento di almeno 1/4 degli iscritti. Quando non sia raggiunto il numero legale per la validità dell'Assemblea, viene tenuta dopo la prima, una seduta in seconda convocazione che è valida qualunque sia il numero dei presenti, purché non inferiore a quello dei componenti del Consiglio. Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti; la delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato. Nessun iscritto può essere investito da più di due deleghe.

Ricordo che la partecipazione all'assemblea costituisce un impegno del professionista, che in questo modo, esercita il proprio diritto/dovere all'appartenenza al gruppo professionale, all'accettazione dei valori contenuti nel proprio codice deontologico e all'impegno a viverli nel quotidiano.

In attesa di incontrarci, l'occasione è gradita per porgere i migliori saluti.

IL PRESIDENTE
Oreste Ronchetti

DELEGA

Il/la sottoscritt _____ iscritto/a all'Albo professionale degli _____
con tessera n. _____ impossibilitato/a a partecipare all'assemblea ordinaria degli iscritti al Collegio IPASVI di Como,
delega a rappresentarlo/a il/la sig.ra _____ iscritto/a al Collegio IPASVI di Como dal
_____ con n. di tessera _____.

Firma _____

(allego copia carta di identità)

V.le Cesare Battisti, 8 - 22100 COMO - Tel.031300218 Fax 031262538 -
E-mail: info@ipasvicomo.it - pec como@ipasvi.legalmail.it - web: www.ipasvicomo.it

Hanno collaborato

Infermieri autori e relatori delle pubblicazioni

MASSIMO FRANZIN

è infermiere dal 2004,
lavora presso il DEA
dell'ASST Lariana
(Ospedale Sant'Anna
di Como), consigliere IPASVI
como dal 2014. È infermiere
istruttore militare (cgd)
del Corpo Militare CRI.

CLAUDIA AMATI

infermiera neolaureata,
Università degli Studi
dell'Insubria-Sede di COMO.

RICCARDO CUSMA' PICCIONE

Laureato nel 2013,
dal 2014 infermiere
di sala operatoria
ed emodinamica
con master biennale
in "infermiere di sala
operatoria". Membro
della Consulta Neo
Laureati IPASVI Como.

ALESSANDRO PICONE

infermiere con esperienza di
area critica acquisita presso
l'Ospedale Valduce di Como e
presso il DEA dell'ASST Lariana
(Ospedale Sant'Anna). Ora in
servizio presso la SOREU
dei Laghi (AAT 118 como).
Master di Coordinamento
delle Professioni Sanitarie.

Dott. MANTELLI SIMONE

Consulente Finanziario
e Assicurativo,
iscritto all'Albo dal 2000
Libertà ed Indipendenza i valori
che mi contraddistinguono
Consulente del Collegio
da Giugno 2016

MONICA TRONBETTA

infermiera dal 1994, master in
DIRITTO SINDACALE DEL LAVORO
E CONTRATTUALE, master in
coordinamento delle professioni
sanitarie. Membro del Consiglio
Direttivo IPASVI della Provincia
di Como tuttora in carica.

D^{ssa} STEFANIA SERVADIO

psicologa e formatrice nell'area
sanitaria e sociale, coordinatrice di
servizi e progetti rivolti alle famiglie
e ai minori; orientatrice scolastica e
professionale. Effettua valutazioni
in ambito aziendale relativamente
allo stress lavoro-correlato. Esperta
di psicologia dell'emergenza e di
tecniche di rilassamento.
(Iscrizione all'Ordine degli Psicologi
della Lombardia n. 03/16567)

