



Periodico
del Collegio
Infermieri
Professionali
Assistenti
Sanitari
Vigilatrici
d'Infanzia
della Provincia
di Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B
40138 Bologna
Tel. 051/393840 - Fax 051/344267

Orari uffici

Lunedì - Mercoledì ore 9-12

Martedì - Giovedì - Venerdì ore 14-17

Negli altri orari è in funzione la
segreteria telefonica

E-mail: info@ipasvibo.it
bologna@ipasvi.legalmail.it

Sito Internet: www.ipasvibo.it



IPASVI

PROFESSIONE *Infermiere*

SOMMARIO

EDITORIALE - Dott.ssa Maria Grazia Bedetti	pag. 1
PROFESSIONE	
La "nostra aula". A cura della Commissione "Formazione" del Consiglio Direttivo	pag. 2
La PEC in cinque punti. A cura della Dott.ssa Silvia Morselli	pag. 4
Responsabilità civile e professionale: delucidazioni e novità sulle condizioni contrattuali della polizza proposta dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. A cura della Dott.ssa Silvia Morselli	pag. 7
"Race for the cure" - Susan G. Komen Italia Bologna 26 Settembre 2010	pag. 8
Una fotografia della nostra competenza e personalità: il curriculum vitae et studiorum. A cura della Dott.ssa Silvia Morselli	pag. 9
Concorso Nazionale Ricerca Infermieristica. 10ª Edizione anno 2011 Infermiera Gemma Castorina, Collegio Provinciale Ipasvi di Grosseto	pag. 10
NORMATIVA	
LEGGE 15 marzo 2010, n.38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.	pag. 17
FORMAZIONE	
• "Il ruolo dell'infermiere nel contesto dell'equipe curante alla luce del nuovo codice deontologico" I Edizione. Bologna 15 settembre 2010	pag. 22
• "Il ruolo dell'infermiere nel contesto dell'equipe curante alla luce del nuovo codice deontologico" II Edizione. Bologna 21 settembre 2010	pag. 23
• "L'Associazione Infermieristica, una risposta libero - professionale alle richieste di assistenza dei cittadini". Bologna 24 Settembre 2010	pag. 24
• "Rifiuto-diniego ai trattamenti. Direttive anticipate" I edizione 2010. Bologna 28 Ottobre-30 ottobre	pag. 26
• "Rifiuto-diniego ai trattamenti. Direttive anticipate" II edizione 2010. Bologna 2-4 Dicembre.	pag. 27
• "Le competenze e le responsabilità degli infermieri nella trasfusione di sangue ed emocomponenti" II Edizione. Bologna 6 ottobre- 10 Novembre	pag. 28
• "Le emozioni e le ragioni nell'assistere" II edizione 2010. Bologna 8-17 Novembre 2010	pag. 29
• "Per la valorizzazione dell'esercizio professionale: il Codice Deontologico dell'Infermiere" Sede Collegio IPASVI. Bologna 16 Novembre 2010	pag. 30
• "La responsabilità degli Infermieri e degli Operatori sanitari nell'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale". Bologna 22 Novembre 2010	pag. 31
• "Linee guida sull'utilizzo degli antibiotici", 25/11/2010	pag. 32
Scheda di iscrizione ai corsi di formazione continua ECM. Collegio Ipasvi di Bologna II semestre 2010	pag. 33
Schede di valutazione corsi di formazione	pag. 35
CONTRIBUTI SCIENTIFICI E DI AGGIORNAMENTO	
La prevenzione delle lesioni da pressione. A cura di Angela Peghetti e Mirella Fontana	pag. 39
Linee guida sul trattamento riabilitativo della vescica nei pazienti neurologici. A cura di Inf. Davia Giovannini	pag. 45
"L'assistenza infermieristica in Hospice: l'attenzione al particolare". A cura della Dott.ssa Catia Franceschini	pag. 49
Le indicazioni per la tutela dell'Operatore Sanitario per il Rischio di esposizione ad Antiblastici	pag. 52
CONVEGNI, CONGRESSI, CORSI - Agenda	pag. 55

Editoriale

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

Cari infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, vi scrivo questa lettera per condividere con tutti voi il bellissimo obiettivo raggiunto con la realizzazione della nuova sede del nostro Collegio IPASVI.

Era un obiettivo perseguito da tempo, ed è stato reso possibile con il contributo di tutti noi che, responsabilmente, abbiamo sempre adempiuto ai nostri impegni, anche economici, poiché abbiamo creduto e crediamo nell'Ente Collegio. Il nostro Ente, voluto dalle norme a tutela dei professionisti e garante della nostra professionalità, espressa per soddisfare i bisogni dei cittadini, rappresenta l'or-

AVVISO

Si avvertono tutti i professionisti, iscritti all'Albo IPASVI di Bologna, che il giorno **24 settembre 2010 (venerdì)** il Collegio rimarrà **CHIUSO** per aggiornamento obbligatorio del personale dipendente.

PROFESSIONE INFERMIERE PERIODICO DEL COLLEGIO I.P.A.S.V.I. DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Distribuzione gratuita
SPED. IN A.P. ART. 2 COMMA 20/C
L. 662/96 FILIALE DI BO
REG. TRIBUNALE DI BOLOGNA N. 5729
PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE
ANNO XXII - N. 2 - SETTEMBRE 2010

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Impaginazione e stampa:
BIME Tipo-Litografia - Molinella (BO)

ganismo di riferimento, a livello provinciale e nazionale, per tutte le istituzioni, a partire dal Ministero della Salute, dalla Regione, dai Comuni, dalle istituzioni sanitarie e socio – sanitarie pubbliche e private e da ogni singolo cittadino.

La sede del Collegio, situata in un prestigioso quartiere di Bologna, ben accessibile con i mezzi di trasporto pubblici, è dotata di spazi adeguati all'attività da svolgere per dare risposte concrete alle richieste di tutti noi professionisti iscritti all'Albo, è decorosa per l'accoglienza di tutti noi, per gli ospiti e le autorità che vi accedono e, come descritto in altra parte di questa rivista, per l'attività formativa e di sviluppo continuo della nostra professionalità.

Il personale dipendente può svolgere la propria attività in spazi adeguati e con tutti i sistemi idonei a svolgere il proprio lavoro con efficienza e qualità quotidianamente valutabile.

Adempiendo a norme in itinere, ma anche perché voluto, ben presto sarà richiesto di esprimere il vostro parere sul livello di qualità dei servizi che noi tutti dobbiamo ricevere dal nostro Collegio rispetto alle richieste poste allo stesso.

Sul piano economico, vi informo che tutto ciò che è presente nella sede del Collegio è di nostra proprietà mentre per lo stabile è in corso la stipula di un mutuo che riguarda, attualmente, circa il 50% del valore totale dell'immobile, fermo restando che questa cifra è destinata a diminuire con la vendita della vecchia sede di Vicolo Malgrado. Pertanto, a tutt'oggi, anche per l'immobile è stata versata oltre la metà del dovuto.

All'assemblea ordinaria del 2011 la Tesoriera ed io avremo il piacere di rendere edotti tutti noi di quanto concerne i risultati dello stato patrimoniale.

Infine, un caloroso invito a visitare la sede del Collegio, ad esprimere il vostro parere e, comunque, a partecipare alla gioia dell'obiettivo raggiunto.

PROFESSIONE

• La “nostra” Aula

La Commissione “Formazione” del Consiglio Direttivo

L'ordinamento italiano affida il compito di garantire il corretto esercizio delle **professioni intellettuali** agli Ordini e ai Collegi professionali.

Gli iscritti all'Albo costituiscono la **comunità scientifica professionale**.

In quanto esercenti una professione intellettuale, i professionisti, inseriti in un contesto politico-economico,

dal sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM).

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica generale¹.

Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali².

L'art. 11 del codice deontologico, afferma che “l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e



scientifico, socio-sanitario, tecnologico ed organizzativo continuamente in evoluzione, sono oggi chiamati da un lato a coltivare in modo permanente piani di sviluppo individuale culturale e professionale e dall'altro a confrontarsi all'interno della comunità di riferimento e con le altre comunità professionali.

Il richiamo a tali imprescindibili necessità è sancito anche all'interno della normativa professionale di riferimento e da quanto oggi definito

la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.”³

Una delle opportunità di coniugare e rinforzare queste dichiarazioni e necessità dettate dall'evoluzione del contesto, con un'operazione concreta che facilitasse e sostenesse questa richiesta di sviluppo continuo della competenza e del sapere disciplinare specifico, è stata energicamente sostenuta dal Consiglio Direttivo quando nella scelta dell'edificio per



La Dott.ssa Maria Grazia Bedetti, Presidente del Collegio Ipasvi prov. di Bologna e la Dott.ssa Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, Roma.

la nuova sede ha fortemente voluto un immobile dove fosse previsto uno spazio per l'aula.

Pensare e progettare uno spazio in cui poter svolgere attività didattiche, creato appositamente per fornire un luogo sicuro e "protetto" per l'apprendimento, per la riflessione, il confronto e la discussione all'interno della comunità professionale è una scelta orientata all'investimento sul futuro della professione.

Ecco quindi che "nasce" all'interno degli spazi a disposizione del Collegio, la nostra **AULA**.

Nella "Casa" di tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitarie Visitatrici e Viglatrici d'Infanzia, della Provincia di Bologna, che ora, completamente attrezzata, accoglie fino a 68 professionisti, questa **Aula** non rappresenta solo un aspetto architettonico ma raffigura e sottolinea il senso di appartenenza alla nostra Comuni-

tà Professionale. E' una opportunità messa a disposizione di tutti noi per sviluppare sia apprendimento di tipo tradizionale (lezione in aula) ma anche per attivare modalità diverse di approfondimento tra pari: lavori di gruppo, circoli di discussione, audit, etc...

Per questo aspettiamo e volentieri siamo aperti a tutte le proposte che in questa direzione ci vorrete proporre prima di tutto con la vostra partecipazione alle nostre iniziative formative e poi con i vostri suggerimenti/richieste per nuovi progetti che sentite necessari allo sviluppo scientifico/professionale.

"Quanto più già si sa, tanto più bisogna ancora imparare.

Con il sapere cresce nello stesso grado il non sapere,

o meglio il sapere del non sapere"

(F. Nietzsche)



NOTE

- 1 - D.M. 14 Settembre 1994, N° 739, art 1, comma 1
- 2 - A. Silvestro (a cura di) Presentazione "Il nuovo Codice Deontologico degli infermieri italiani", febbraio 2009, Federazione IPASVI, Roma
- 3 - Codice Deontologico 27/02/2009





• La PEC in cinque punti

Dott.ssa Silvia Morselli

Che cos'è?

PEC è l'acronimo di POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA. Il suo funzionamento è simile a quello della normale posta elettronica "tradizionale", ma con una particolarità: le sue caratteristiche le permettono di dare al mittente che scrive, da un indirizzo PEC a un altro indirizzo PEC, la certezza A VALORE LEGALE dell'invio, dell'integrità e della consegna (o meno) dell'e-mail e dei documenti, in formato elettronico, in essa contenuti. Una mail inviata da un indirizzo di posta elettronica certificata, a un indirizzo di posta elettronica certificata, ha quindi lo stesso valore legale di una raccomandata con ricevuta di ritorno (garantendo quindi, l'inopponibilità a terzi dell'avvenuta consegna).

Come funziona la PEC?

Vediamo ora nel dettaglio qual è il particolare percorso che segue una mail PEC:

1. Quando un mittente invia un messaggio a un indirizzo di posta elettronica certificata, attraverso il server di PEC del proprio gestore, il server stesso ne controlla le credenziali d'accesso (nome utente e password). Quindi il gestore controlla le caratteristiche formali del messaggio mail e invia al mittente una ricevuta di accettazione (o eventualmente di non accettazione) con tutti gli estremi: data e ora dell'invio, mittente, destinatario, oggetto.
2. Il messaggio viene quindi "imbuonato" dentro un altro messaggio, chiamato "busta di trasporto", firmato digitalmente dal gestore stesso. Questa operazione consente di certificarne ufficialmente l'invio e successivamente la consegna.
3. La "busta di trasporto" viene ricevuta dal gestore PEC del destinatario che controlla la validità della firma del gestore del mittente e la validità del messaggio.
4. Se tutti i controlli hanno avuto esito positivo, invia al gestore del mittente una ricevuta di presa in carico e, contestualmente, il messaggio al destinatario.
5. Il messaggio, inviato al destinatario, arriva in una specie di cassetta postale chiamata "punto di consegna".

Il "punto di consegna" ha una funzione importante perché, appena riceve il messaggio, invia una ricevuta di avvenuta consegna al gestore del mittente. A prescindere che il destinatario l'abbia effettivamente letta, non potrà negare di averla ricevuta. Infatti ai sensi del comma 9 della legge n.2 del 28 gennaio 2009 le comunicazioni tra imprese costituite in forma societaria, professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato e amministrazioni pubbliche (di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni), che abbiano provveduto agli adempimenti ivi previsti dalla legge sopracitata, possono avvenire attraverso la posta elettronica certificata senza che esse debbano dichiarare la propria disponibilità ad accettare l'utilizzo. Ciò significa che, una volta inviato un documento tramite PEC ad altro indirizzo PEC, ottenuta l'attestazione che il messaggio è stato consegnato, la responsabilità per la mancata effettiva lettura del documento inviato ricade solo sul destinatario stesso.

6. A questo punto il mittente troverà la ricevuta nella propria casella postale. Se il messaggio era stato inviato a più destinatari, riceverà una ricevuta, di avvenuta o non avvenuta consegna, per ogni ognuno di essi.

N.B. L'identità del mittente della posta è garantita al destinatario in quanto l'indirizzo, associato alla casella dalla quale si effettua il messaggio, è inalterabile; allo stesso modo è garantita l'associazione fra il titolare dell'indirizzo di posta elettronica e la casella di posta elettronica certificata in quanto il soggetto, per ottenere un servizio PEC, deve presentare un documento di identità

Perché utilizzare la PEC e non continuare a utilizzare la raccomandata tradizionale?

Lo scambio di corrispondenza tra due caselle di posta elettronica certificata unisce lo stesso valore legale della tradizionale raccomandata con avviso di ricevimento, ad una maggiore convenienza in risparmio di tempo e denaro. Rispetto alla tradizionale raccomandata, la Pec è infatti:

- più semplice ed economica da trasmettere, inoltrare, riprodurre, archiviare, ricercare;
- più veloce nell'essere recapitata (anche perché non richiede la presenza fisica del destinatario per la consegna);
- più facile ed economica da inviare, soprattutto nel caso di invio di

una comunicazione a più destinatari contemporaneamente;

- consultabile in qualsiasi momento, fuori casa o ufficio, purché in presenza di una connessione a internet.
- Inoltre, diversamente dalla raccomandata, nella ricevuta di avvenuta consegna sono allegati i contenuti inviati e, in caso di smarrimento delle ricevute, è possibile ottenerne una copia valida ai fini legali dal proprio gestore di PEC in quanto, per legge, è tenuto a registrare e archiviare nel "Log file" tutte le operazioni relative alle trasmissioni effettuate per trenta mesi.

Come si attiva e sceglie un servizio di PEC?

Per attivare una casella di posta elettronica PEC ci si deve rivolgere ad uno dei Gestori iscritti nell'Indice contenuto dal ex-CNIPA (Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione) oggi ridenominato DigitPA, all'indirizzo http://www.digitpa.gov.it/pec_elenco_gestori. Tali gestori, che hanno dimostrato al DigitPA di avere tutte le caratteristiche richieste dalla normativa di riferimento, sono in grado di fornire domini di PEC, singole caselle e ulteriori servizi non regolamentati. Potranno quindi fornire al richiedente servizi di gestione di posta, ricevute opponibili, accesso a log in caso di smarrimento o contestazioni, livelli minimi di garanzia garantita dalla norma (per esempio il gestore è tenuto ad informare il mittente, bloccandone la trasmissione, dell'eventuale presenza di virus nelle e-mail inviate/ricevute). L'offerta dei gestori abilitati, nel rispetto dei requisiti di base previsti dalla legge, può essere personalizzata e avere un differente prezzo. Quando si deve scegliere un servizio di PEC è necessario quindi confrontare le caratteristiche del servizio e i prezzi, dai diversi siti internet dei gestori. Segnaliamo qui tre offerte per l'attivazione della PEC che riteniamo interessanti:

- **Il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione**, attraverso Poste Italiane, Telecom Italia e Postecom offre un servizio di posta certificata a cui possono accedere gratuitamente tutti i cittadini. Per richiedere l'attivazione del servizio "PostaCertificat@", offerto dal Ministero, è sufficiente collegarsi al portale www.postacertificata.gov.it e seguire la procedura guidata. Trascorse 24 ore (ed entro tre mesi al massimo) dalla registrazione online, ci si potrà quindi recare presso uno degli uffici postali abilitati per l'identificazione e la conseguente firma sul modulo di

adesione. L'elenco degli uffici postali abilitati è disponibile su www.postacertificata.gov.it. Il richiedente dovrà portare con sé il documento originale di riconoscimento personale, utilizzato per la registrazione online, e un documento comprovante il codice fiscale (la tessera del codice fiscale o del servizio sanitario nazionale). Al termine della verifica dei dati forniti dal cittadino e della sottoscrizione del modulo di adesione per l'attivazione del servizio, la casella PostaCertificat@ sarà pronta all'uso. Insieme al servizio di posta elettronica certificata, i cittadini possono accedere gratuitamente anche a una serie di servizi correlati come il servizio di notifica, tramite e-mail tradizionale, della presenza di messaggi sulla casella PostaCertificat@; il fascicolo elettronico personale per la memorizzazione dei documenti e gli indirizzari delle caselle PostaCertificat@ della P.A.

- **ENPAPI** offre gratuitamente a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, iscritti alla cassa di previdenza, l'attivazione di una casella di posta certificata. Per aderirvi è sufficiente scaricare il modulo dal sito <http://www.enpapi.it/>, compilarlo, firmarlo e inviarlo, unitamente ad una copia di un documento di identità valido, al numero di fax 06 32506222 o all'indirizzo mail: segreteria.pec@enpapi.it
- La **Federazione IPASVI** offre a un costo che può variare tra tre fasce di prezzo € 8,00/14,00/22,00 l'anno (in base alle adesioni che perverranno annualmente), agli iscritti ad un Collegio IPASVI, la possibilità di attivare una Legalmail, ovvero il servizio casella di posta elettronica certificata professionale di Infocert, con caratteristiche e vantaggi aggiuntivi rispetto ai normali standard PEC. Per esempio Legalmail Standard offre:
 - notifica via SMS della ricezione dei messaggi di posta elettronica certificata;
 - inoltro automatico dei messaggi in entrata ad altre caselle di posta;
 - integrazione con i servizi di certificazione digitale disponibili nella Business Key di InfoCert;
 - archivio di Sicurezza, salvataggio automatico delle ricevute, dei messaggi e degli allegati;
 - antivirus aggiornato più volte al giorno;
 - antispam ad alte prestazioni;
 - affidabilità e sicurezza superiori allo standard di mercato;
 - possibilità di integrare le caselle Legalmail in altre applicazioni;

- consolle di gestione per chi possiede molte caselle Legalmail.

Coloro che desiderassero maggiori informazioni, o volessero attivare la Legalmail, devono contattare il Sig. Onorato Biancone via mail all'indirizzo: onorato@biancone@e-logo.it

Quali sono gli obblighi degli Infermieri, gli Assistenti Sanitari e gli Infermieri Pediatrici rispetto la PEC?

Le adempimenti che devono espletare Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, rispetto alla PEC, sono evidenziate nella legge n.2 del 28 gennaio 2009 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale" (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 28/1/2009 supplemento ordinario n. 14/L). In particolare il comma 7 dell'art. 16 dispone che:

"I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata."

I professionisti iscritti in albi, indipendentemente dal fatto che esercitino la professione o meno, o siano dipendenti o liberi professionisti, hanno quindi

l'obbligo di legge di attivare un indirizzo di posta elettronica certificata personale (non può essere quindi cumulativa per più professionisti) entro un anno dall'entrata in vigore del decreto (ovvero entro novembre 2009) e di comunicarla al proprio Collegio. Tale comunicazione deve essere fatta dagli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna con il modulo riportato nella pagina seguente, che andrà inviato al Collegio (tramite posta, fax o mail unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità) o presentato personalmente in segreteria in orario d'ufficio.

Da quanto evidenziato sulle caratteristiche della PEC, è chiaro che "posta elettronica certificata" e "mail aziendale" non coincidono, salvo il caso in cui la propria azienda abbia fornito i dipendenti di un indirizzo di posta elettronica PEC tramite uno dei gestori riportati nell'elenco dei pubblici gestori tenuto da DigitPA. In caso di dubbi è possibile rivolgersi alla propria azienda per sapere se la mail fornita è una mail di posta elettronica certificata. Per esempio gli indirizzi mail dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi terminanti in **@aosp.it**, **@aosp.bo.it**, dell'Istituto Ortopedico Rizzoli terminanti in **@ior.it**, dell'Azienda USL di Bologna terminanti in **@ausl.bologna.it** e **@ausl.bo.it** e dell'Azienda USL di Imola terminanti in **@ausl.imola.bo.it** **non sono indirizzi di posta elettronica certificata.**



BIBLIOGRAFIA

<http://www.cnipa.gov.it>
<http://www.digitpa.gov.it>
 Circolari Federazione Nazionale Collegi IPASVI

IMPORTANTE: COMUNICAZIONE OBBLIGATORIA INDIRIZZO PEC

La Segreteria invita tutti gli iscritti, che non vi avessero già provveduto, a comunicare al Collegio entro e non oltre il 28/02/2011, utilizzando il modulo di seguito riportato, il proprio indirizzo di posta elettronica PEC. Si rimanda agli ultimi due punti dell'articolo soprastante per le indicazioni su come si attiva una casella PEC e come si compila il modulo.

In particolare si prega di assicurarsi che l'indirizzo comunicato sia un indirizzo di posta elettronica certificata e non un indirizzo di posta tradizionale.

**INDIRIZZO PEC COLLEGIO E DISATTIVAZIONE
CASSELLA POSTA ELETTRONICA @IPASVI.IT**

Il Collegio si è dotato del seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

bologna@ipasvi.legalmail.it

Mentre è stato disattivato e pertanto non è più utilizzabile, l'indirizzo

bologna@ipasvi.it

Rimane invece funzionante l'indirizzo di posta elettronica tradizionale

info@ipasvibo.it

La Segreteria



IPASVI

Al Presidente del

**COLLEGIO PROVINCIALE INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI E VIGILATRICI D'INFANZIA
Della Provincia di Bologna**

Via G. Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 BOLOGNA

e-mail: bologna@ipasvi.legalmail.it

Fax (051) 34.42.67

OGGETTO: Comunicazione attivazione indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

__I__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ Prov. _____ il _____

Tel _____ cell _____

Iscritto all'Albo IPASVI della Provinvia di Bologna con il n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) e in ottemperanza a quanto disposto dalla legge n.2 del 28 gennaio 2009 sulla "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale"

DICHIARA

ai sensi degli art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 **che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) è il seguente** (pregasi scrivere in maniera chiara e distinguendo bene le lettere minuscole dalle maiuscole):

E si impegna a comunicare per iscritto a questo Collegio ogni sua successiva variazione.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità.

.....

Firma

• **Responsabilità civile e professionale: delucidazioni e novità sulle condizioni contrattuali della polizza proposta dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI**

Dott.ssa Silvia Morselli

La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, anche per l'anno in corso e fino ad aprile 2011, ha firmato il rinnovo della Convenzione per la polizza R.C. Professionale n° 548447461-03. In tale occasione la Federazione, al fine di dare un servizio ancora più completo agli iscritti, ha abbinato, alla già esistente polizza, **la polizza n. 560561501 per la Tutela Legale.**

Il premio di € 48,00 pattuito per l'anno scorso, rimane invariato, ma si aggiunge, alla già prevista copertura delle spese del processo civile in base all'art.1917 del Codice Civile (purché il legale venga concordato con Carige Assicurazioni), **la copertura delle spese legali di carattere penale sino alla concorrenza di 5.000 Euro per persona, per sinistro e per annualità assicurativa.**

Vengono così garantiti gli oneri relativi all'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessari a tutela degli interessi delle Persone assicurate, sia per la difesa in procedimenti penali contro l'imputazione per reati colposi, sia per la difesa in procedimenti penali per reati dolosi conclusi, con proscioglimento o assoluzione, con decisione passata in giudicato (sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi causa). La Società assicurativa rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

La copertura delle spese legali è prevista per tutti i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mediterraneo, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.

Rimane invariata la Polizza R.C. Professionale, di cui ricordiamo le principali caratteristiche:

Massimale di € 2.000.000 unico per sinistro e per anno per la garanzia di Responsabilità Civile Verso Terzi (RCT), con un premio annuale di € 48,00 (per le adesioni effettuate tra il 01/10 e il 31/03 il premio è ridotto del 50%).

Oggetto dell'Assicurazione. L'Assicurazione di Responsabilità Civile Verso Terzi¹ (R.C.T.) tiene indenne l'Assicurato, civilmente responsabile ai sensi di legge, nel caso questi sia tenuto a risarcire danni (capitale, interessi e spese),

involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale, anche nell'ambito dell'attività di Emergenza 118 e dell'attività di Caposala (con esclusione della responsabilità patrimoniale). E altresì, quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di rivalsa esercitata dall'Ente presso cui esercita la propria attività professionale, per i casi di colpa grave (per maggiori dettagli si veda l'art. 17 della convenzione polizza RCTO n. 548447461-03 per quanto non coperto e l'articolo 25 per le attività comprese nella garanzia). Inoltre, esclusivamente per chi svolge attività diversa da quella svolta in qualità di dipendente, la garanzia è estesa alla responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.) e per la proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e alle attrezzature ivi esistenti, nei termini indicati all'art. 26 della convenzione polizza RCTO n. 548447461-03.

Chi può aderire. Possono aderire alla Convenzione esclusivamente gli Infermieri, gli Assistenti Sanitari e gli Infermieri Pediatrici iscritti ad un Collegio IPASVI e in regola con le quote associative.

Copertura di qualsiasi attività. Viene garantita sia l'attività come dipendente (pubblico o privato), sia la libera professione, sia il volontariato, svolti da Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici nell'ambito della loro professione.

Estensione territoriale. L'assicurazione vale per danni che avvengono in tutte le nazioni del mondo, con esclusione di U.S.A., Messico e Canada.

Decorrenza e termine. Le garanzie decorrono, per le nuove adesioni, dalle ore 24:00 dell'ultimo giorno del mese in cui l'iscritto effettua il versamento e, per i rinnovi, dalle ore 24:00 del 30 aprile di ogni anno, purché l'iscritto abbia provveduto al pagamento del premio di rinnovo, con le modalità indicate dall'Assicuratore, entro il 30 giugno successivo. La scadenza è fissa al 30 aprile di ogni anno, indipendentemente dal momento di adesione.

Rinnovi. Per effettuare il rinnovo basta provvedere al pagamento del bollettino postale che verrà recapitato, presso il proprio domicilio, nella seconda metà di aprile. Qualora la lettera non dovesse pervenire, è possibile rivolgersi, a partire dall'inizio di maggio, al Collegio o al Broker, telefonicamente o visitando i rispettivi siti, per avere tutte le informazioni sul conto corrente da utilizzare per il rinnovo. Coloro che non avessero effettuato il rinnovo, entro i limiti previsti, dovranno effettuare la stipula di un nuovo contratto assicurativo, come se si trattasse della prima

volta (facendo il pagamento sul c/c postale per le prime adesioni e inviando il pagamento e il modulo di sottoscrizione della polizza), e perderanno la continuità della copertura assicurativa.

Disdetta. La disdetta deve essere comunicata per iscritto, tramite raccomandata, almeno 60 giorni prima della data di scadenza dell'assicurazione (il 30 aprile di ogni anno).

Retroattività di 36 mesi. Sono garantite le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità del contratto, purché relative a comportamenti colposi posti in essere non oltre 36 mesi prima della data di decorrenza della copertura.

Garanzia postuma. Nel caso di cessazione del rapporto assicurativo conseguente a decesso dell'Assicurato o a cessazione dell'attività, l'assicurazione vale altresì per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità del contratto, denunciati alla Società Assicurativa entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso. La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà superare il massimale annuo stabilito in polizza. L'Assicurato e i suoi eredi hanno inoltre la facoltà di prorogare ulteriormente il contratto, allo scadere dei suddetti dodici mesi, mediante apposita appendice, per un periodo di ulteriori 48 mesi, dietro versamento in unica soluzione di un premio pari a 2 volte il premio dovuto nell'ultimo periodo di assicurazione trascorso.

Conferma della Copertura. Si ricorda che, per ogni nuova adesione, viene inviata una "Lettera di Conferma Copertura", ma che i tempi per la sua ricezione sono notevolmente lunghi. In ogni caso, anche nell'evenienza che la conferma non arrivi, farà fede, per la dimostrazione dell'esistenza della copertura assicurativa, la data del bollettino del versamento postale effettuato per il pagamento del premio stesso, che l'Assicurato dovrà sempre allegare alla propria denuncia di sinistro unitamente al modulo di adesione.

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Willis Italia SpA o alla Carige Assicurazioni S.p.A. **entro nove giorni** da quando ne ha avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

Devono inoltre far seguito, nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del fatto dannoso di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro successivamente a lui pervenuti. Alla denuncia deve inoltre allegare copia del bollettino postale di versamento del premio, nonché il modulo di adesione e la "lettera di confer-

ma copertura" se ne è in possesso.

Presenza di altre assicurazioni. Nel caso in cui si abbia o si stipuli successivamente anche un'altra assicurazione per lo stesso rischio previsto dalle polizze stipulate con Carige in convenzione con la Federazione, ai sensi dell'art. 1910 c.c. (e come ricordato nella convenzione stessa), è necessario comunicare per iscritto alla Carige Assicurazioni S.p.A. tale evenienza; e in caso di sinistro, è necessario darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Inoltre, qualora esista una polizza di responsabilità civile stipulata dall'Azienda Sanitaria pubblica o da struttura privata ove l'Assicurato eserciti la professione, che assicuri il personale sia dipendente sia libero professionista, e/o una polizza di responsabilità civile stipulata dall'Assicurato, l'assicurazione relativa alla polizza R.C. Professionale n° 548447461-03 agirà in eccesso ai massimali garantiti dalla/e polizza/e sopra indicata/e, e comunque fino alla concorrenza del massimale del contratto.

Ovviamente, in caso di non operatività dell'altra/e assicurazione/i, la polizza della Carige si intenderà operante a "primo rischio".

L'assicurazione vale anche per il caso di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria pubblica e/o da struttura privata o da chi per essa nei confronti dell'Assicurato.

Per maggiori informazioni si rimanda al testo delle polizze pubblicato sul sito del Collegio www.ipasvibo.it e sul sito del broker b2b.willis.it/ipasvi/index.htm, inoltre è possibile contattare la Willis:

- al seguente numero verde:
800-637709
- e via e-mail all'indirizzo
it_affinity@willis.com

Ed esclusivamente in caso di sinistri è possibile contattare l'Ufficio Sinistri di Willis Italia SpA al numero 011 244.35.46.

Si ricorda infine l'importanza, per i liberi professionisti, di stipulare anche un'assicurazione sugli infortuni, che possa coprire eventuali danni subiti dal professionista, nell'esercizio della propria professione. L'assicurazione sugli infortuni può essere effettuata presso un Ente Assicurativo di propria fiducia e conoscenza, stipulando con esso, in forma individuale, sia l'entità del premio, sia il massimale posto a copertura del danno subito.

NOTE

1 - Si ricorda che non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;
- personale dipendente soggetto all'assicurazione INAIL.

Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'Assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.

**• La "Squadra"
dei Professionisti
IPASVI**

**partecipa alla
maratona**

"Race for the cure"

Bologna 26 Settembre 2010

Giardini Margherita



L'anno 2010 riporta a Bologna la mini-maratona di solidarietà per sostenere la lotta contro i tumori del seno. Quest'anno anche gli Infermieri, gli Assistenti Sanitari e gli Infermieri Pediatrici sono chiamati ad aderire numerosi all'evento per costituire la "Squadra" del Collegio.

La partecipazione alla Squadra richiede l'iscrizione (quota di € 8,00) che può essere effettuata presso la Segreteria del Collegio dalle ore 14.00 alle ore 17.00 nei giorni di martedì, mercoledì e giovedì dall' 1 al 20 Settembre 2010. L'iscrizione richiede la firma autografa ai fini assicurativi, pertanto è necessario iscriversi di persona. La manifestazione è aperta a tutti, per i minori è necessaria la firma di un genitore. La quota di partecipazione sarà destinata, dalla Susan G.Komen Italia Onlus, a progetti di prevenzione e diagnosi precoce, benessere psicofisico delle donne operate, aggiornamento dei professionisti sanitari e acquisto di apparecchiature di diagnosi e cura.

I nostri professionisti – podisti competitivi – devono iscriversi al Circolo Dozza ATC, Via San Felice 11/E - Bologna (tel. 051.23.10.03), dal lunedì al venerdì ore 9.00-12.30/14.00-17.30.

E' comunque possibile per tutti partecipare alla manifestazione iscrivendosi, il giorno 26 Settembre 2010 entro le ore 9.00, allo Stand Komen – Iscrizioni – presente ai Giardini Margherita.

L'esclusiva *borsa gara*, con la maglia ufficiale da collezione, e il *pettorale gara*, è riservato sia ai podisti competitivi, che si misureranno sul percorso di 5 km, che ai non competitivi, impegnati a loro scelta tra la passeggiata di 5 km e quella di 2 km.

Gli iscritti alla Squadra del Collegio dovranno ritirare la borsa allo stand del Collegio stesso, ai Giardini Margherita, entro le ore 9.00 del giorno 26 Settembre 2010.

Il giorno 24 Settembre 2010 è riservato agli stands degli Sponsor dell'evento ed il giorno 25 Settembre è dedicato alla prevenzione: "*Villaggio della Salute*". Nel Villaggio sarà possibile, per tutte le donne che lo desiderano, effettuare visite mediche ed esami diagnostici. Inoltre saranno a disposizione Infermieri e Assistenti Sanitari per dare informazioni inerenti l'educazione alla salute e la prevenzione dei tumori del seno.



Nei giorni 25-26 Settembre 2010 allo stand Poste Italiane, presente alla Race, si potrà acquistare il francobollo dedicato alla professione infermieristica con sovrapprezzo di € 0.30 in favore della lotta ai tumori del seno. Il francobollo costituisce un prestigioso riconoscimento alla figura e al ruolo dell'Infermiere.

Alle signore, operate di tumore al seno, presenti alla manifestazione sarà dedicata una particolare attenzione, un settore riservato e il colore rosa.

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI auspica l'ampia partecipazione di tutti i professionisti da sempre impegnati alla tutela della salute dei cittadini.

• **Una fotografia della nostra competenza e personalità:
il curriculum vitae et studiorum**

Dott.ssa Silvia Morselli

Il Curriculum Vitae et Studiorum, detto comunemente Curriculum Vitae o abbreviato in CV, deriva dal latino *curre-re* "correre", ed indica quel documento con cui noi sinteticamente presentiamo la nostra situazione personale, scolastica e lavorativa. E' pertanto uno strumento fondamentale nella ricerca del lavoro in quanto, mettendo in evidenza le nostre qualità professionali e personali, ha il non sempre facile compito di suscitare in chi lo legge l'interesse ad esaminarci, per valutare una nostra possibile assunzione.

Affinché il nostro Curriculum possa riuscire nel suo intento, è fondamentale prestare molta attenzione alla sua stesura; sebbene non esista un modello universale (salvo per quanto riguarda il Curriculum Europeo o il Curriculum Vitae Europass¹), tre sono le principali regole che dovremmo seguire.

- Inserire tutte le informazioni utili a centrare l'obiettivo che vogliamo raggiungere. E' quindi fondamentale, quando si scrive il proprio Curriculum, avere chiare le esigenze della persona che lo leggerà, in modo da sottolineare gli aspetti della propria formazione ed esperienza lavorativa più opportuni. Questa regola vale anche per la lettera di presentazione, che accompagnerà il Curriculum, che dovrà essere redatta con la stessa premura.
- Inserire i dati in uno schema adatto a dare loro valore.
- Comporre il tutto in un insieme graficamente gradevole e in un buon italiano; a tale proposito specialmente se non siamo di madrelingua italiana dovremmo, prima di procedere alla sua presentazione, farne verificare la correttezza grammaticale e ortografica.

Ricapitolando: **il Curriculum è un documento che deve partire da una riflessione su sé stessi, sulle proprie esperienze, sui propri punti forti e punti deboli, per poter mettere in risalto gli uni e in ombra gli altri.** Preparare un buon Curriculum non solo è fondamentale per avere l'occasione di essere chiamati a incontrare l'Azienda/Ente a cui si presenta ma, alla luce di quanto abbiamo appena detto, **significa anche essere pronti per un buon colloquio.**

Prendiamo ora in esame nel dettaglio quali informazioni dobbiamo riportare, distinguendo quelle che sono imprescindibili, da quelle che possono anche essere omesse. Possiamo ritenere fondamentali le seguenti indicazioni.

DATI PERSONALI

- Nome e cognome (in questo ordine ed omettendo i titoli); se il nome non è italiano o di uso comune in Italia, meglio se specifichiamo anche il sesso;
- Data e luogo di nascita. Nel caso di nascita all'estero dobbiamo riportare sia la città, sia la nazione. Qualora la nazione di nascita sia diversa da quella della cittadinanza, è opportuno che indichiamo le cittadinanze possedute e da quando vi è stata la nuova acquisizione. Se siamo cittadini di un paese non comunitario è buona norma precisare il possesso del permesso di lavoro in Italia (con tanto di indicazioni di date di rilascio e scadenza).
- Indirizzo di un domicilio in cui facilmente possiamo essere contattati, recapiti telefonici, fax, e-mail, patente (se utile al lavoro per cui ci candidiamo). Se vogliamo, possiamo indicare anche lo stato civile, ma spesso è meglio rimandare questa informazione al colloquio, in quanto non è un dato che aggiunge o toglie qualcosa alle nostre esperienze professionali, ma allo stesso tempo, specie per una donna sposata, può trasformarsi in un ostacolo in quanto potrebbe essere erroneamente interpretato, da chi ci deve assumere, come un blocco alla dedizione al lavoro.
- Iscrizione all'Albo: specificando la Provincia del Collegio IPASVI, il numero, la data e la qualifica (Infermiere Professionale, Assistente Sanitario, Vigilatrice d'Infanzia) d'iscrizione.

La parte dei dati personali è fondamentale, ma non deve occupare troppo spazio: il Curriculum non è una carta di identità.

ISTRUZIONE

Riporteremo i titoli di studio partendo dall'esperienza più recente (master o laurea) fino al diploma superiore, indicando l'anno di conseguimento e la Scuola/Università che ce lo ha rilasciato. Il titolo della tesi va citato solo se funzionale alla candidatura, la votazione conseguita va specificata per la tesi di laurea, mentre per il diploma la metteremo solo se molto positiva.

ESPERIENZE LAVORATIVE

Le esperienze lavorative vanno indicate partendo dalla più recente andando a ritroso, riportando mese e anno di inizio e di fine rapporto, ragione sociale del datore di lavoro (evitando sigle che risultino incomprensibili al lettore), li-

vello di inquadramento e una breve, ma efficace, descrizione dei compiti svolti e, laddove è possibile, dei risultati ottenuti. Se abbiamo avuto esperienze lavorative saltuarie le segnaleremo senza enfatizzarle, riportando solo l'anno in cui si sono svolte, in modo così da non evidenziare la brevità e sfumare gli eventuali buchi temporali.

LIBERATORIA SULLA PRIVACY

E' indispensabile che riportiamo in calce una liberatoria, ai sensi D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 con la quale autorizziamo a trattare i nostri dati. Per esempio:

Il sottoscritto NOME COGNOME presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 196/03

FIRMA AUTOGRAFA

Il Curriculum va terminato apponendo la nostra firma autografa sotto la liberatoria sulla Privacy.

Affrontiamo ora le informazioni che nel Curriculum sono generalmente facoltative, senza dimenticarci che nel Curriculum lo stesso tipo di dati può essere essenziale, facoltativo o addirittura superfluo, in base al lavoro ricercato. Per un professionista sanitario, che ha l'obbligo della formazione permanente, è per esempio irrinunciabile la parte delle esperienze formative, in cui riporterà i crediti acquisiti e in più in generale, tutta la formazione inerente la professione svolta.

ESPERIENZE FORMATIVE

Vi elencheremo tutti i corsi, tirocini, seminari svolti inerenti alla professione per cui ci candidiamo (se non sono attinenti a tale figura, li riporteremo a parte in una sezione denominata "formazione complementare"), similmente a quanto fatto per l'istruzione. Per quanto riguarda i crediti ECM, per evitare un eccessivo dilungamento, potremmo decidere di indicare quanti crediti abbiamo acquisito per anno e indicare per esteso solo i titoli che riteniamo fondamentali e/o i più recenti.

CONOSCENZA DELLE LINGUE STRANIERE

In questa sezione illustreremo, in maniera obiettiva, in ordine decrescente di padronanza, le lingue conosciute specificando il nostro grado di competenza, considerando che:

- Madrelingua: indica il pieno dominio della lingua letta, scritta e parlata;
- Ottimo: indica la capacità di conversare di qualunque argomento e di scrivere e leggere senza difficoltà e senza errori;
- Buono: indica la capacità di leggere testi di una certa complessità, di sostenere una conversazione, di scrivere con l'aiuto di un dizionario;
- Discreto: indica una sufficiente ca-

pacità di esprimersi e di capire un interlocutore, oltre che di comprendere i testi più semplici;

- Scolastico: indica la conoscenza dei rudimenti della lingua, che permettono una comprensione e una capacità di spiegarsi a livello elementare. Se lo riteniamo necessario per la posizione che vogliamo ricoprire possiamo riportare anche corsi svolti, i certificati/diplomi ottenuti e le permanenze all'estero, se significative.

CONOSCENZE INFORMATICHE

Similmente a quanto abbiamo detto per le conoscenze linguistiche, indicheremo il nostro livello di conoscenza dei programmi, dei linguaggi informatici e gli eventuali corsi che abbiamo svolto.

PUBBLICAZIONI

Sono da indicare solo se inerenti alla nostra professione. Di seguito tre esempi di come riportare rispettivamente: la pubblicazione di un libro, di un saggio e di un articolo.

Parmelli, Claudio, *Guida pratica alle banche dati*, Padova, Muzzio, 1988

Montesano, Aldo, «Risk Aversion Measures with Expected and Non-Expected Utility», in AAVV, *Decision Making under Risk and Uncertainty: New Models and Empirical Findings*. Papers presented at the Fifth International Conference on the Foundation and Application of Utility, Risk, and Decision Theories, Duke University, 9-13 giugno, 1990, a cura di John Geweke, Dordrecht, Kluwer Academic, pp. 69-81

Lewis, Alan, «Editorial», *Journal of Economic Psychology*, 17, 1996, pp. 1-2

HOBBY, INFORMAZIONI PERSONALI e VOLONTARIATO

Spesso non è molto utile al fine di far capire chi siamo, o come vogliamo apparire, indicare in modo vago e generico hobby e interessi vari; molto più efficace è invece indicare gli eventuali successi conquistati nella vita sociale: attività agonistiche, responsabilità acquisite in associazioni ed enti. In caso di volontariato è bene che indichiamo l'organizzazione/ente e le mansioni.

ALTRE INFORMAZIONI

Possiamo aggiungere altre informazioni che riteniamo utili quali per esempio borse di studio conseguite, disponibilità, trasferte, part-time, lavoro su turni, ecc.

Una volta fatta la stesura dei contenuti, dobbiamo organizzarli con molta cura. I capitoli devono essere distinguibili per omogeneità di dati e spaziatura, disposti con ordine e facilmente identificabili; l'impaginazione deve facilitare la lettura; i corsivi, grassetti, e sottolineature vanno utilizzati con misura, per dare rilievo ai dati, strutturare il testo e mostrare la propria confidenza con il computer; da evitare l'impiego di

font pomposi, aggettivi troppo ricercati, toni troppo deferenti; per la stampa utilizzare carta bianca e pulita, formato standard A4, un foglio per pagina. Quindi se da una parte occorre stare attenti a non essere sciatti e disordinati, dall'altra non bisogna nemmeno eccedere nell'opposto, con un'impostazione troppo burocratica, rigida e formale. Se utilizziamo Word possiamo prendere come base un modello già esistente e personalizzarlo; assolutamente da evitare di manoscriverlo, salvo se esplicitamente richiesto.

La lunghezza di un Curriculum dovrebbe essere approssimativamente una o due pagine al massimo per un neolaureato senza o con poca esperienza lavorativa; per scrivere più pagine ci devono essere delle informazioni veramente importanti, ma comunque anche per le persone da più tempo nel mondo del lavoro è necessario che il Curriculum sia conciso nelle parole e ricco nei fatti (il tempo medio di lettura di un curriculum da parte di un selezionatore è stimato attorno ai 20 secondi).

A conclusione di questo excursus sul Curriculum, alla luce di quanto detto, vogliamo fare un'ultima riflessione sul suo scopo. Il nostro Curriculum deve mostrarci come la persona "giusta" e per chi fa selezione "giusta" non è sinonimo di "competente". Sebbene la competenza sia un fattore imprescindibile, ci sono altri elementi, altrettanto importanti, che chi ci dovrà scegliere valuterà:

- I nostri bisogni immediati e le nostre motivazioni fondamentali.
- Le nostre capacità di apprendimento.
- Le compatibilità del nostro carattere con quello dell'ambiente di lavoro in cui andremo inseriti.

Tramite il Curriculum il selezionatore cercherà di capire dai contenuti i nostri saperi e dalla forma (impaginazione e lunghezza, quantità e qualità delle informazioni trasmesse) la nostra personalità.

NOTE

1 - Nel caso volessimo fare un'esperienza all'estero, o qualora fosse espressamente richiesto, è bene utilizzare il CV europeo o meglio ancora il CV Europass, che lo ha sostituito, il cui modello è scaricabile dal sito <http://www.europass-italia.it/>

BIBLIOGRAFIA

- Crimini, Paola e Giusti, Edoardo, *Come scrivere il proprio Curriculum: le regole d'oro per trovare il lavoro giusto*, Milano, FrancoAngeli, 2002, pp. 167
- Lepore, Mario e Boschi, Paolo, *Fare il Curriculum. La chiave per un lavoro nuovo e congeniale*, Colognola ai Colli, Demetra, 2001, pp. 143
- <http://www.informagiovanni.it/>
- <http://it.wikipedia.org>
- Materiale a cura del Careers Service - Via Zamboni 16 Bologna

• Concorso Nazionale 10 Edizione 2011 Premio Gemma Castorina

PREMIO

**"INFERMIERA GEMMA CASTORINA"
COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI
GROSSETO**

PREMIO SPECIALE

**"INFERMIERA GEMMA CASTORINA"
PROVINCIA DI GROSSETO**

PREMIO SPECIALE

**"INFERMIERA GEMMA CASTORINA"
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA**

PREMIO SPECIALE

**"INFERMIERA GEMMA CASTORINA"
AZIENDA USL 9 DI GROSSETO**

Il Collegio Provinciale IPASVI di Grosseto indice un Concorso Nazionale di ricerca infermieristica per ricordare l'Infermiere Gemma Castorina.

Il significato di questa scelta scaturisce dal principio che la ricerca rappresenta uno strumento fondamentale per lo sviluppo scientifico della professione in quanto misura le conoscenze prodotte e la capacità di tradurle in miglioramento della qualità dell'assistenza offerta ai cittadini; rappresenta l'elemento imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica e per applicare interventi assistenziali di documentata efficacia. In questa 10ª edizione del Concorso Nazionale, vi saranno 4 premi.

Gli argomenti di ricerca per questa 10ª edizione del Concorso Nazionale sono:

1 - PREMIO "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI - Grosseto € 2000,00. I candidati devono produrre un elaborato inerente:

Titolo "Studi relativi alle problematiche etiche e all'applicazione del Codice Deontologico dell'Infermiere nei processi di comunicazione/informazione con la persona assistita"

2 - PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" PROVINCIA DI GROSSETO

€ 1500,00. I candidati devono produrre un elaborato inerente:

Titolo "Percorsi clinico assistenziali, strumenti operativi e modelli organizzativi di assistenza infermieristica in ambito domiciliare, integrato con i MMG e PLS, a supporto della famiglia: gestione della dimissione difficile dalla teoria all'esperienza professionale"

3 - PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA di € 1000,00.

I candidati devono produrre un elaborato inerente:

Titolo "Sperimentazione di nuovi modelli, strategie, metodi per la didattica in tirocinio"

4 - PREMIO SPECIALE "INFERMIERA GEMMA CASTORINA" Progetti di miglioramento -

AZIENDA USL 9 Grosseto. Riservato agli infermieri dipendenti dell'Azienda Usl 9 di Grosseto-€ 1500,00. I candidati devono produrre un elaborato inerente:

Titolo "La continuità delle cure tra ospedale e territorio: ruolo, competenze e strumenti del professionista Infermiere nella presa in carico della persona assistita"

1 - Requisiti generali e specifici

Il lavoro di ricerca Infermieristica presentato deve **essere originale, inedito e deve rispondere ai requisiti del metodo scientifico secondo lo schema allegato.**

Possono partecipare al concorso:

1 - gli iscritti negli Albi dei Collegi Provinciali IPASVI, che operano nel territorio Nazionale;

2 - gli studenti iscritti al 3° anno di Corso di Laurea in Infermieristica;

3 - i dipendenti dell'azienda USL 9 di Grosseto per il premio Speciale Azienda USL 9.

L'elaborato può essere redatto da un singolo partecipante o da un gruppo di infermieri e/o studenti Infermieri. Tali requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del Bando di Concorso.

Gli studenti devono allegare al lavoro un certificato di iscrizione al 3° anno di corso di Laurea in Infermieristica .

2 - Fattori Escludenti

Non possono partecipare al premio i Professori ordinari o associati di Scienze Infermieristiche e gli studenti iscritti ai dottorati di ricerca.

Considerato che l'intento del Concorso Nazionale è di valorizzare la ricerca e i risultati reali di beneficio per le persone con bisogni di salute, i vincitori si devono impegnare, dichiarandolo alla presentazione dell'elaborato, **ad attuare i progetti di ricerca presentati, a presentare i risultati conseguiti applicando progetti di educazione e di prevenzione, procedure, percorsi di cura, dopo un anno dal Premio:** per questo verrà dedicato uno spazio esclusivo nella giornata di Premiazione.

3 - Termini per la presentazione della domanda e invio elaborato.

La domanda di partecipazione al concorso, redatta in carta semplice, dovrà essere indirizzata al **Presidente del Collegio IPASVI di Grosseto, Via Repubblica Domenicana n. 80 - 58100**

Grosseto e dovrà essere presentata o pervenire entro le ore 12 del 5 febbraio 2011.

L'elaborato e la relativa domanda si considerano prodotti in tempo utile anche se spediti a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Alla domanda, sottoscritta dal/dai concorrente/i, comprensiva dell'impegno a presentare il report di attività ad un anno dal premio, **dovranno essere allegati 4 copie del lavoro di ricerca infermieristica con il quale si intende concorrere e il lavoro contenuto nel supporto magnetico CD.** Il Lavoro inviato **non dovrà contenere elementi riconoscitivi all'interno della stesura pena l'esclusione.** I dati anagrafici dovranno essere riportati nella scheda raccolta dati allegata che dovrà contenere il cognome, nome, il luogo e la data di nascita, la residenza, l'Albo nel quale è iscritto o la sede universitaria frequentata, dall'autore o dagli autori, nonché il domicilio e **il recapito telefonico presso il quale, ad ogni effetto deve essere data ogni necessaria comunicazione relativa al concorso.**

Il Collegio IPASVI di Grosseto non assume alcuna responsabilità nel caso di dispersione del lavoro di ricerca infermieristica conseguente ad inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, o da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicata nel lavoro presentato, né per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa del Collegio stesso. **Il termine stabilito per la presentazione dei lavori di ricerca infermieristica è perentorio pertanto non saranno presi in considerazione i lavori che, per qualsiasi ragione, vengano presentati o spediti al di fuori del termine stabilito.**

4 - Norme editoriali

Raccomandiamo l'aderenza della struttura dell'elaborato allo schema allegato.

Gli autori devono scrivere i propri elaborati in massimo 60 cartelle, corredate di abstract con:

- TIMES NEW ROMAN con carattere 12
- carta A4 con margini di 2 cm per ogni lato con pagine numerate
- corredate di bibliografia completa in ordine alfabetico

5 - Commissione esaminatrice

Le Commissioni esaminatrici, composte dai membri della "Commissione Premio Gemma Castorina" una per ciascun Premio, presiedute dal Presidente del Collegio IPASVI e nominate con atto deliberativo, saranno composte dai rappresentanti del Consiglio

Direttivo del Collegio IPASVI di Grosseto, dai Commissari esperti in Ricerca nominati dal Consiglio Direttivo e dai delegati della Provincia, dell'Università degli Studi di Siena e dell'Azienda USL 9 come da regolamento.

6 - Valutazione e premiazione.

La valutazione dei lavori sarà effettuata considerando:

- **il rispetto degli aspetti etico deontologici;**
- **la validità della metodologia scientifica;**
- **l'aderenza allo schema di ricerca proposto;**
- **l'operatività dello strumento proposto;**
- **il congruo utilizzo delle risorse impiegate.**

La graduatoria dei lavori idonei, per ciascun Premio, sarà formulata dalla commissione esaminatrice e approvata con apposito provvedimento, col quale, sulla base dei criteri indicati negli allegati a parte del presente bando, **sarà individuato il lavoro migliore per ciascuno dei 4 premi con l'attribuzione della somma riportata a fianco di ciascun premio.** Il primo lavoro classificato per ciascun premio verrà pubblicato sulla rivista Infermieristica Nursing Oggi.

La premiazione verrà effettuata durante la celebrazione della Giornata Internazionale dell'Infermiere che si svolgerà a Grosseto in data 12 Maggio 2011, o comunque in una data scelta per i festeggiamenti della giornata Internazionale dell'Infermiere.

Il presente bando viene inviato per essere affisso presso i Collegi Provinciali IPASVI, le Direzioni

delle Professioni Infermieristiche dei principali presidi delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, presso le Università sedi del Corso di Laurea in Infermieristica, nonché sull'organo Ufficiale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e sul sito del Collegio IPASVI di Grosseto: www.ipasvigrosseto.it

Per eventuali chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla Segreteria del Collegio:

Martedì e Giovedì dalle ore 9,00 alle ore 11,00

Tel. n. 0564/22975


Fax n. 0564/22976

E-mail: grosseto@ipasvi.legalmail.it

Allegati:

- 1 - scheda dati anagrafici
- 2 - schema di ricerca
- 3 - criteri di valutazione elaborati

Il Segretario - *Paolo Breschiagliaro*
Il Presidente - *Claudia Monaci*
Grosseto 16 giugno 2010

 <p>IPASVI Collegio Provinciale IPASVI GROSSETO</p>	<p>Concorso Nazionale 10 Edizione 2011 Premio Gemma Castorina</p>	<p>2 Stesura : 29 MAGGIO 2009 11 Revisione : 16 giugno 2010 Pagina 4 di 8</p>
---	--	---

Allegato 1

Scheda dati anagrafici

COGNOME NOME

NATO A IL

RESIDENTE A

DOMICILIO CAP

N. TEL.

N. CELL.


E-mail

ISCRITTO AL COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI:

RUOLO PROFESSIONALE:

SEDE LAVORATIVA (indirizzo completo)

SE STUDENTE INDICARE LA SEDE UNIVERSITARIA (INDIRIZZO COMPLETO)

 IPASVI Collegio Provinciale IPASVI GROSSETO	Concorso Nazionale 10 Edizione 2011 Premio Gemma Castorina	2 Stesura : 29 MAGGIO 2009 11 Revisione : 16 giugno 2010 Pagina 5 di 8
---	---	--


Allegato2: Schema di ricerca

FASI

A- Formulazione del quesito di Ricerca / Problema	Scegliere l'ambito di interesse infermieristico che risulta problematico rispetto al tema indicato dal bando e svilupparlo .
B- Analisi bibliografica	Dimostrare di aver ricercato ed effettuato una lettura critica dei lavori esistenti sul tema in ambito nazionale ed internazionale.
C- Obiettivi ed ipotesi della ricerca	Formulare in modo sintetico l'ipotesi che si intende dimostrare con la ricerca (lo scopo da raggiungere).
D- Disegno della ricerca	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campioni sui cui è o si potrebbe utilizzare il percorso proposto 2. Strumento/Modello organizzativo/Percorso clinico assistenziale creato. Se la ricerca è sperimentale : <ol style="list-style-type: none"> 3. variabili dipendenti variabili indipendenti criteri escludenti
B- Piano organizzativo della ricerca	Contesto su cui si sviluppa ricerca : ospedale territorio domicilio
C- Modalità di raccolta e trattamento dei dati raccolti	Se la ricerca è sperimentale dichiarare come si sono raccolti i dati, le funzioni statistiche utilizzate (percentuali/ medie ecc.)
D- Modalità di discussione dei dati	Se la ricerca è sperimentale dichiarare gli indicatori di confronto tra i due campioni osservati.
E- Modalità di trasferimento e diffusione della ricerca	Dichiarare come si potrebbero diffondere nella comunità infermieristica gli eventuali modelli proposti.

Testi consigliati :

- **Fiamminghi M., Passera O., Simini A.,** " *Manuale per la ricerca infermieristica* " - Milano 1995
Casa Editrice Ambrosiana –
- **G.Lo Biondo-Wood, J. Haber** , " *Metodologia della ricerca infermieristica* " - Roma Settembre 2004 Mc Graw-Hill Edizioni -
- **Fain J.A.** La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. 2° edizione. Milano: 2004. McGraw-Hill Edizioni -

 IPASVI Collegio Provinciale IPASVI GROSSETO	Concorso Nazionale 10 Edizione 2011 Premio Gemma Castorina	2 Stesura : 29 MAGGIO 2009 11 Revisione : 16 giugno 2010 Pagina 6 di 8
---	---	--

VALUTAZIONE COMPARATIVA DELL'ATTIVITÀ DI RICERCA
Schema sviluppato in collaborazione con la Cattedra di Scienze infermieristiche
dell'Università degli Studi di Brescia

Criteri di esclusione (cod. A)

I 'criteri di esclusione' si riferiscono ai *requisiti che l'elaborato proposto deve necessariamente possedere* per essere ammesso alla valutazione comparativa. Rappresentano, dunque, caratteristiche che devono essere individuate e valutate *preventivamente* e che riguardano sostanzialmente la pertinenza con il tema concorsuale stabilito e il rispetto degli aspetti etici e deontologici della ricerca.

Il mancato possesso dei requisiti compresi in questa fattispecie comporta l'esclusione dalla valutazione comparativa.

PERTINENZA CON IL TEMA CONCORSUALE BANDITO (COD. A1)

Il focus del lavoro proposto (individuabile, ad esempio, attraverso l'analisi del quesito o dei risultati) deve essere **pertinente** con il tema concorsuale bandito. In altre parole, i risultati e le conclusioni devono presentare conoscenze relative al tema concorsuale bandito.

ptinenza (A1)

sì	no
----	----

RISPETTO DEGLI ASPETTI ETICI E DEONTOLOGICI (COD. A2)

La realizzazione del lavoro proposto deve risultare **rispettosa delle norme etiche e deontologiche** previste per l'attività di ricerca (ad es.: rispetto della dignità, consenso, anonimato ecc.). In altre parole, gli autori devono dichiarare esplicitamente le modalità con cui hanno assicurato il rispetto di tali obblighi.

etica (A2)

sì	no
----	----


Valutazione delle caratteristiche maggiori (cod. B)

Conclusa la valutazione dei criteri di esclusione, per tutti i lavori accettati si deve passare all'analisi delle 'caratteristiche maggiori', che si riferisce sostanzialmente alla classificazione della natura del lavoro svolto. Tale classificazione comporta l'attribuzione del lavoro proposto ad una specifica categoria, secondo una scala di tipo ordinale.

TIPOLOGIA DEL LAVORO SVOLTO (COD. B1)

tipologia (B1)

attività di ricerca realizzata, comprensiva di revisione della letteratura	Ia
attività di ricerca realizzata, senza revisione della letteratura	Ib
attività di ricerca progettata, ma non realizzata, comprensiva di revisione della letteratura	Ic
attività di ricerca progettata, ma non realizzata e senza revisione della letteratura	Id
revisione sistematica della letteratura, con dichiarazione della strategia di ricerca	IIa
revisione semplice della letteratura	IIb
sintesi di progetti e/o esperienze professionali innovativi svolti, con elaborazione statistica dei dati	IIIa
sintesi di progetti e/o esperienze professionali innovativi svolti, senza elaborazione statistica dei dati	IIIb
sintesi di progetti e/o esperienze professionali innovativi ancora da svolgere	IIIc

 <p>IPASVI Collegio Provinciale IPASVI GROSSETO</p>	<p>Concorso Nazionale 10 Edizione 2011 Premio Gemma Castorina</p>	<p>2 Stesura : 29 MAGGIO 2009 11 Revisione : 16 giugno 2010 Pagina 7 di 8</p>
---	--	---

Valutazione delle caratteristiche specifiche (cod. C)

Conclusa la valutazione delle caratteristiche maggiori di ciascun lavoro accettato, con assegnazione dell'appropriato codice relativo alla tipologia del lavoro stesso, si deve passare all'analisi delle 'caratteristiche specifiche', che prevede l'attribuzione di un determinato punteggio quantitativo. Tale analisi riguarda sostanzialmente l'appropriatezza scientifica e metodologica del lavoro svolto, compresi gli aspetti relativi alla relazione con le attuali conoscenze, e il valore dei risultati ottenuti.

MODALITÀ DI DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO:

- 0 = insufficiente o non valutabile; 1 = sufficiente; 2 = buono; 3 = ottimo; 4 = eccellente
- attenzione:** al termine dell'analisi, alle tipologie 1a, 1c, 2a, 3a si applicano punteggi raddoppiati

rilevanza e attualità dell'argomento (C1)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

L'argomento individuato è rilevante/importante nell'attuale contesto di sviluppo scientifico, culturale e professionale dell'infermieristica e sono fornite motivazioni a tale scopo

appropriatezza e chiarezza del quesito (C2)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Il quesito (o l'ipotesi) è dichiarato esplicitamente, è chiaro e risulta appropriato e coerente con il tema Concorsuale

congruenza tra quesito e disegno (C3)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

L'insieme dei metodi scelti per realizzare il lavoro (cioè, il 'disegno') risulta congruente con il quesito a cui si vuole rispondere (o l'ipotesi che si vuole sottoporre a verifica)

background scientifico (C4)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Il lavoro è sostenuto e motivato da un apparato bibliografico di qualità

strategie di ricerca bibliografica (C5)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Le strategie di ricerca bibliografica delle fonti utilizzate sono dichiarate esplicitamente e rispettano gli attuali criteri di qualità

campionamento (C6)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

La popolazione di riferimento è correttamente individuata; il campione è stato selezionato con una tecnica appropriata e risulta rappresentativo della popolazione di riferimento

integrazione e integrità (C7)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Il lavoro è stato realizzato nell'ottica dell'integrazione multidisciplinare; gli autori risultano indipendenti da conflitti di interesse

coinvolgimento della persona assistita (C8)


4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Nella realizzazione del lavoro, è stata considerata e/o coinvolta la persona assistita e/o le associazioni di riferimento, anche allo scopo di esprimere valori e aspettative soggettivi e formulare conclusioni condivise

tecniche e strumenti di raccolta dei dati (C9)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Per la raccolta dei dati, sono stati utilizzati tecniche e strumenti appropriati, validi e intersoggettivi

	Concorso Nazionale 10 Edizione 2011 Premio Gemma Castorina	2 Stesura : 29 MAGGIO 2009 11 Revisione : 16 giugno 2010 Pagina 8 di 8
---	---	--

tecniche e strumenti di analisi e interpretazione dei dati (C10)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Per l'analisi e l'interpretazione (sia quantitativa, sia qualitativa) dei dati, sono stati utilizzati tecniche e strumenti appropriati, validi e intersoggettivi

presentazione dei risultati (C11)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

I risultati sono presentati con chiarezza, semplicità ed efficacia e si basano fedelmente sull'analisi e interpretazione neutrale dei dati, senza commenti soggettivi da parte degli autori

valore dei risultati (C12)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

I risultati presentati sono originali e contribuiscono ad aumentare effettivamente le conoscenze sull'argomento individuato

conclusioni (C13)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Le conclusioni sono pertinenti rispetto al quesito iniziale; sono sintetiche, chiare, semplici e coerenti con i risultati presentati; comprendono un confronto con le conoscenze già note, derivanti dalla letteratura revisionata

ricadute operative e utilizzatori (C14)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Le conclusioni esplicitano le potenziali ricadute operative delle conoscenze prodotte dal lavoro svolto, identificano con chiarezza i destinatari/utilizzatori di tali conoscenze e comprendono una stima del rapporto costi-benefici della loro applicazione

limiti (C15)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

I limiti del lavoro svolto sono esplicitati con chiarezza e onestà intellettuale; errori, lacune e imperfezioni sono individuate e motivate dagli autori

editing (C15)

4	3	2	1	0
---	---	---	---	---

Il report presentato è facilmente leggibile, scritto in forma semplice e chiara, illustrato in modo appropriato; gli errori redazionali sono assenti o modesti

Data totale punteggio.....

firma Commissario

NORMATIVA

Legge 15 marzo 2010, n. 38

• “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

pubblicata nella
Gazzetta Ufficiale
n. 65 del 19 marzo 2010

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

(Finalità).

1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

2. È tutelato e garantito, in particolare, l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall’articolo 2, comma 1, lettera c), nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell’8 febbraio 2002, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell’autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l’equità nell’accesso all’assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) tutela della dignità e dell’autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;

b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;

c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia.

Art. 2.

(Definizioni).

1. Ai fini della presente legge si intende per:

a) «cure palliative»: l’insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un’inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici;

b) «terapia del dolore»: l’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore;

c) «malato»: la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa;

d) «reti»: la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall’insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all’erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari;

e) «assistenza residenziale»: l’insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogati ininterrottamente da *équipe* multidisciplinari presso una struttura, denominata «hospice»;

f) «assistenza domiciliare»: l’insieme degli interventi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che garantiscono l’erogazione di cure palliative e di terapia del dolore al domicilio della persona malata, per ciò che riguarda sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia quelli delle *équipe* specialistiche di cure palliative, di cui il medico di medicina generale

è in ogni caso parte integrante, garantendo una continuità assistenziale ininterrotta;

g) «*day hospice*»: l’articolazione organizzativa degli hospice che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali a ciclo diurno non eseguibili a domicilio;

h) «assistenza specialistica di terapia del dolore»: l’insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di *day hospital* e di ricovero ordinario e sul territorio da *équipe* specialistiche.

Art. 3.

(Competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano).

1. Le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni.

2. Nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze in materia tra Stato e regione, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità, tenuto conto anche dell’accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche sottoscritto il 27 giugno 2007 e del documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato il 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. L’attuazione dei principi della presente legge in conformità alle linee guida definite ai sensi del comma 2 costituisce adempimento regionale ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato.

4. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 9 dell’intesa sottoscritta il 23 marzo 2005 tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, valuta annualmente lo stato di attuazione della presente legge, con

particolare riguardo all'appropriatezza e all'efficienza dell'utilizzo delle risorse e alla verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

Art. 4.

(Campagne di informazione).

1. Il Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove nel triennio 2010-2012 la realizzazione di campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, anche attraverso il coinvolgimento e la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private nonché delle organizzazioni private senza scopo di lucro impegnate nella tutela dei diritti in ambito sanitario ovvero operanti sul territorio nella lotta contro il dolore e nell'assistenza nel settore delle cure palliative.

2. Le campagne di cui al comma 1 promuovono e diffondono nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative, anche delle cure palliative pediatriche, e della terapia del dolore, al fine di promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari.

3. Per la realizzazione delle campagne di cui al presente articolo è autorizzata la spesa di 50.000 euro per l'anno 2010 e di 150.000 euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012.

Art. 5.

(Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore).

1. Al fine di consentire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze del malato in conformità agli obiettivi del Piano sanitario nazionale e comunque garantendo i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, il Ministero della salute attiva una specifica rilevazione sui presidi ospedalieri e territoriali e sulle prestazioni assicurati in ciascuna regione dalle strutture del Servizio sanitario nazio-

nale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere l'attivazione e l'integrazione delle due reti a livello regionale e nazionale e la loro uniformità su tutto il territorio nazionale.

2. Con accordo stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. Con il medesimo accordo sono altresì individuate le tipologie di strutture nelle quali le due reti si articolano a livello regionale, nonché le modalità per assicurare il coordinamento delle due reti a livello nazionale e regionale.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati *standard* strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie. Per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica, l'intesa di cui al precedente periodo tiene conto dei requisiti di cui all'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sottoscritto il 27 giugno 2007

in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e del documento tecnico approvato il 20 marzo 2008.

4. L'intesa di cui al comma 3 prevede, tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti, quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare. La medesima intesa provvede a definire un sistema tariffario di riferimento per le attività erogate dalla rete delle cure palliative e dalla rete della terapia del dolore per permettere il superamento delle difformità attualmente presenti a livello interregionale e per garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

5. All'attuazione del presente articolo si provvede, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 6.

(Progetto «Ospedale-Territorio senza dolore»).

1. Al fine di rafforzare l'attività svolta dai Comitati «Ospedale senza dolore» istituiti in attuazione del progetto «Ospedale senza dolore» di cui all'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 29 giugno 2001, che assume la denominazione di progetto «Ospedale-Territorio senza dolore», è autorizzata la spesa di 1.450.000 euro per l'anno 2010 e di 1.000.000 di euro per l'anno 2011.

2. Con accordo stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le risorse di cui al comma 1 sono ripartite e destinate a iniziative, anche di carattere formativo e sperimentale, volte a sviluppare il coordinamento delle azioni di cura del dolore favorendone l'integrazione a livello territoriale.

3. Con l'accordo di cui al comma 2 sono altresì stabiliti modalità e indicatori per la verifica dello stato di attuazione a livello regionale del progetto di cui al comma 1.

Art. 7.

(Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica).

1. All'interno della cartella clinica, nel-

le sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito.

2. In ottemperanza alle linee guida del progetto «Ospedale senza dolore», previste dall'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 29 giugno 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica ai sensi del comma 1.

Art. 8.

(Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore).

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, individua con uno o più decreti i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Con i medesimi decreti sono individuati i criteri per l'istituzione di master in cure palliative e nella terapia del dolore.

2. In sede di attuazione dei programmi obbligatori di formazione continua in medicina di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, la Commissione nazionale per la formazione continua, costituita ai sensi dell'articolo 2, comma 357, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, prevede che l'aggiornamento periodico del personale medico, sanitario e socio-sanitario, impegnato nella terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative e nell'assistenza nel settore delle cure palliative, e in particolare di medici ospedalieri, medici specialisti ambulatoriali territoriali, medici di medicina generale e di continuità assistenziale e pediatri di libera scelta, si realizzi attraverso il conseguimento di crediti formativi su percorsi assistenziali mul-

tidisciplinari e multiprofessionali.

3. L'accordo di cui all'articolo 5, comma 2, individua i contenuti dei percorsi formativi obbligatori ai sensi della normativa vigente ai fini dello svolgimento di attività professionale nelle strutture sanitarie pubbliche e private e nelle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nell'ambito delle due reti per le cure palliative e per la terapia del dolore, ivi inclusi i periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture delle due reti.

4. In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, mediante intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sentite le principali società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nel settore delle cure palliative e della terapia del dolore, sono definiti percorsi formativi omogenei su tutto il territorio nazionale per i volontari che operano nell'ambito delle due reti.

5. All'attuazione del presente articolo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Art. 9.

(Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore).

1. Presso il Ministero della salute è attivato, eventualmente anche attraverso l'istituzione di una commissione nazionale, avvalendosi delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, il monitoraggio per le cure palliative e per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano forniscono tutte le informazioni e i dati utili all'attività del Ministero e possono accedere al complesso dei dati e delle informazioni in possesso del Ministero. Il Ministero, alla cui attività collaborano l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per la formazione continua, l'Agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità, fornisce anche alle regioni elementi per la valutazione dell'andamento della prescrizione dei farmaci utilizzati per la terapia del dolore, del livello di attuazione delle linee guida di cui all'articolo 3, comma 2, nonché dello stato di realizzazione e di sviluppo delle due reti su tutto il territorio nazionale, con particolare riferimento alle disomogeneità territoriali e

all'erogazione delle cure palliative in età neonatale, pediatrica e adolescenziale. Il Ministero provvede a monitorare, in particolare:

- a) i dati relativi alla prescrizione e all'utilizzazione di farmaci nella terapia del dolore, e in particolare dei farmaci analgesici oppiacei;
- b) lo sviluppo delle due reti, con particolare riferimento alla verifica del rispetto degli indicatori e dei criteri nazionali previsti dalla normativa vigente;
- c) lo stato di avanzamento delle due reti, anche con riferimento al livello di integrazione delle strutture che ne fanno parte;
- d) le prestazioni erogate e gli esiti delle stesse, anche attraverso l'analisi qualitativa e quantitativa dell'attività delle strutture delle due reti;
- e) le attività di formazione a livello nazionale e regionale;
- f) le campagne di informazione a livello nazionale e regionale;
- g) le attività di ricerca;
- h) gli aspetti economici relativi alla realizzazione e allo sviluppo delle due reti.

2. Entro il 31 dicembre di ciascun anno, il Ministero della salute redige un rapporto, finalizzato a rilevare l'andamento delle prescrizioni di farmaci per la terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative, con particolare riferimento ai farmaci analgesici oppiacei, a monitorare lo stato di avanzamento delle due reti su tutto il territorio nazionale e il livello di omogeneità e di adeguatezza delle stesse, formulando proposte per la risoluzione dei problemi e delle criticità eventualmente rilevati, anche al fine di garantire livelli omogenei di trattamento del dolore su tutto il territorio nazionale.

3. Nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Ministero della salute può avvalersi di figure professionali del Servizio sanitario nazionale con dimostrate competenze specifiche e, anche tramite apposite convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e organizzazioni senza scopo di lucro operanti nei settori delle cure palliative e della terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e a patologie croniche e degenerative.

4. Per le spese di funzionamento di tale attività, fatto salvo quanto previsto dal comma 3, è autorizzata la spe-

sa di 150.000 euro annui a decorrere dall'anno 2010.

Art. 10.

(Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore).

1. Al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 14, comma 1, lettera e), dopo il numero 3) è aggiunto il seguente:

«3-bis) in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti del dolore severo, composti medicinali utilizzati in terapia del dolore elencati nell'allegato III-bis, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale»;

b) nel titolo II, dopo l'articolo 25 è aggiunto il seguente:

«Art. 25-bis. - (Distruzione delle sostanze e delle composizioni in possesso dei soggetti di cui all'articolo 17 e delle farmacie). - 1. Le sostanze e le composizioni scadute o deteriorate non utilizzabili farmacologicamente, limitatamente a quelle soggette all'obbligo di registrazione, in possesso dei soggetti autorizzati ai sensi dell'articolo 17, sono distrutte previa autorizzazione del Ministero della salute.

2. La distruzione delle sostanze e composizioni di cui al comma 1 in possesso delle farmacie è effettuata dall'azienda sanitaria locale ovvero da un'azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari. Delle operazioni di distruzione di cui al presente comma è redatto apposito verbale e, nel caso in cui la distruzione avvenga per il tramite di un'azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari, il farmacista trasmette all'azienda sanitaria locale il relativo verbale. Gli oneri di trasporto, distruzione e gli altri eventuali oneri connessi sono a carico delle farmacie richiedenti la distruzione.

3. Le Forze di polizia assicurano, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, adeguata assistenza alle operazioni di distruzione di cui al presente articolo»;

c) all'articolo 38, il primo e il secondo periodo del comma 1 sono sostituiti dal seguente: «La vendita o cessione, a qualsiasi titolo, anche gratuito, delle sostanze e dei medicinali compresi

nelle tabelle I e II, sezioni A, B e C, di cui all'articolo 14 è fatta alle persone autorizzate ai sensi del presente testo unico in base a richiesta scritta da staccarsi da apposito bollettario "buoni acquisto" conforme al modello predisposto dal Ministero della salute»;

d) all'articolo 41, comma 1-bis, le parole: «di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa» sono sostituite dalle seguenti: «di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni»;

e) all'articolo 43, dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis. Per la prescrizione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di farmaci previsti dall'allegato III-bis per il trattamento di pazienti affetti da dolore severo, in luogo del ricettario di cui al comma 1, contenente le ricette a ricalco di cui al comma 4, può essere utilizzato il ricettario del Servizio sanitario nazionale, disciplinato dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 86 dell'11 aprile 2008. Il Ministro della salute, sentiti il Consiglio superiore di sanità e la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga, può, con proprio decreto, aggiornare l'elenco dei farmaci di cui all'allegato III-bis»;

f) all'articolo 43, commi 7 e 8, le parole: «di pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa» sono sostituite dalle seguenti: «di malati che hanno accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore secondo le vigenti disposizioni»;

g) all'articolo 45, comma 1, le parole: «che si accerta dell'identità dell'acquirente e prende nota degli estremi di un documento di riconoscimento da trascrivere sulla ricetta» sono sostituite dalle seguenti: «che annota sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente»;

h) all'articolo 45, comma 2, le parole: «sulle ricette previste dal comma 1» sono sostituite dalle seguenti: «sulle ricette previste dai commi 1 e 4-bis»;

i) all'articolo 45, dopo il comma 3 è inserito il seguente:

«3-bis. Il farmacista spedisce comunque le ricette che prescrivano un quantitativo che, in relazione alla posologia indicata, superi teoricamente il limite massimo di terapia di trenta giorni, ove l'eccedenza sia dovuta al numero di unità posologiche contenute nelle confezioni in commercio.

In caso di ricette che prescrivano una cura di durata superiore a trenta giorni, il farmacista consegna un numero di confezioni sufficiente a coprire trenta giorni di terapia, in relazione alla posologia indicata, dandone comunicazione al medico prescrittore»;

l) all'articolo 45, dopo il comma 6 è inserito il seguente:

«6-bis. All'atto della dispensazione dei medicinali inseriti nella sezione D della tabella II, successivamente alla data del 15 giugno 2009, limitatamente alle ricette diverse da quella di cui al decreto del Ministro della salute 10 marzo 2006, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 2006, o da quella del Servizio sanitario nazionale, disciplinata dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 17 marzo 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 86 dell'11 aprile 2008, il farmacista deve annotare sulla ricetta il nome, il cognome e gli estremi di un documento di riconoscimento dell'acquirente. Il farmacista conserva per due anni, a partire dal giorno dell'ultima registrazione, copia o fotocopia della ricetta ai fini della dimostrazione della liceità del possesso dei farmaci

consegnati dallo stesso farmacista al paziente o alla persona che li ritira»;

m) all'articolo 45, dopo il comma 10 è aggiunto il seguente:

«10-bis. Su richiesta del cliente e in caso di ricette che prescrivono più confezioni, il farmacista, previa specifica annotazione sulla ricetta, può spedirla in via definitiva consegnando un numero di confezioni inferiore a quello prescritto, dandone comunicazione al medico prescrittore, ovvero può consegnare, in modo frazionato, le confezioni, purché entro il termine di validità della ricetta e previa annotazione del numero di confezioni volta per volta consegnato»;

n) all'articolo 60:

1) al comma 1, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Lo stesso termine è ridotto a due anni per le farmacie aperte al pubblico e per le farmacie ospedaliere. I direttori sanitari e i titolari di gabinetto di cui all'articolo 42, comma 1, conservano il registro di cui al presente comma per due anni dal giorno dell'ultima registrazione»;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. I responsabili delle farmacie aperte al pubblico e delle farmacie ospedaliere nonché delle aziende autorizzate al commercio all'ingrosso riportano sul registro il movimento dei medicinali di cui alla tabella II, sezioni A, B

e C, secondo le modalità indicate al comma 1 e nel termine di quarantotto ore dalla dispensazione»;

3) al comma 4, dopo le parole: «Ministero della salute» sono aggiunte le seguenti: «e possono essere composti da un numero di pagine adeguato alla quantità di stupefacenti normalmente detenuti e movimentati»;

o) all'articolo 62, comma 1, le parole: «sezioni A e C,» sono sostituite dalle seguenti: «sezioni A, B e C,»;

p) all'articolo 63:

1) al comma 1, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Tale registro è conservato per dieci anni a far data dall'ultima registrazione»;

2) il comma 2 è abrogato;

q) all'articolo 64, comma 1, le parole: «previsto dagli articoli 42, 46 e 47» sono sostituite dalle seguenti: «previsto dagli articoli 46 e 47»;

r) all'articolo 68, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

«1-bis. Qualora le irregolarità riscontrate siano relative a violazioni della normativa regolamentare sulla tenuta dei registri di cui al comma 1, si applica la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 1.500»;

s) all'articolo 73, comma 4, le parole: «e C, di cui all'articolo 14» sono sostituite dalle seguenti: «, C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14»;

t) all'articolo 75, comma 1, le parole: «e C» sono sostituite dalle seguenti: «, C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3-bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14».

Art. 11.

(Relazione annuale al Parlamento).

1. Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio di cui all'articolo 9.

2. Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro della salute, entro il 31 ottobre di ciascun anno, tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge.

Art. 12.

(Copertura finanziaria).

1. Agli oneri derivanti dall'articolo 4, comma 3, dall'articolo 6, comma 1, e dall'articolo 9, comma 4, pari a 1.650.000 euro per l'anno 2010, a

1.300.000 euro per l'anno 2011, a 300.000 euro per l'anno 2012 e a 150.000 euro a decorrere dall'anno 2013, si provvede, quanto a 650.000 euro per l'anno 2010, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 48, comma 9, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, come rideterminata dalla Tabella C allegata alla legge 23 dicembre 2009, n. 191, e, quanto a 1.000.000 di euro per l'anno 2010, a 1.300.000 euro per l'anno 2011 e a 300.000 euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2010-2012, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2010, allo scopo parzialmente utilizzando gli accantonamenti di cui alla tabella 1 annessa alla presente legge.

2. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo non inferiore a 100 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Tabella 1
(Articolo 12, comma 1)
(migliaia di euro)
2010 2011 2012

Ministero dell'economia e delle finanze	200	-	250
Ministero dell'interno	800	1.300	50
Totale	1.000	1.300	300

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica Italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 15 marzo 2010

NAPOLITANO

BERLUSCONI,

Presidente del Consiglio dei Ministri

Visto, *il Guardasigilli*: ALFANO

FORMAZIONE

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna, Casa di Cura Madre Fortunata Toniolo Bologna. Corso di formazione continua ECM per Infermieri e Coordinatori Infermieri-stici **“Il ruolo dell’infermiere nel contesto dell’equipe curante alla luce del nuovo codice deontologico”**

I Ed. Bologna 15 settembre 2010
II Ed. Bologna 21 settembre 2010

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna, Corso di formazione continua ECM per Infermieri - Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici (Liberi Professionisti e Dipendenti Pubblici e Privati) **“L’Associazione Infermieristica, una risposta libero - professionale alle richieste di assistenza dei cittadini”.**

Bologna 24 Settembre 2010

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna Corso di formazione continua ECM per Infermieri Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici **“Rifiuto-diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”**

I ed. 2010.
Bologna 28 Ottobre-30 ottobre
II ed. 2010. Bologna 2-4 Dicembre.

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna, Corso di formazione continua ECM per Infermieri Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici **“Le competenze e le responsabilità degli infermieri nella trasfusione di sangue ed emocomponenti”**

II Ed. Bologna 6 ottobre-10 Novembre

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna. Corso di formazione continua ECM per Infermieri Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici **“Le emozioni e le ragioni nell’assistere”** **II ed. 2010. Bologna 8-17 Novembre 2010**

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna. Seminario di formazione continua ECM per Infermieri Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici **“Per la valorizzazione dell’esercizio professionale: il Codice Deontologico dell’Infermiere”**

Sede Collegio IPASVI.
Bologna 16 Novembre 2010

• Collegio Ipasvi - Prov. di Bologna. Corso di formazione continua ECM per Infermieri Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici **“La responsabilità degli Infermieri e degli Operatori sanitari nell’utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale”.**

Bologna 22 Novembre 2010

• Collegio Ipasvi - Provincia di Bologna. Seminario di formazione continua ECM per Infermieri Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici **“Linee guida sull’utilizzo degli antibiotici”**

25 Novembre 2010

Collegio Infermieri,
Assistenti sanitari e
Infermieri Pediatrici (VI)
della Provincia di Bologna



Casa di Cura
MADRE FORTUNATA TONIOLO
Bologna

Corso di formazione continua ECM per Infermieri e Coordinatori Infermieristici

***“Il ruolo dell’infermiere nel contesto dell’equipe curante
alla luce del nuovo codice deontologico”***

I Edizione

15 settembre 2010, ore 14:00 – 18:00

Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” Bologna
via Toscana 34 – Sala Convegni - IV piano ala San Pio X

PROGRAMMA

Premessa - Il Corso di Formazione continua ECM scaturisce dalle richieste espresse dagli Infermieri che esercitano la professione nella Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” e dalla volontà dell’Ente di favorire il miglioramento della qualità professionale degli Infermieri stessi.

Obiettivi:

- Assumersi la responsabilità del proprio ruolo in ambito organizzativo, operativo e deontologico per la soluzione dei problemi di salute delle persone assistite e per la qualità del servizio erogato;
- Favorire lo sviluppo di capacità di analisi e di decisione mediante lo studio di situazioni e problemi assistenziali focalizzati su:
 - Centralità dei bisogni assistenziali e modalità d’integrazione fra professionisti;
 - Predisposizione, gestione e monitoraggio di protocolli operativi interprofessionali;
 - Tipologia e qualità degli strumenti di trasmissione delle informazioni fra professionisti e servizi.

ORARIO 15/09/2010	CONTENUTI
ore 14:00	Accoglienza
ore 14:30	Apertura del corso Dott. M. Bosso- Sig.na C. Ferri – Signor P. Santopadre
ore 14:45	“Il ruolo dell’infermiere nel contesto dell’equipe curante. Analisi di casi, discussione e confronto con esperti”. Dott.ssa Annalisa Silvestro Avv. Giannantonio Barbieri Moderatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
ore 17:00	Conclusioni Madre Superiora Suor Arcangela Casarotti
ore 17:30	Compilazione questionario ECM
ore 18:00	Chiusura dei lavori e consegna attestato di frequenza

Docenti: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti, *Presidente Collegio IPASVI – Provincia di Bologna*
Dott.ssa Annalisa Silvestro, *Presidente Federazione naz.le Collegi IPASVi – Roma*
Avv. Giannantonio Barbieri, *Esperto di diritto sanitario*

Nell’aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica: Videoproiettore

Posti disponibili: **N. 100** di cui **30 riservati**
70 disponibili per i Professionisti iscritti all’albo IPASVI di Bologna

Modalità di partecipazione

La partecipazione al corso di formazione ECM è aperta a tutti gli Infermieri che esercitano la professione nella Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo”, nonché agli Infermieri Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI che esercitano la professione nelle Case di Cura e Ospedali privati convenzionati della provincia di Bologna.

Sede del corso: Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” -Via Toscana, 34 – Bologna
SALA CONVEGNI - IV piano ala San Pio X

Durata del corso: ore 4

Crediti previsti: n. 4

ISCRIZIONI A PARTIRE DAL 16/08/2010 AL 10/09/2010

Modalità d’iscrizione - Per tutti i partecipanti, è indispensabile effettuare l’iscrizione alla segreteria del Collegio IPASVI di Bologna, direttamente di persona o telefonando allo 051 393840 in orario d’ufficio (lun. – merc. 9.00-12.00, mart. – giov. – ven. 14.00-17.00).

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E’ GRATUITA

Collegio Infermieri,
Assistenti sanitari e
Infermieri Pediatrici (VI)
della Provincia di Bologna



Casa di Cura
MADRE FORTUNATA TONIOLO
Bologna

Corso di formazione continua ECM per Infermieri e Coordinatori Infermieristici

***“Il ruolo dell’infermiere nel contesto dell’equipe curante
alla luce del nuovo codice deontologico”***

II Edizione

21 settembre 2010, ore 14:00 – 18:00

Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” Bologna
via Toscana 34 – Sala Convegni - IV piano ala San Pio X

PROGRAMMA

Premessa - Il Corso di Formazione continua ECM scaturisce dalle richieste espresse dagli Infermieri che esercitano la professione nella Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” e dalla volontà dell’Ente di favorire il miglioramento della qualità professionale degli Infermieri stessi.

Obiettivi:

- Assumersi la responsabilità del proprio ruolo in ambito organizzativo, operativo e deontologico per la soluzione dei problemi di salute delle persone assistite e per la qualità del servizio erogato;
- Favorire lo sviluppo di capacità di analisi e di decisione mediante lo studio di situazioni e problemi assistenziali focalizzati su:
 - Centralità dei bisogni assistenziali e modalità d’integrazione fra professionisti;
 - Predisposizione, gestione e monitoraggio di protocolli operativi interprofessionali;
 - Tipologia e qualità degli strumenti di trasmissione delle informazioni fra professionisti e servizi.

ORARIO 21/09/2010	CONTENUTI
ore 14:00	Accoglienza
ore 14:30	Apertura del corso Dott. M. Bosso – Sig.na C. Ferri – Signor P. Santopadre
ore 14:45	“Il ruolo dell’infermiere nel contesto dell’equipe curante. Analisi di casi, discussione e confronto con esperti”. Dott.ssa Annalisa Silvestro Avv. Giannantonio Barbieri Moderatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
ore 17:00	Conclusioni Madre Superiora Suor Arcangela Casarotti
ore 17:30	Compilazione questionario ECM
ore 18:00	Chiusura dei lavori e consegna attestato di frequenza

Docenti: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti, *Presidente Collegio IPASVI – Provincia di Bologna*
Dott.ssa Annalisa Silvestro, *Presidente Federazione naz.le Collegi IPASVi – Roma*
Avv. Giannantonio Barbieri, *Esperto di diritto sanitario*

Nell’aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica: Videoproiettore

Posti disponibili: **N. 100** di cui **30 riservati**
70 disponibili per i Professionisti iscritti all’albo IPASVI che esercitano la professione nelle Case di Cura e Ospedali privati convenzionati della provincia di Bologna

Modalità di partecipazione

La partecipazione al corso di formazione ECM è aperta a tutti gli Infermieri che esercitano la professione nella Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo”, nonché agli Infermieri Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI che esercitano la professione nelle Case di Cura e Ospedali privati convenzionati della provincia di Bologna.

Sede del corso: Casa di Cura “Madre Fortunata Toniolo” -Via Toscana, 34 – Bologna
SALA CONVEGNI - IV piano ala San Pio X

Durata del corso: ore 4 - Crediti previsti: n. 4

ISCRIZIONI A PARTIRE DAL 16/08/2010 AL 17/09/2010

Modalità d’iscrizione - Per tutti i partecipanti, è indispensabile effettuare l’iscrizione alla segreteria del Collegio IPASVI di Bologna, direttamente di persona o telefonando allo 051 393840 in orario d’ufficio (lun. – merc. 9.00-12.00, mart. – giov. – ven. 14.00-17.00).

LA PARTECIPAZIONE AL CORSO E’ GRATUITA

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici
(Liberi Professionisti e Dipendenti Pubblici e Privati)**

***“L’Associazione Infermieristica, una risposta libero - professionale
alle richieste di assistenza dei cittadini”***

24 Settembre 2010

Ore 08.30 – 13.00/14.00 – 18.00

Aula Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I - Bologna

Contesto:

L'esercizio della professione sanitaria di Infermiere in regime libero – professionale è prevista dalle norme vigenti fin dal 1954, con l'istituzione dei Collegi per Infermiere, e riconfermata, in maniera sostanziale, dal DM 739/1994 (Profilo dell'Infermiere) all. art. 1 lettera g.

I cambiamenti intervenuti nelle recenti normative sul Sistema Sanitario e quelle che hanno modificato profondamente le norme di riferimento dell'esercizio professionale, quali l'attuale formazione in ambito universitario, il già citato Profilo ed il Codice Deontologico, richiedono all'infermiere libero – professionista, che lavora da solo o con pochi colleghi, dei punti di riferimento ben definiti, che possano dargli garanzie nello svolgimento del suo mandato professionale.

Obiettivi del corso:

- Aggiornare i partecipanti all'evento formativo sulle regole vigenti per l'esercizio di un lavoro autonomo;
- Riconfermare le responsabilità professionali e deontologiche nell'esercizio della professione infermieristica e la responsabilità disciplinare con riferimento al ruolo del Collegio IPASVI, intesa anche come sostegno all'esercizio della libera professione;
- Riflettere sull'apporto alla qualità della salute e della vita delle persone assistite dall'infermiere professionale, compreso il contesto familiare.

PROGRAMMA

24 Settembre 2010 Ore 08.30 – 13.00 Ore 14.00 – 18.00	CONTENUTI
Ore 08.30 – 09.00	Accoglienza
Ore 09.00 – 10.30	- Modalità dell'esercizio libero – professionale dell'infermiere: forma singola, studio/ associazione professionale; - Aspetti fiscali, economici, previdenziali. Relazioni ed obblighi con il Collegio IPASVI di appartenenza e/o della Provincia dove si esercita la libera professione; - Lo statuto associativo.
Ore 10.30 – 11.00	Intervallo
Ore 11.00 – 13.00	- Organizzazione e gestione di uno studio/associazione professionale; - Relazioni interne: - con le istituzioni sanitarie e socio sanitarie; - con i cittadini. - Processi decisionali, documentazioni, verbali. Modalità e rendicontazione dell'attività svolta; - Modalità di valutazione dell'attività svolta, espressa dalle persone assistite e/o dagli Enti di riferimento.
Ore 13.00 – 14.00	Intervallo

Continua →

Ore 14.00 – 17.00	- Sviluppo e progettualità della politica professionale dello studio/associazione, anche con riferimento ai valori e all'immagine della professione infermieristica nella società; - Lettura del contesto sanitario e socio – sanitario del territorio, inteso anche come bisogni di salute dei cittadini e rete dei servizi; - Lo sviluppo delle competenze professionali, la formazione obbligatoria documentata al Collegio IPASVI.
Ore 17.00 – 17.30	Discussione
Ore 17.30 – 18.00	Compilazione schede di valutazione dell'apprendimento e di gradimento.
Ore 18.00	Chiusura del corso.

Metodologia: lezione frontale e interattiva.

Docenti: Dott. Andrea Guandalini

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

Lavagna luminosa, lavagna a fogli mobili, personal computer, videoproiettore.

Posti disponibili: N. 60

Sede del corso: Aula Collegio IPASVI – Provincia di Bologna, Via G. Zaccherini Alvisi 15/I - Bologna

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al corso di formazione ECM **“L'Associazione Infermieristica, una risposta libero – professionale alle richieste di assistenza dei cittadini”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza .

Durata del corso: ore 8

Quota di iscrizione: € 30,00 compreso kit, bibliografia e invio a domicilio dell'attestato con l'acquisizione dei crediti ECM.

Crediti previsti: n. 8

**ISCRIZIONI A PARTIRE DAL 16/08/2010
ED ENTRO IL 20/09/2010**

Modalità d'iscrizione:

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso, (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna) **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

“Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”

I Edizione

Obiettivi generali:

- Analizzare lo stato dell'arte presente nella relazione tra una persona assistita e i professionisti sanitari a partire da un excursus sulle modifiche intervenute, negli anni più recenti;
- Identificare lo schema relazionale quale assunto a fondamento per favorire una consapevole decisione del paziente sulle cure propostegli, e una sua partecipazione attiva al percorso assistenziale;
- Esaminare l'informativa sui trattamenti e la successiva dichiarazione di volontà dell'assistito, passando poi a trattare le due distinte possibilità:
 1. rifiuto di trattamento da parte del paziente e
 2. diniego di prestazione da parte del professionista.
- Discutere il da farsi qualora il paziente non sia pienamente cosciente, momento verso il quale si proiettano eventuali direttive anticipate;
- Presentare una panoramica internazionale inerente alle direttive anticipate evidenziando il posizionamento dei diversi Paesi in una materia sulla quale ancora ferve il dibattito normativo nel nostro.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
28 Ottobre 2010 Ore 14.30 – 15.00	Accoglienza
Ore 15.00 – 18.00	- Relazione paziente-professionisti sanitari; - Informazione sui trattamenti; - Manifestazione di volontà dell'assistito o del legale rappresentante. Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
29 Ottobre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- Rifiuto di trattamento sanitario; - Diniego di prestazione sanitaria. Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
30 Ottobre 2010 Ore 8.30 – 12.30	- Direttive anticipate; - Casistica; - Discussione d'aula. Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
Ore 12.30 – 13.00	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: - Infermieri - Infermieri Pediatrici
- Coordinatori Infermieristici di Unità Operativa - Assistenti Sanitarie

Docenti: Dott.ssa Gabriella Negrini, dirigente struttura complessa di direzione medica dei 4 ospedali dell'area ovest dell'AUSL di Bologna.

Metodi di lavoro: - lezioni frontali; - discussione.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa; - lavagna a fogli mobili;
- personal computer; - videoproiettore.

Posti disponibili: n. 50

Sede del corso: Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM : “Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione: € 30,00 compreso kit., bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 11

Crediti previsti: N. 11

Iscrizioni: dal 16 Agosto 2010 al 15 Ottobre 2010

MODALITA' D'ISCRIZIONE - E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica al corso**, (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna) **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive. La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate al Collegio tramite fax al numero 051 344267 entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

“Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”

II Edizione

Obiettivi generali:

- Analizzare lo stato dell'arte presente nella relazione tra una persona assistita e i professionisti sanitari a partire da un excursus sulle modifiche intervenute, negli anni più recenti
- Identificare lo schema relazionale quale assunto a fondamento per favorire una consapevole decisione del paziente sulle cure propostegli, e una sua partecipazione attiva al percorso assistenziale;
- Esaminare l'informativa sui trattamenti e la successiva dichiarazione di volontà dell'assistito, passando poi a trattare le due distinte possibilità:
 1. rifiuto di trattamento da parte del paziente e
 2. diniego di prestazione da parte del professionista.
- Discutere il da farsi qualora il paziente non sia pienamente cosciente, momento verso il quale si proiettano eventuali direttive anticipate;
- Presentare una panoramica internazionale inerente alle direttive anticipate evidenziando il posizionamento dei diversi Paesi in una materia sulla quale ancora ferve il dibattito normativo nel nostro.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
02 Dicembre 2010 Ore 14.30 – 15.00	Accoglienza
Ore 15.00 – 18.00	- Relazione paziente-professionisti sanitari; - Informazione sui trattamenti; - Manifestazione di volontà dell'assistito o del legale rappresentante. Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
03 Dicembre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- Rifiuto di trattamento sanitario; - Diniego di prestazione sanitaria. Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
04 Dicembre 2010 Ore 8.30 – 12.30	- Direttive anticipate; - Casistica; - Discussione d'aula. Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
Ore 12.30 – 13.00	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari: - Infermieri - Infermieri Pediatrici
- Coordinatori Infermieristici di Unità Operativa - Assistenti Sanitarie

Docenti: Dott.ssa Gabriella Negrini, dirigente struttura complessa di direzione medica dei 4 ospedali dell'area ovest dell'AUSL di Bologna.

Metodi di lavoro: - lezioni frontali; - discussione.

Nell'aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa; - lavagna a fogli mobili;
- personal computer; - videoproiettore.

Posti disponibili: n. 50

Sede del corso: Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM : “Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione: € 30,00 compreso kit., bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 11

Crediti previsti: N. 11

dal 29 Ottobre 2010 al 26 Novembre 2010

MODALITA' D'ISCRIZIONE - E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica al corso**, (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna) **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive. La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, **devono essere inviate al Collegio tramite fax al numero 051 344267 entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

***“Le competenze e le responsabilità degli infermieri
nella trasfusione di sangue ed emocomponenti”***

II Edizione

Obiettivi generali:

- Analizzare ed assumere la responsabilità nella organizzazione, gestione, attuazione e valutazione dei processi inerenti la trasfusione di sangue ed emoderivati;
- Definire le funzioni degli operatori sanitari medici ed infermieri e le connesse responsabilità

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
06 Ottobre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- L'organizzazione del Sistema Sangue a livello nazionale, regionale e dell'Area Vasta di Bologna. I principali dati e indicatori del sistema. - Cenni sulla normativa e legislazione Docenti: Dott.ssa Gabriella Negrini Interventi dei partecipanti
13 Ottobre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- La donazione di sangue: emocomponenti e plasmaderivati; produzione, standard di qualità, conservazione. Indicazioni cliniche all'uso. Docente: Dott. Maurizio Govoni Interventi dei partecipanti
20 Ottobre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- Immunoematologia di base: i gruppi sanguigni, le regole generali della compatibilità immunotrasfusionale, le reazioni trasfusionali, trattamento e prevenzione. Docente: Dott. Andrea Bontadini Interventi dei partecipanti
27 Ottobre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- La procedura per la corretta pratica trasfusionale. Docente: Dott. ssa Anna Rita Silvestri Interventi dei partecipanti
03 Novembre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- Le competenze e le responsabilità dell'infermiere nel sistema trasfusionale: l'esperienza diretta di un professionista sul campo. Docente: Infermiera Lidia Tedeschini Interventi dei partecipanti
10 Novembre 2010 Ore 15.00 – 18.00	- Sicurezza trasfusionale ed emovigilanza. Docente: Dott. Daniele Luppi Interventi dei partecipanti
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Docenti: Dott.ssa Gabriella Negrini, Dott. Maurizio Govoni, Dott. Andrea Bontadini, Dott. ssa Anna Rita Silvestri, Infermiera Lidia Tedeschini, Dott. Daniele Luppi

Metodi di lavoro: - lezioni frontali
- discussione

Posti disponibili: n. 50

Sede del corso: Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Zaccherini Alvisi 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al corso di formazione: **“Le competenze e le responsabilità degli infermieri nella trasfusione di sangue ed emocomponenti”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione: € 60,00 compreso kit., bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Crediti previsti: N. 18

Iscrizioni: dal 01 Settembre al 30 Settembre 2010

Modalità d'iscrizione: E' indispensabile effettuare la **preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso, (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna) **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, devono essere inviate al Collegio tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

“Le emozioni e le ragioni nell’assistere”

II edizione 2010

Di fronte alla crescente fatica, alle frenesie e ai sovraccarichi emotivi che si presentano quotidianamente negli scenari di cura, molti infermieri vivono la propria professione con abitudine, malessere e perdita di speranza. Un bisogno che accomuna molti infermieri riguarda il recupero dei significati e dei sensi connessi al proprio esercizio professionale.

Obiettivi generali:

Il corso/laboratorio “Le emozioni e le ragioni nell’assistere” affronta il tema dell’assistenza infermieristica perseguendo i seguenti obiettivi:

- dare voce agli stessi infermieri per far emergere le rappresentazioni, i vissuti e i significati riguardanti la propria pratica professionale;
- Svelare le problematicità, le “trappole”, ma anche le gratificazioni derivanti dalle relazioni di cura;
- attivare un processo critico e consapevole sul proprio agire e “sentire” l’assistenza infermieristica;
- orientare la propria pratica professionale in un orizzonte di possibilità e progettualità.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
8 Novembre 2010 Ore 8,00 – 13,00 14,00-17,00	Complessità e problematicità nell’assistenza infermieristica
12 Novembre 2010 Ore 8,00 – 13,00 14,00-17,00	Verso una dimensione dell’incontro
17 Novembre 2010 Ore 8,00 – 13,00 14,00-17,00	“Sfidare il mare del possibile”: progettarsi nella professione infermieristica
Ore 17.00 – 17.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Docenti: Dott. Stefano Benini; Dott.ssa Rosa Eugenia Pesci

Metodi di lavoro: - lezioni; - discussione;
- interattività; - produzione elaborati.

Nell’aula sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

- lavagna luminosa; - lavagna a fogli mobili;
- personal computer; - videoproiettore.

Posti disponibili: n. 30

Sede del corso: Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al corso di formazione: “**Le emozioni e le ragioni nell’assistere**” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 60,00 compresi kit, bibliografia e ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore 24

Crediti previsti:
N. 24

Iscrizioni:
dal 16 Settembre 2010 - al 28 Ottobre 2010

Modalità d’iscrizione: E’ indispensabile effettuare la **preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d’ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l’iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d’ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso, (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna) **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, devono essere inviate al Collegio tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

**“Per la valorizzazione dell’esercizio professionale:
il Codice Deontologico dell’Infermiere”**

Sede Collegio IPASVI

16 Novembre 2010

Ore 14.00 – 18.30

Obiettivi:

- Approfondire la consapevolezza del ruolo infermieristico e delle connesse responsabilità nella pratica clinico-assistenziale attuata e determinata da:
 - Profili Professionali;
 - Ordinamenti didattici;
 - Codice Deontologico.
- Contestualizzare i contenuti del Codice Deontologico nello sviluppo e sostegno dell’identità professionale e nell’esercizio dell’attività ovunque svolta.

PROGRAMMA

ORARI	CONTENUTI
Ore 14,00 – 14,15	Presentazione del Seminario <i>Dott.ssa Maria Grazia Bedetti</i>
Ore 14,15 - 16,00	Tavola Rotonda 1° Parte Il Codice Deontologico per le responsabilità nell’agire professionale. Relatori: <i>Avvocato Giannantonio Barbieri</i> <i>Dott. Danilo Cenerelli</i> <i>Dott.ssa Maria Grazia Bedetti</i>
Ore 16,00 –16,15	Intervallo
Ore 16,15 - 17,45	Tavola Rotonda 2° Parte Quali sfide per dare valore all’assistenza infermieristica. Relatori: <i>Avvocato Giannantonio Barbieri</i> <i>Dott. Danilo Cenerelli</i> <i>Dott.ssa Maria Grazia Bedetti</i>
Ore 17,45 –18,00	Interventi del pubblico e dei relatori
Ore 18,00 –18,30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione – Chiusura del Seminario

Metodologia : Relazioni – Tavola Rotonda - Interventi – Discussione

Bibliografia : Elaborata dai docenti e documenti a cura del Collegio IPASVI di Bologna

Docenti: Avvocato Giannantonio Barbieri
Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
Dott. Danilo Cenerelli

Sede del corso: Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I.

Posti disponibili: 60

Durata del Seminario: 4 ORE

Modalità di partecipazione :

Il seminario è rivolto a tutti coloro che non hanno già partecipato alla stessa iniziativa presso le sedi Aziendali da cui dipendono nei mesi scorsi.

La partecipazione al Seminario: “Per la valorizzazione dell’esercizio professionale: il Codice deontologico dell’Infermiere” è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all’Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

La partecipazione è gratuita

L’iscrizione è obbligatoria e deve essere effettuata direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d’ufficio (lun-merc 9.00 -12.00; mart-giov-ven 14.00 -17.00).

Iscrizioni:

dal 30 Settembre 2010 al 10 Novembre 2010

CREDITI ECM PREVISTI: 4

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

***“La responsabilità degli Infermieri e degli Operatori sanitari
nell'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale”***

22 Novembre 2010

Ore 14.00 – 18.30

Obiettivi:

- Analizzare le caratteristiche dei D.I.P., Dispositivi di Protezione Individuale, identificandone il corretto specifico utilizzo;
- Esaminare le connesse responsabilità degli operatori sanitari relativi all'utilizzo dei D.P.I.

PROGRAMMA

DATE E ORARI 22 Novembre 2010	CONTENUTI
Ore 14.00 – 14.15	Accoglienza
Ore 14.15 – 16.15	- I D.P.I.: tipologie, caratteristiche, modalità d'uso - Le responsabilità degli operatori sanitari relative all'utilizzo dei D.P.I.
Ore 16.15 – 16.30	Pausa
Ore 16.30 – 17.30	Ripresa dei lavori
Ore 17.30 – 18.00	Interventi dei partecipanti
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM, consegna attestato di partecipazione e chiusura dei lavori

Docenti: Dott. Gianfranco Bocchi – Signor Antonio Gramegna

Metodologia:

- lezione frontale e interattiva
- dimostrazione

Posti disponibili:

n. 50

Sede del corso:

Aula Collegio IPASVI Provincia di Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I - Bologna.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al seminario: **“La responsabilità degli operatori sanitari nell'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti sanitari e Infermieri pediatrici, iscritti all'Albo IPASVI della Provincia di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti sanitari e Infermieri pediatrici, che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia o Liberi Professionisti e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 20,00, compresi kit., bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato con l'acquisizione dei crediti ECM.

Durata del seminario: 4, 50 ore

Crediti previsti:

N. 4

Iscrizioni:

dal 30 Settembre 2010 al 16 Novembre 2010

Modalità d'iscrizione: E' indispensabile effettuare la **preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-giov-ven 14.00-17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, **previa preiscrizione telefonica** al corso, (numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna) **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it) debitamente compilata, devono essere inviate al Collegio tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



**Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari - Infermieri Pediatrici**

“Linee guida sull'utilizzo degli antibiotici”

25 Novembre 2010

Ore 14.00 – 18.30

Obiettivi:

- Analizzare i contenuti delle linee guida relative all'utilizzo e somministrazione degli antibiotici
- Definire la responsabilità infermieristica relativa alla somministrazione degli antibiotici

PROGRAMMA

DATE E ORARI 25 Novembre 2010	CONTENUTI
Ore 14.00 – 14.15	Accoglienza
Ore 14.15 – 16.15	-Linee guida per l'utilizzo e la somministrazione antibiotici -Le responsabilità relative alla somministrazione degli antibiotici
Ore 16.15 – 16.30	Pausa
Ore 16.30 – 17.30	Ripresa dei lavori
Ore 17.30 – 18.00	Interventi dei partecipanti
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM, consegna attestato di partecipazione e chiusura dei lavori

Docente: Prof. Pierluigi Viale

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale

Posti disponibili:

n. 50

Sede del corso:

Aula Collegio IPASVI Provincia di Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/I - Bologna.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al seminario: **“Linee guida sull'utilizzo degli antibiotici”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti sanitari e Infermieri pediatrici, iscritti all'Albo IPASVI della Provincia di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti sanitari e Infermieri pediatrici, che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia o Liberi Professionisti e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 20,00, compresi kit., bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato con l'acquisizione dei crediti ECM.

Durata del seminario: 4,50 ore

Crediti previsti :

N. 4

Iscrizioni entro:

dal 30 Settembre 2010 al 16 Novembre 2010

Modalità d'iscrizione

E' indispensabile effettuare la preiscrizione presso la segreteria del Collegio o chiamando lo 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00 - 12.00; mart-giov-ven 14.00 - 17.00).

Il pagamento del corso deve essere effettuato entro 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.

Il pagamento e l'iscrizione possono essere effettuati direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio

Oppure

tramite bollettino di c/c postale, previa preiscrizione telefonica. Numero di c/c postale: 16484404 intestato a Collegio IPASVI - Via G. Zaccherini Alvisi 15/B - 40138 Bologna, **indicando chiaramente nella causale il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento, unitamente alla scheda di iscrizione (stampabile anche dal sito: www.ipasvibo.it), debitamente compilata, **devono essere inviate al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA ECM
TENUTI DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL II SEMESTRE 2010**

Al Collegio IPASVI della Provincia di Bologna- Via Zaccherini Alvisi 15/B - 40138 Bologna

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat.... a il

residente in via a

iscritt.... all'Albo del Collegio IPASVI di Bologna dal al N°

o altro Collegio IPASVI della Provincia di dal al N°

in servizio presso (denominazione della struttura sanitaria / sociale o libera professione)

.....

tel. Lavoro..... tel.casa cell.

e-mail

ATTENZIONE: la scheda di iscrizione, alla quale va allegato il bollettino postale di pagamento, va inviata al Collegio ESCLUSIVAMENTE DOPO aver verificato la data di apertura delle preiscrizioni/iscrizioni ed effettuato la PREISCRIZIONE TELEFONICA necessaria ad accertare la disponibilità di posti nel corso prescelto.

Chiede di essere ammess..... al seguente corso di formazione continua:

Elenco Corsi e seminari II semestre 2010 (barrare i corsi che interessano)

CORSI E SEMINARI

- 1) "IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL CONTESTO DELL'EQUIPE CURANTE" - 15 settembre 2010 - I Edizione - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 16/08/2010**
- 1bis) "IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL CONTESTO DELL'EQUIPE CURANTE" - 21 settembre 2010 -II Edizione - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 16/08/2010**
- 2) "L'ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA, UNA RISPOSTA LIBERO-PROFESSIONALE ALLE RICHIESTE DI ASSISTENZA DEI CITTADINI" - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 16/08/2010**
- 3) "RIFIUTO - DINIEGO AI TRATTAMENTI. DIRETTIVE ANTICIPATE" - Sett-Ott - I Edizione- **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 16/08/2010**
- 3 bis) "RIFIUTO - DINIEGO AI TRATTAMENTI. DIRETTIVE ANTICIPATE" - Dicembre - II Edizione - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 29/10/2010**
- 4) "LE COMPETENZE E LE RESPONSABILITÀ DEGLI INFERMIERI NELLA TRASFUSIONE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI" - Ott-Nov - II Edizione - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 01/09/2010**

segue sul retro



- 5) "LE EMOZIONI E LE RAGIONI NELL'ASSISTERE" – II Edizione – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 16/09/2010**
- 6) "PER LA VALORIZZAZIONE DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE: IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 30/09/2010**
- 7) "LA RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI SANITARI NELL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE" – 22 novembre – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 30/09/2010**
- 8) "LINEE GUIDA SULL'UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI" – 25 novembre – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 30/09/2010**

La quota di iscrizione per i suddetti corsi è comprensiva dell'invio a domicilio dell'attestato di partecipazione

Corso 1 - 1 bis - 6 = Gratuiti

Corso 7 - 8 = Euro € 20,00

Corso 2 - 3 - 3 bis = € 30,00

Corso 4 - 5 = € 60,00

IL PAGAMENTO E L' ISCRIZIONE POSSONO ESSERE EFFETTUATI DIRETTAMENTE PRESSO LA SEDE DEL COLLEGIO IPASVI IN ORARIO D'UFFICIO

OPPURE

E' POSSIBILE EFFETTUARE IL PAGAMENTO TRAMITE BOLLETTINO DI C/C POSTALE

PREVIA VERIFICA TELEFONICA AL COLLEGIO DELLA DISPONIBILITA' DI POSTI E PREISCRIZIONE AL CORSO PRESCELTO (LA PREISCRIZIONE E' POSSIBILE E CONSIGLIATA ANCHE NEL CASO SI SCELGA LA PRIMA MODALITA' DI PAGAMENTO DESCRITTA)

(NUMERO DI C/C : **16484404** INTESTATO A: COLLEGIO IPASVI VIA G.ZACCHERINI ALVISI 15/B - 40138 BOLOGNA) INDICANDO NELLA CAUSALE **IL/I NOME/I DEL/I CORSO/I**.

LA RICEVUTA DEL PAGAMENTO, **UNITAMENTE** ALLA SCHEDE DI ISCRIZIONE COMPILATA, **DEVONO ESSERE INVIATE** AL NUMERO DI FAX 051 34 42 67

Il pagamento dei corsi **deve essere ESEGUITO TASSATIVAMENTE entro 10 giorni** dalla data di preiscrizione.

Data

Firma

.....

.....



Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

Corso di formazione continua ECM per Infermieri,
Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, Vigilatrici d'Infanzia

**"Per la valorizzazione dell'esercizio professionale:
il Codice Deontologico dell'Infermiere"**

Data: 23 Novembre 2009
Sede: Aula 2 (Via di Barbiano)

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		9%	71%	20%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		4,5%	59,5%	36%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		19%	48%	33%

Suggerimenti, commenti e proposte

Coinvolgere anche imedici. Complimenti. Tenere un corso sui modelli organizzativi

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua

**"L'assistenza Infermieristica pensata e praticata"
I edizione 2010**

Data: dal 13 gennaio 2010 al 12 febbraio 2010
Sede: COPALC - Via Pomponazzi, 1 Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		9%	28%	63%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			33%	67%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
			33%	67%

Suggerimenti, commenti e proposte

Grazie di tutta la formazione svolta. È stato tutto molto bello e utile, dovrebbe essere consegnata più bibliografia. Tutto molto interessante. Complimenti. Grazie alle docenti, con questa formazione mi sento molto più ricca. Fare corsi sulla comunicazione. Ho gradito molto questo corso. Corso molto bello e interessante. Brave.

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Corso di formazione continua

**"Il concetto di complessità nell'assistenza alla persona.
Riflessioni, analisi e simulazione di impatto nel sistema
organizzativo assistenziale"**

Data: dal 29 marzo 2010 al 13 aprile 2010
Sede: Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/B Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		7%	59%	34%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		12%	50%	38%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		16%	58%	26%

Suggerimenti, commenti e proposte

Se possibile organizzare altri corsi ECM inerenti l'argomento dell'organizzazione lavorativa e anche approfondimenti sulla legislazione sanitaria che ci riguarda.
Incontri in futuro per confrontarsi e scambiare opinioni sulla complessità assistenziale, sarà il futuro della professione
Il corso è stato molto bello sia per il contenuto che per l'interattività del gruppo e della relatrice
Il corso è stato molto stimolante ed ha dato stimoli e suggerimenti per le diverse realtà:
Maggior numero di ore dedicate a tutti gli argomenti annessi quali i modelli di riferimento, scale, percorsi
Avrei preferito che le 4 giornate fossero state dedicate a persone (docenti) diversi, con esperienze diverse, di diverse parti d'Italia e quindi con difficoltà originarie diverse. Grazie comunque
Creazione di gruppi di studio per teoriche infermieristiche e modelli stabili e permanenti
Argomenti molto interessanti che hanno stimolato la volontà di cambiare il mio vissuto. Non riesco a capire l'applicabilità nel mio ambito lavorativo ma gli stimoli buoni servono sempre e spero di farne un buon uso
Fare un tavolo di confronto tra i partecipanti se gli argomenti trattati possono o sono applicati nelle proprie realtà lavorative
Proporre corsi ECM sulle cronicità nell'anziano

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua

**"Il Curriculum Formativo dell'Infermiere.
I valori, le competenze, le risorse"**

Data: 27 Maggio 2010
Sede: Fiera District - Palazzo della Cultura e dei Congressi - Sala Europa
Piazza della Costituzione - Bologna (nell'ambito di Expositività)

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
0.8%	4.2%	22%	51%	26%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
1,9%	2,1%	16%	57,1%	23%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
1,5%	2,5%	19%	55%	22%

Suggerimenti, commenti e proposte

Ritengo "esagerata" la rilevanza dell'apprendimento al termine del convegno. Il test di gradimento dovrebbe essere anonimo. Ottimo grazie. Convegno troppo costoso. Comunica un'esperienza eccellente. Relazioni ed esposizioni più semplici e concrete. Necessario un incontro tra infermieri e studenti. Sarebbe stato meglio avere delle relazioni su esperienze locali.

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua
“Modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica per la salute dei cittadini”

Data: 28 Maggio 2010
Sede: Fiera District - Palazzo della Cultura e dei Congressi - Sala Europa
Piazza della Costituzione – Bologna (nell'ambito di Exposanita)

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
	2%	12%	56%	30%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
	1,8%	8,2%	60%	30%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
	1,8%	14,2%	59%	25%

Suggerimenti, commenti e proposte
Complimenti alla sig.ra Molinari e al dr. Marmo. Convegno importante e necessario per la crescita professionale e l'innovazione. Interessante il programma del convegno ed un buon svolgimento. Buono il confronto. Sono necessari incontri più frequenti con linee di indirizzo. Peccato non si sia parlato di libera professione. Fare più incontri con Giuseppe Marmo. Difficoltà a seguire alcuni relatori nelle sessioni pomeridiane anche per la complessità degli argomenti trattati

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua
“Il significato della Professione Infermieristica: da Florence Nightingale ad oggi” e “I valori etici della Professione Infermieristica”

Data: 12 Maggio 2010
Sede: AEmilia Hotel – Via Zaccherini Alvisi, 16/1 – Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		3,5%	46%	50,5%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		5%	49%	46%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		2%	53%	45%

Suggerimenti, commenti e proposte

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua
“Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)”

Data: dal 14 Maggio 2010 al 26 Maggio 2010
Sede: Collegio IPASVI Provincia di Bologna – Via Zaccherini Alvisi, 15/1

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		8%	53%	39%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
	2,5%	11%	56%	30,5%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
	2,5%	2,5%	65%	30%

Suggerimenti, commenti e proposte
Riproporre il corso aumentando il numero delle ore. Il corso dovrebbe essere svolto anche per Caposala e Medici. Docente molto preparata. Corso molto importante

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA
Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua ECM per Infermieri
“Le malattie infettive: aspetti clinici, assistenziali ed organizzativi”

Data: dal 25/03/2010 al 23/04/2010
Sede: Collegio IPASVI Bologna - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/1 - Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
			27,5%	72,5%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			38%	62%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
			40%	60%

Suggerimenti, commenti e proposte
Ho apprezzato molto la qualità della docenza di tutti i relatori. Grazie a tutti ed al dr. Bocchi - è necessario intervenire nelle strutture private su questa tematica. E' stato uno dei corsi più importanti. Grazie per avere inaugurato la nuova sede con questo corso molto interessante (2). Complimenti al dr. Biagetti e alla d.ssa Gianninoni. Corso ben strutturato da ripetere periodicamente per l'evoluzione di questa tematica scientifica. Fare così sulle tecniche infermieristiche. Aspettiamo presto il testo sulla gestione degli antibiotici. Corso molto valido ed interessante. Docenti molto preparati, da consigliare.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua ECM per Infermieri

"Le malattie infettive: aspetti clinici, assistenziali ed organizzativi"

Data: dal 29/04/2010 al 25/05/2010

Sede: Collegio IPASVI Bologna - Aula formazione - Via G. Zaccherini Alvisi, 15/1 - Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		3%	43%	54%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			54%	46%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca.)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca.)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca.)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca.)
		3%	60%	37%

Suggerimenti, commenti e proposte

Suggerimenti, commenti e proposte corso molto interessante. Occorrerebbe più tempo. Fare un corso sui farmaci. Sviluppare la parte sui farmaci. Il corso mi è piaciuto molto. Fare corso sulle vaccinazioni. La lezione sui dispositivi di protezione è stata molto importante (2). Occorre approfondire la sanità pubblica. Grazie del corso che è stata molto utile.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua ECM per Infermieri

"Le malattie infettive: aspetti clinici, assistenziali ed organizzativi"

Data: dal 04/02/2010 al 04/03/2010

Sede: COPALC - Via Pomponazzi, 1 - Bologna (Bo)

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		5%	32%	63%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			48%	52%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca.)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca.)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca.)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca.)
		5%	54%	41%

Suggerimenti, commenti e proposte

Suggerimenti, commenti e proposte fare corso per assistenti sanitarie: prevenzione malattie, educazione sanitaria, vaccinazioni. Fare corso per coordinatori su dispositivi di protezione individuale. Aspetto il manuale sulla terapia antibiotica del Prof. Viale. Corso molto bello e molto interessante. Docenti molto bravi. Grazie a tutti. Fare corso sulle epatiti. La lezione sulle vaccinazioni non mi ha chiarito se devo vaccinarmi. Grazie.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

Corso di formazione continua

"L'Infermiere e la libera professione: riflessioni, sviluppi ed opportunità"

Data: 20 marzo 2010

Sede: Sala del Quartiere Santo Stefano - Via Santo Stefano, 119 - Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		1%	26%	18%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
2%	1%	20%	64%	13%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca.)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca.)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca.)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca.)
1%		23%	60%	16%

Suggerimenti, commenti e proposte

Maggior tempo per le conclusioni. Non esercito in libera professione ma questo seminario mi ha aiutato molto a capire le problematiche su questa modalità di lavoro. Fare aggiornamenti continui su questo tema. Poco tempo. Devono essere date più indicazioni pratiche.

**Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna**

Corso di formazione continua ECM per Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, Vigiliatrici d'Infanzia

**"Le emozioni e le ragioni nell'assistere"
I edizione 2010**

Data: dal 05 Marzo 2010 al 17 Marzo 2010

Sede: COPALC - Via Pomponazzi, 1 - Bologna

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
			11,54%	88,46%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			15,38%	84,62%

3. Come valuta l'efficacia dell'evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca.)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca.)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca.)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca.)
			30,76%	69,23%

Suggerimenti, commenti e proposte

Grazie (3). Ripetere questo corso per dare la possibilità ad altri infermieri di partecipare (6). Grazie per l'organizzazione di questo tipo di corso (4). Grazie per organizzare eventi così belli e significativi. Ripartire dalla persona e specialmente nella formazione di base. Divulgare la professione infermieristica nella società perché non la conosce. Vorrei che tutti corsi fossero come questo: rimarrà vivo nelle nostre menti

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

Corso di formazione continua ECM per Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, Vigiliatrici d'Infanzia
“Per la valorizzazione dell’esercizio professionale: il Codice Deontologico dell’ Infermiere”

Data: 03 febbraio 2010

Sede: Sala Auditorium - 5° piano nuovo DEA Ospedale Santa Maria della Scaletta - Via Belpoggio – Imola (BO)

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		3%	39%	58%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
		2%	47%	51%

3. Come valuta l’efficacia dell’evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		4%	48%	48%

Suggerimenti, commenti e proposte

Incontri periodici per discussione di eventuali errori documentati allo scopo di sensibilizzare il personale sanitario (tutti i ruoli). Importante e fondamentale è l’ascolto che deve essere fatto rispetto alla persona, allo studente, però richiede tempo

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

Corso di formazione continua ECM per Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, Vigiliatrici d’Infanzia
“Per la valorizzazione dell’esercizio professionale: il Codice Deontologico dell’ Infermiere”

Data: 25 Gennaio 2010

Sede: Aula ECM Istituto Ortopedico Rizzoli – Via Pupilli, 1

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
		20%	53%	27%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
	3%	10%	63%	24%

3. Come valuta l’efficacia dell’evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
		23%	50%	27%

Suggerimenti, commenti e proposte

Fare incontri per parlare dei modelli organizzativi. Complimenti. Ottima organizzazione. Organizzare incontri su argomenti riguardanti la professione infermieristica sia su aspetti tecnici che pratici.

Azienda USL di Bologna
Collegio IPASVI - Provincia di Bologna

Corso di formazione continua ECM per Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici, Vigiliatrici d’Infanzia
“Le competenze e le responsabilità infermieristiche nella trasfusione di sangue ed emocomponenti” I edizione 2010

Data: dal 12 gennaio 2010 al 16 febbraio 2010

Sede: COPALC - Via Pomponazzi 1 - Bologna (Bo)

1. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

NON RILEVANTE	POCO RILEVANTE	ABBASTANZA RILEVANTE	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE
			29%	71%

2. Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?

SCARSA	MEDIOCRE	SODDISFACENTE	BUONA	ECCELLENTE
			39%	61%

3. Come valuta l’efficacia dell’evento per la sua formazione continua?

INEFFICACE (non ho imparato nulla per la mia attività inf.ca)	PARZIALMENTE EFFICACE (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività inf.ca)	ABBASTANZA EFFICACE (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività inf.ca)	MOLTO EFFICACE (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività inf.ca)
			29%	71%

Suggerimenti, commenti e proposte

Ampliare questo corso anche ad altre figure ed estenderlo a tutti gli operatori (nel limite del possibile). Sarebbe utile e saggio proporre questo corso ECM anche al personale medico. Riproporre tematiche dei corsi fatti con il Collegio negli anni 2007/2008. Grazie mille.



CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• *La prevenzione delle lesioni da pressione*

Angela Peghetti

*infermiera esperta in Wound Care
Centro Studi EBHC c/o Azienda
Ospedaliero-Universitaria S.Orsola
Malpighi Bo - Presidente AISLeC*

Mirella Fontana

*infermiera esperta in Wound Care;
Centro Studi EBHC c/o Azienda
Ospedaliero-Universitaria S.Orsola
Malpighi Bo - Delegato Regionale
AISLeC*

Le lesioni da pressione sono aree di danno tessutale della cute e/o dei tessuti sottostanti causate principalmente da pressione, stiramento o frizione. Questo tipo di danno (definito anche ulcera da pressione, piaga, ulcera o lesione da decubito¹) benché largamente prevenibile costituisce un fenomeno importante nei reparti di ricovero ospedaliero e sul territorio sia per il numero di pazienti coinvolti sia per i tempi e le risorse necessarie per il trattamento del problema.

La cronicizzazione delle lesioni infatti è causa diretta dell'incremento di risorse (temporali, economiche, fisiche e psicosociali) assorbite da questa problematica nonché dell'esposizione del paziente ad aumento delle complicanze ed all'insorgenza di comorbilità. Attualmente, la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione (LdP) rappresentano, in tutti i setting di cura, a partire dall'ambito ospedaliero fino all'assistenza domiciliare o alle Strutture Residenziali, un problema rilevante, che richiede un notevole impegno gestionale in termini di risorse umane, materiali e tecnologiche.

Un'analisi della letteratura², evidenzia che a tutt'oggi gli approcci di prevenzione e di cura sono disomogenei e molte volte si osserva una assoluta mancanza di uniformità nei comportamenti assistenziali, terapeutici e diagnostici malgrado i numerosi studi condotti sull'argomento³. Le varie figure professionali coinvolte e l'ampia disponibilità di ausili, presidi e dispositivi medici reperibili sul mer-

cato, incrementano una difformità di approccio con conseguenze dolorose per il soggetto che si trova a rischio o è affetto da lesioni da questa tipologia di problema.

Un dato inequivocabile⁴, conferma però che una adeguata valutazione del soggetto ed un corretto approccio preventivo svolgono un ruolo determinante nella salvaguardia dell'integrità cutanea degli assistiti.

È ormai consolidata la consapevolezza che le lesioni da pressione tendono a formarsi prevalentemente nei soggetti affetti da patologie che ne compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati⁵, alla luce di ciò è facile dedurre che tale problema è destinato a crescere in ragione dell'invecchiamento della popolazione.

Uno studio condotto in Italia nel 1984 mostrava una prevalenza delle lesioni da pressione di 8,6%. Nel 1994 il numero di pazienti con lesioni da decubito era quasi raddoppiato: una ricerca multicentrica dell'AISLeC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) rivelava una prevalenza del 13,2%⁶.

Il risultato dell'indagine dell'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) nel 2001/2002 in 5 paesi europei (Belgio, Italia, Portogallo, Svezia e Inghilterra) conferma la tendenza all'aumento delle lesioni da pressione: la media europea su una popolazione ospedaliera di 5947 degenti, era del 18,1%⁷.

Le lesioni da decubito rappresentano perciò un problema rilevante sia in termini di sofferenze umane sia di costi economici.

Per il Sistema Sanitario Nazionale il costo annuale è stimato sopra a 1,5 miliardi di euro. Il maggior costo del trattamento è costituito dal tempo di assistenza necessario per cambiare le medicazioni e se si utilizzassero medicazioni appropriate, si potrebbe ridurre il costo sanitario totale almeno dell'80%^{8,9}.

La presenza o meno di lesioni da pressione viene considerata come uno degli indicatori più significativi della qualità dell'assistenza infermieristica^{10,11}.

FISIOPATOLOGIA DELLE LESIONI DA PRESSIONE

L'ulcera da pressione è la conseguenza diretta di una elevata e/o prolungata compressione associata o meno a forze di taglio o stiramento che causano uno stress meccanico sui tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni con una conseguente riduzione dell'apporto di ossigeno e di sostanze nutritive ai tessuti compressi.

Quando la pressione esercitata dal peso corporeo sul piano di appoggio, supera periodi prolungati stimati generalmente nell'intervallo di 2 ore con dei valori pressori empirici superiori a circa 32 mm Hg (questo valore è praticamente simbolico in quanto la situazione clinica del paziente più o meno compromessa può incidere sui valori pressori necessari a causare la strozzatura dei vasi), si determina l'interruzione del flusso capillare con conseguente ischemia. Se non si interviene con azioni di prevenzione, si possono sviluppare a cascata: ipossia, acidosi, emorragia interstiziale (eritema fisso che non scompare alla digitopressione), accumulo di metaboliti tossici, necrosi cellulare.

I segni che precedono la formazione di una lesione da pressione sono l'iperemia reattiva o l'eritema non persistente dovuto a dilatazione di compenso dei capillari e delle venule con formazione di un lieve edema: nel punto di pressione generalmente compare un'area eritematosa; alla compressione con un dito si ottiene la decolorazione, ma l'eritema ricompare quasi subito (quando si verifica questo fenomeno, il meccanismo di formazione delle lesioni è già innescato e di conseguenza l'arrossamento persiste corrispondendo alla lesione di primo stadio secondo la classificazione EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel)^{12,13}.

L'area si presenta lievemente edematosa e calda: il paziente, può provare senso di tensione e/o dolore.

Se si rimuove la causa che determina la compressione, la cute ritorna solitamente normale entro 24 ore senza alterazioni e/o danni permanenti.

Contrariamente, se la compressione continua, l'eritema diventa persistente ed il meccanismo del danno diviene irreversibile: in questa fase, infatti, le alterazioni strutturali sono più pronunciate rispetto a quella precedente: i margini della lesione sono ancora abbastanza definiti, la forma corrisponde generalmente quella della prominente ossea sovrastante o dell'oggetto sottostante, che ha provocato la compressione (è facile reperire lesioni causate da cuscini e/o dispositivi come le ciambelle che causano un aumento della compressione locale per effetto di una riduzione della superficie di appoggio). Il colore della lesione varia dal rosso intenso al cianotico. Alla compressione con un dito non si verificano modificazioni dell'intensità dell'eritema.

Se l'innervazione è intatta e non vi sono disturbi della sensibilità, il pa-

ziente accusa dolore e senso di tensione; la cute può essere calda (o fredda) al tatto, edematosa e lievemente indurita. Se si rimuove la compressione e si consente la riperfusione con la conseguente rimozione dei prodotti tossici che si sono accumulati, le alterazioni possono lentamente regredire. La fase successiva è caratterizzata da accumulo di eosinofili, di leucociti polimorfonucleati e siero sulla superficie cutanea, formazione di bolle subepidermiche e/o atrofia diffusa e/o necrosi dell'epidermide. Compaiono inoltre vescicole e croste emorragiche e sierose che sono indicative di un interessamento dei tessuti subepidermici.

La lesione da pressione vera e propria si distingue per l'assenza di epidermide e la presenza nel derma di infiltrati diffusi di linfociti e di leucociti polimorfonucleati. Sono presenti edema con ingorgo dei capillari e delle venule e stravasi eritrocitari; tutte le strutture ghiandolari sono necrotiche. Le vescicole e le bolle si rompono lasciando esposto il derma; l'ulcera può essere circondata da una zona di eritema.

È importante ricordare che la lesione da un punto di vista strutturale assume la forma di una piramide con la base poggiate sulla struttura ossea e il vertice corrispondente all'area lesa che si apprezza esternamente sulla superficie cutanea. Questa morfologia va ricordata dal prestatore di cure in quanto nella fase di trattamento, può succedere che man mano che il professionista procede con la cura della lesione osservi un ingrandimento delle dimensioni della stessa. Ciò è dovuto al fatto che la stima iniziale fatta osservando esclusivamente la superficie lesionata non era esatta in quanto con completa della valutazione del danno sviluppato nei tessuti sottostanti.

FATTORI DI RISCHIO

L'insorgenza delle lesioni da pressione è determinata sia da fattori locali derivanti da meccanismi prevalentemente di tipo meccanico e fisico: compressione, forze di taglio, attrito, umidità, secchezza della cute, che sistemici: età, immobilità, malnutrizione, malattie sistemiche come ad esempio quelle oncologiche.

Fattori di rischio locali:

Compressione: vedi parte descritta precedentemente.

Stiramento: questo si verifica quando il paziente viene posto in posizione seduta o semiseduta e la cute (in particolare in zona sacrale) tende ad aderire alla superficie del piano d'appoggio, mentre lo scheletro tende a

scivolare in avanti verso il basso. Si provocano così zone di stiramento dei tessuti superficiali su quelli profondi, con strozzatura dei vasi con conseguente ischemia e necrosi dei tessuti più profondi. Le forze di stiramento e/o di taglio non dovrebbero essere considerate separatamente dalle forze di pressione poiché costituiscono una componente integrale dell'effetto della pressione sul paziente. La maggioranza delle lesioni da forze di taglio possono essere risolte con un posizionamento adeguato del paziente poiché la maggior parte delle forze di taglio vengono generate quando egli scivola verso il basso, o viene sollevato sul letto o sulla sedia¹⁴.

Attrito/Frizione: La frizione si sviluppa quando due superfici scivolano una sull'altra, e spesso si origina in seguito alla rimozione di strati superficiali della cute. Il danno da frizione si verifica spesso come risultato di tecniche di sollevamento del paziente inadeguate. In aggiunta, movimenti volontari e involontari dell'assistito possono causare lesioni da frizione, in particolare su gomiti e talloni/malleoli. Ogni dispositivo che elimini questo contatto o riduca la frizione che si origina tra la cute e la superficie del letto (lenzuola comprese) ridurrà la comparsa di lesioni. A questo scopo può essere indicato l'utilizzo di pellicole, cuscini od idrocolloidi extrasottili.

Umidità: Il contatto prolungato della cute con urine, feci, sudore o secrezioni determina un danno diretto alle cellule epiteliali rendendole più suscettibili agli altri eventi lesivi: la cute umida è fragile e maggiormente predisposta alla formazione di lesioni da frizione e stiramento soprattutto in concomitanza con le operazioni di detersione¹⁵. La cute umida tende inoltre ad aderire alle lenzuola, potenziando la possibilità di lacerarsi durante gli spostamenti del paziente, inoltre, è più suscettibile alle irritazioni, alle eruzioni cutanee ed alle infezioni micotiche¹⁶. Quando la sorgente di umidità non può essere tenuta sotto controllo, è raccomandato l'uso di barriere protettive e prodotti assorbenti l'umidità¹⁷.

Fattori di rischio sistemici:

Questi comprendono condizioni morbide e non, di varia natura: età avanzata, cachessia neoplastica, diabete, ipertermia, insufficienza renale, neuropatie centrali e periferiche, alterato livello di coscienza, malnutrizione.

Da quanto precedentemente descritto si deduce quindi che i fattori locali che sostengono e favoriscono l'insorgenza delle lesioni, sono di particolare

interesse infermieristico ed in quanto tali, per contrastarli è opportuno pianificare una corretta igiene della cute, gestire l'incontinenza urinaria, il mantenimento di una postura adeguata e soprattutto il controllo della pressione mediante la scelta della superficie antidecubito e la gestione della mobilitazione.

Gli interventi finalizzati a prevenire lo sviluppo di lesioni da pressione infatti dovrebbero basarsi su:

- valutazione del paziente con la scala di Braden,
- valutazione clinica

al fine di applicare un piano finalizzato alla prevenzione che tenga conto delle varie valutazioni e degli obiettivi assistenziali per quel paziente.

Va comunque ricordato che la prima prevenzione si ottiene rimuovendo la causa delle lesioni e che quindi il primo intervento da applicare corrisponde ad un piano posturale adeguato. A tutt'oggi non ci sono evidenze in grado di suggerire forti indicazioni relative ad un programma di mobilitazione ideale, tuttavia, le raccomandazioni di pratica clinica corrente supportano l'utilizzo di programmi di riposizionamento per gli assistiti a rischio noto di sviluppare lesioni da pressione¹⁸.

In assenza di evidenze forti, le Linee Guida di riferimento raccomandano un programma scritto di riposizionamento stabilito sulla base dei risultati dell'ispezione della cute.

La valutazione del rischio: le scale di valutazione.

Il rischio di sviluppare ulcere da pressione si stabilisce combinando il giudizio clinico con l'utilizzo di uno strumento di valutazione affidabile validato; le principali Linee Guida internazionali sono concordi nel raccomandare a questo scopo la scala di Braden che essendo stata testata e validata in diversi setting di cura (es. reparti di chirurgia, terapia intensiva e case di riposo), ha un più ampio ventaglio di applicazione^{19, 20}.

Benché in letteratura non siano reperibili evidenze solide che suggeriscono la frequenza ottimale per la rivalutazione del rischio, gli standard clinici largamente accettati e pubblicati suggeriscono di eseguire rivalutazioni successive con cadenza settimanale²¹. L'esame può essere comunque condotto a cadenza variabile negli ambienti extraospedalieri, sulla base delle esigenze dell'assistito e della sua situazione clinica. Infine le Linee Guida²² concordano che la rivalutazione dovrebbe essere eseguita immediatamente in caso di modificazione dello stato di salute dell'assistito.

Va poi ricordato che, in alcune situazioni cliniche, le scale di valutazione del rischio possono presentare dei limiti, infatti, un soggetto apparentemente non a rischio potrebbe sviluppare lesioni da pressione se portatore di tutori ortopedici (gessi, docce ecc), o se portatore di dispositivi sanitari (SNG, catetere vescicale, collare, ecc). In questi casi si rende necessario ispezionare accuratamente le zone di appoggio.

La valutazione globale del soggetto dovrebbe includere anche il suo stato psicosociale: ciò permette di determinare la sua capacità di comprensione ed adesione al trattamento. Molto spesso, nella realtà clinica, la tipologia di soggetti interessata dal problema ulcere da pressione è prevalentemente non collaborante e in questo caso il patto collaborativo/terapeutico viene stabilito coinvolgendo i prestatori di cure (*caregiver*). Esiste, tuttavia, una casistica in aumento di soggetti in grado di interagire attivamente nella ste-sura del piano di prevenzione e/o di trattamento come ad esempio coloro che sono affetti da lesioni midollari, malattie neurologiche degenerative (SLA), distrofia muscolare o patologie traumatiche acute e che richiedono un periodo di degenza in reparti di cure intensive.

I fattori di rischio identificati durante la fase di valutazione costituiscono la base per lo sviluppo del piano di prevenzione che dovrebbe coinvolgere l'assistito e la sua famiglia allo scopo di stabilire obiettivi comuni ed ottenere l'adesione al piano di cura.

Braden nel 2001 descrive un protocollo di cura strutturato per livelli di rischio, basato sui risultati della *Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk (Scala Braden predittiva del rischio di lesione da pressione* ²³):

- Per individui a **rischio basso** (15-18), il piano di prevenzione prevede un programma di mobilitazione, un'adeguata protezione dei talloni, la gestione dell'umidità, della nutrizione, delle forze di frizione e di taglio come pure l'uso di superfici di supporto atte a ridurre la pressione qualora il paziente sia costretto a letto o sulla sedia.
- Braden suggerisce inoltre che, qualora siano presenti altri fattori di rischio maggiori, è necessario attuare il piano preventivo previsto per i soggetti con rischio elevato.
- Per individui a rischio **moderato** (13-14), gli interventi adottati in caso di rischio lieve debbono essere continui, con l'aggiunta di un programma di rotazione laterale di 30°.

- Per individui a **rischio elevato** (10-12), la frequenza della rotazione e l'uso di cunei/cuscini di schiuma viscoelastica per facilitare le rotazioni laterali di 30° dovrebbero essere integrati con piccoli trasferimenti del peso. Tutti gli intereventi in pazienti a rischio elevato debbono essere continui.

- Per individui a rischio **molto elevato** (<9), il piano prevede la continuazione dei precedenti interventi di profilassi più l'utilizzo di un sovrasmaterasso ad aria statica, qualora sia possibile un adeguato monitoraggio del paziente e della cute.

Considerare l'uso di un letto a bassa cessione d'aria se il soggetto a rischio molto elevato presenta ulteriori fattori di rischio, risolvibili parzialmente con tale presidio, o dolore incontrollabile, o dolore intenso esacerbato dalla mobilitazione. Braden (2001) avverte che l'uso di un letto a bassa cessione d'aria non è sostitutivo di un appropriato programma di mobilitazione, e che il posizionamento del paziente dovrebbe essere una componente del piano di trattamento.

Di seguito vengono riportate le raccomandazioni della **"Linea Guida dell'Azienda Ospedaliera di Bologna S.Orsola-Malpighi e dell'Azienda USL di Bologna: Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. Aggiornata aprile 2010"**²³.

Queste Linee Guida sono nate allo scopo di fornire agli operatori sanitari che operano nell'Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi e nell'Azienda USL di Bologna, le più aggiornate raccomandazioni, basate sulle evidenze scientifiche recuperate dalla revisione della letteratura internazionale e sul consenso del team di progetto.

Gli obiettivi che ci si è riproposti di raggiungere riguardano principalmente:

- l'individuazione dei soggetti a rischio di sviluppare LDP,
- la gestione dei soggetti a rischio attraverso l'utilizzo di un adeguato piano di prevenzione,
- la corretta valutazione delle LDP quando presenti,
- il corretto trattamento delle LDP,
- la prevenzione delle complicanze correlate alle LDP.

Le linee guida forniscono anche le specifiche indicazioni in relazione ai presidi/ausili, ai materiali ed alle attrezzature messe a disposizione dalle due aziende sanitarie per applicare sia i protocolli di prevenzione che di trattamento.

Guida ai livelli di prova e al grado delle raccomandazioni (Secondo il Sistema Nazionale Linee Guida - SNLG)

Livello delle prove

- I. Prove ottenute da più studi controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
- II. Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
- III. Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro Metanalisi.
- IV. Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso controllo o loro metanalisi.
- V. Prove ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo.
- VI. Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile delle linee guida.

Forza delle raccomandazioni

- A. L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.
- B. Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.
- C. Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.
- D. L'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E. Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura
- √. Migliore pratica raccomandata in base all'esperienza clinica del gruppo di sviluppo della Linea Guida.

LE RACCOMANDAZIONI SULLA PREVENZIONE

QUESITO 1:

Quali soggetti devono essere valutati per identificare il rischio di lesioni da pressione (LdP), come e con quale strumento?

Raccomandazioni generali

1. **Tutti i soggetti costretti a letto/sulla sedia e non in grado di muoversi in modo completamente autonomo devono essere valutati per il rischio di sviluppare LdP entro 24 ore dalla presa in carico. [B]**

SCALA DI BRADEN Indicatori e Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale. Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla Pressione.	Non limitata. Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata. Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. O Ha impedimenti al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto limitata. Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. O Ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata. Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione. O Limitata capacità di percepire dolore in molte zone del corpo.
Umidità. Grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.	Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
Attività. Grado di attività fisica	Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto, Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.	Allettato. Costretto a letto.
Mobilità. Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza.	Parzialmente limitata. Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile. Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
Nutrizione. Assunzione usuale di cibo.	Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo, Non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con NPT, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG)	Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O E' a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Problema potenziale. Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema. Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

N.B. - Nel caso di paziente cateterizzato, ovvero di fatto continente, si attribuisce un punteggio di 4 all'indicatore umidità.

1.1 - La valutazione va estesa a tutti i soggetti che a giudizio dell'infermiere presentano fattori di rischio locali e/o generali. [P]

1.2 - Dovrebbe essere effettuata una valutazione dello stato nutrizionale utilizzando una scala validata. [P]

2. Per la valutazione del rischio di LdP è consigliabile l'utilizzo di una scala validata. [A] L'infermiere integra la valutazione effettuata con la scala, con il proprio giudizio clinico, tenendo in considerazione l'intero profilo dell'assistito, compresi gli obiettivi dello stesso. [√]

2.1 - Fra le scale validate il panel raccomanda l'utilizzo della scala di Braden. [√]

Gradazione dei livelli di rischio secondo i punteggi della Scala di Braden:

>18: nessun rischio

18 - 15: rischio basso

14 - 13: rischio moderato

12 - 10: rischio alto

≤9: rischio altissimo

2.2 - Il giudizio clinico può modificare l'assegnazione del livello di rischio stabilito dal punteggio della scala di Braden; il Panel ritiene che la presenza di elementi clinici documentati e non considerati dalla scala di Braden, può aumentare il rischio di un livello. [√]

2.3 - Nei soggetti giudicati a rischio la rivalutazione dello stesso deve essere effettuata ogni 7 giorni o in caso di forte cambiamento delle condizioni cliniche. [A]

2.4 - Tutte le valutazioni del rischio dovrebbero essere documentate in forma cartacea e/o elettronica. [√]

2.5 - La valutazione dei deficit di coscienza e di sensibilità deve far parte del giudizio clinico. [√]

3. Un esame della cute dalla testa ai piedi dovrebbe essere effettuato in tutti gli assistiti al momento della presa in carico; nei soggetti individuati a rischio di LdP l'ispezione cutanea deve essere ripetuta ogni giorno. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alle aree più vulnerabili, specialmente in corrispondenza delle prominenze ossee. [C]

3.1 - Si raccomanda di documentare le lesioni individuate possibilmente anche con immagini. [√]

QUESITO 2:

Quali sono gli accorgimenti igienico/ambientali e gli interventi preventivi da attuare nella cura della cute dei soggetti allettati/seduti?

Cura della cute

4. La cute dovrebbe essere pulita ed asciugata ad intervalli regolari e quando si sporca. La frequenza della pulizia cutanea dovrebbe essere personalizzata secondo le necessità e/o le preferenze dei soggetti. [C]

4.1 - Individualizzare il programma per il bagno dell'assistito. [√]

4.2 - Evitare acqua molto calda e usare detergenti a pH bilanciato, non sensibilizzanti la cute. [C]

4.3 - Ridurre al minimo la forza e la frizione sulla cute durante la detersione. [C]

4.4 - Mantenere l'idratazione cutanea applicando soluzioni e creme lubrificanti a pH bilanciato, non sensibilizzanti, non alcoliche. [C]

4.5 - Ridurre al minimo i fattori ambientali sfavorevoli (esposizione al freddo, microclima secco ecc.) che possono causare la disidratazione della pelle. [C]

5. Evitare massaggi in corrispondenza delle prominenze ossee. [E]

6. Nei soggetti a rischio moderato o elevato si raccomanda l'uso di barriere protettive della cute (per esempio pellicole liquide o trasparenti, idrocolloidi extra-sottili) o cuscini protettivi per ridurre le lesioni da frizione. Nei soggetti a basso rischio occorre una valutazione caso per caso. [√]

6.1 - Nella fase di prevenzione per la protezione della cute non è necessario l'utilizzo di prodotti sterili. [√]

7. Ridurre al minimo l'esposizione della cute all'umidità causata da incontinenza, sudorazione o secrezioni delle ferite. [C]

7.1 - Quando l'umidità non può essere controllata, usare cuscinetti assorbenti, indumenti o slip che assorbono l'umidità. Sostituire cuscini e lenzuola quando sono umidi. [√]

7.2 - Stabilire un programma di svuotamento della vescica e dell'intestino ove necessario. [√]

7.3 - Se all'interno di un'area umida coesiste una irritazione non risolta, consultare il medico per valutare la pressione e intraprendere un eventuale trattamento. [√]

QUESITO 3:

Come contrastare gli effetti negativi dovuti alla pressione ed alle forze meccaniche nei soggetti allettati/seduti?

Mobilizzazione

8. Per gli assistiti a rischio moderato o elevato, ridurre al minimo la

pressione mediante un programma immediato di mobilitazione. Nei soggetti a basso rischio occorre una valutazione caso per caso. [C]

8.1 - Utilizzare un approccio interdisciplinare nella formulazione del piano di mobilitazione. [√]

8.2 - Per documentare l'attuazione del piano di mobilitazione e dell'impiego degli ausili si raccomanda l'utilizzo di un documento scritto. [C]

9. Se l'assistito è costretto a letto e le condizioni cliniche lo consentono la postura andrebbe modificata ogni 2-4 ore evitando l'appoggio sulle zone a maggior rischio o eventualmente già arrossate. [B]

9.1 - Si raccomanda una rotazione di 30° quando il soggetto viene posto in decubito laterale, per evitare un appoggio prolungato sul trocantere. [C]

9.2 - Ridurre le forze di frizione e di taglio mantenendo la testata del letto il meno sollevata possibile, compatibilmente con le condizioni cliniche, le indicazioni mediche e il comfort dell'assistito. Si raccomanda un sollevamento non superiore a 30°. [C]

9.3 - Usare dispositivi per alleviare completamente la pressione sui talloni e le prominenze ossee del piede; detti dispositivi non devono concentrare l'appoggio sul solo tendine d'Achille. [B]

10. Lo spostamento o i cambi di posizione nel letto devono essere attuati utilizzando appositi sistemi per evitare che la parte a contatto con la superficie di appoggio venga strofnata. [C]

10.1 - Quando possibile rendere il soggetto autonomo fornendo dispositivi per azioni di posizionamento, sollevamento e spostamento (per es. trapezio, ausili per lo spostamento ecc.). [√]

11. Nel ricordare l'importanza della postura seduta nel recupero e/o nel mantenimento dell'autonomia della persona, non va trascurato il rischio di incorrere in LdP, perciò si raccomanda:

- I soggetti immobili/non collaboranti dovrebbero essere riposizionati nella postura seduta preferibilmente ogni ora. Nel caso ciò sia impossibile rimettere a letto la persona. [C]

- Gli individui che ne sono in grado, dovrebbero essere educati o stimolati a cambiare spontaneamente i punti d'appoggio in po-

sizione seduta ogni 15 minuti o ad alternare la postura seduta con altre posture. [C]

11.1 - Quando si mette la persona seduta favorire l'allineamento posturale, la distribuzione del peso, il bilanciamento, la stabilità al fine di ridurre la pressione. [C]

11.2 - Usare carrozzine e/o sedie delle misure appropriate alla persona che le utilizza e munite di dispositivi atti a ridurre la pressione. [√]

12. Istituire un programma di riabilitazione, se coerente con gli obiettivi complessivi del piano di trattamento e se sussiste la possibilità di migliorare la mobilità del soggetto ed il suo stato di attività. [√]

QUESITO 4:

Quali ausili si sono dimostrati efficaci nella prevenzione delle LdP nei soggetti a rischio?

Ausili per la prevenzione

13. I soggetti a rischio alto e altissimo di sviluppare una lesione da pressione non dovrebbero restare allettati su un materasso standard. [E]

14. I soggetti allettati, che per motivi clinici od assistenziali non sono in grado di cambiare la postura, devono essere posizionati su un sistema di supporto dinamico. [B]

14.1 - Usare:

- cuscini o cunei per evitare contatti tra le prominenze ossee [√]

- ausili per alleviare la pressione sui calcagni, oppure supporti per tenerli sollevati dal letto. [B]

15. Non utilizzare mai allo scopo di prevenire le LdP: [E]

- ausili circolari (es. la ciambella);
- sacchetti riempiti di liquido; velli.

QUESITO 5:

Qual è il rapporto tra il rischio di LdP ed il dolore?

Controllo del dolore

16. Il dolore può ridurre la mobilità e l'attività motoria. Considerare l'impatto del dolore e misurare l'intensità, usando un strumento di valutazione validato. [A]

16.1 - La frequenza delle misurazioni deve essere decisa in relazione alle caratteristiche della persona ed alla tipologia del dolore riferito. [√]

16.2 - Devono essere intraprese misure farmacologiche e non farmacologiche per il controllo del dolore. [A]

16.3 - La perdita della sensibili-

tà e della capacità di percepire il dolore e di rispondere ad esso in maniera efficace devono essere valutate in quanto possono aumentare il rischio di lesione della cute. [√]

QUESITO 6:

In caso di stato nutrizionale compromesso, quali provvedimenti adottare?

Nutrizione

17. Per i soggetti che presentano uno stato nutrizionale compromesso, si dovrebbe attuare un piano di sostegno e/o integrazione nutrizionale che soddisfi le necessità dell'individuo e sia conforme agli scopi generali del piano di trattamento. [B]

Per i soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione contattare un servizio di dietologia clinica. [√]

18. Assicurare l'idratazione cutanea attraverso un'adeguata assunzione di liquidi [√]

**Raccomandazioni
per la Sala Operatoria**

QUESITO 7:

Quali sono le norme di prevenzione delle LdP da attuare in sala operatoria?

Prevenzione in Sala Operatoria

19. I soggetti già valutati a rischio alto e altissimo di LdP sono da considerare a rischio anche in sala operatoria. [√]

20. A prescindere dal valore del punteggio della scala di Braden, tutti i soggetti sottoposti a procedure chirurgiche prolungate (>4 ore) sono da considerare a rischio di LdP. Tale rischio può essere ulteriormente aumentato dalle condizioni cliniche del soggetto. [√]

21. Per tutti i soggetti giudicati a rischio dovrebbe essere preso in considerazione l'uso intraoperatorio di superfici riducenti la pressione. [A]

22. Per i soggetti in decorso post operatorio valgono le raccomandazioni generali di prevenzione previste in base al grado di rischio. [√]



NOTE

- 1 ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF STAGE I TO IV PRESSURE ULCERS 2002 Aug (revised 2007 Mar). NGC:005793 Registered Nurses' Association of Ontario - Professional Association.
- 2 www.health.wa.gov.au/WoundsWest
- 3 http://www.health.wa.gov.au/WoundsWest/survey/docs/WWWPS_07_State-wide_Report_Overview.pdf
- 4 Hutchinson, B., & Orsted, H. (2003). Pressure management: Assessment, prevention, intervention & evaluation, Skills Lab #1. Skin and Wound Assessment and Treatment, Calgary Health Region, Calgary, AB.
- 5 National Institute for Clinical Excellence (2001). Pressure ulcer risk assessment and prevention. [Online]. Available: www.nice.org.uk
- 6 AISLEC Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale. Ricerca multicentrica. NEU, 1995;1:12-15.
- 7 Clark M, Defloor T, Bours A A pilot study of the prevalence of pressure ulcers in European Hospital. Recent Advances in Tissue Viability (Ed M Clark), Quay Books, Salisbury, 2004; 8-22
- 8 Beckrich K., Aronovitch S.A. - Hospital-Acquired Pressure Ulcers: A Comparison Of Costs In Medical Vs Surgical Patients - Nurs Econ 1999; 17(5): 263-271
- 9 Thomson J.S., Brooks R.G. - The Economics Of Preventing And Treating Pressure Ulcers: A Pilot Study - J. Wound Care 1999; 8(6): 312-316
- 10 Wunderlich G.S., Kohler P.O. (eds). Improving the Quality of Long-Term Care, National Academy of Sciences, 2001.
- 11 http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss095/link/doss95.pdf
- 12 <http://www.epuap.org/grading.html>
- 13 Royal College of Nursing and National Institute for Health and Clinical Excellence The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A Clinical Practice Guideline. www.rcn.org.uk/ Final Version June 2005
- 14 Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Risk assessment and prevention of pressure ulcers. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- 15 Ibidem
- 16 Carr D, Benoit R. The role of interventional patient hygiene in improving clinical and economic outcomes. Adv Skin Wound Care. 2009 Feb;22(2):74-8. PMID: 19155711 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 17 Ibidem
- 18 Ibidem
- 19 An interrater reliability study of the assessment of pressure ulcer risk using the Braden scale and the classification of pressure ulcers in a home care setting. Kottner J, Halfens R, Dassen T. Int J Nurs Stud. 2009 Apr 28. [Epub ahead of print] PMID: 19406400 [PubMed - as supplied by publisher]
- 20 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG029quickrefguide.pdf>
- 21 Ibidem
- 22 Ibidem
- 23 © Barbara Braden, 2001. Reproduced with permission in "The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: risk assessment and prevention of pressure ulcers. MacLeod FE, Harrison MB, Graham ID. Ostomy Wound Manage. 2002 Oct;48(10):30-2, 34-8".
- 24 www.evidencebasednursing.it

Nel prossimo numero della rivista sarà pubblicato l'articolo sul "Trattamento delle lesioni da decubito".

• **Linee guida sul trattamento riabilitativo della vescica nei pazienti neurologici**

I.P. Davia Giovannini

Il catetere vescicale a dimora e le complicanze associate delle vie urinarie

Educazione Sanitaria

Aspetti storico-clinici della persona affetta da trauma midollare

Alla fine degli anni '50, l'età media del paziente mieloso corrispondeva ai 40-49 anni di età. La sopravvivenza dopo il trauma raggiungeva appena i 10 anni. La causa principale di decesso era dovuta all'insufficienza renale. Tutto ciò accadeva perché il trattamento della vescica neurogena veniva eseguito tramite l'inserimento del catetere a dimora, il quale comportava severe conseguenze patologiche.

Con il trascorrere degli anni, si è però iniziato un approccio più funzionale, grazie al perfezionamento delle tecniche diagnostiche, in particolare l'urodinamica e la videourodinamica, e ad una metodologia assistenziale più raffinata come il cateterismo intermittente.

La maggior parte degli studi svolti fino ad oggi dimostrano che la tecnica del cateterismo intermittente in ospedale riduce considerevolmente il numero delle infezioni ospedaliere di origine vescicale.

La vescica del mieloso è una vescica neurogena, per cui non deve essere considerata un esito stabile, ma piuttosto una vera malattia cronica a carattere evolutivo.

Proprio per questo motivo, è utile effettuare una valutazione funzionale e morfologica delle basse vie urinarie, mediante un controllo costante e periodico con:

- Esame Urina standard
- Urinocoltura
- Studio Urodinamico
- Videourodinamica
- Ecografia renale
- Urografia

Uno dei problemi dovuti alla mielolesione è la DISREFLESSIA AUTONOMA, la quale colpisce generalmente le lesioni midollari al di sopra di D6 ed è caratterizzata da:

- ipertensione
- cefalea pulsante
- sudorazione profusa ed eritema sopralesionale

- pilo erezione
- bradicardia riflessa

Questa sindrome è causata da stimoli nocicettivi partendo dalla sfera uro - ano - genitale, alle tecniche diagnostiche o terapie sulle vie urinarie.

Quando si presenta tale situazione, l'I.P., deve rilevare la pressione arteriosa ed eseguire il cateterismo intermittente. Se non si risolve il problema dopo il cateterismo intermittente, avvertire il medico riferendogli i valori della pressione arteriosa e la quantità di urina emessa con il catetere.

Assistenza infermieristica

L'I.P. deve essere a conoscenza di alcuni aspetti fondamentali che riguardano la vescica neurogena:

- mantenere integre le funzioni fondamentali della vescica;
- riempimento e svuotamento;
- prevenire e ridurre la stasi urinaria e le infezioni;
- evitare le alte pressioni in vescica per non provocare danni renali;
- aiutare ed assistere il paziente ed i suoi familiari ad accettare la nuova situazione fornendogli tutta la professionalità, al fine di garantire un'adeguata qualità di vita.

La riabilitazione del paziente mieloso deve coinvolgere e fare interagire più persone: i fisiatri, come responsabili clinici, le caposale, gli infermieri professionali, i fisioterapisti, gli operatori assistenziali e gli Oss, e soprattutto i familiari.

Le disfunzioni neurourologiche condizionano in maniera forte la qualità di vita dell'individuo e talvolta sono causa di severe complicanze, che anche alla luce degli attuali trattamenti medici o chirurgici, rimangono irrisolte definitivamente.

L'INFERMIERE deve cercare in tutto questo contesto, a seconda dei tempi e dell'inquadramento clinico del paziente, strategie per evitare complicazioni al paziente stesso. Deve inoltre rendere più supportabile ogni cambiamento di quelle che erano le abitudini di un individuo, o meglio, deve creare un modello di comportamento il più accettabile possibile.

L'INFERMIERE ha inoltre il compito, tramite la propria esperienza, professionalità ed aggiornamento, di trasmettere al paziente ed ai familiari tutte le nozioni sull'utilizzo di presidi che si hanno a disposizione per raggiungere una continenza urinaria e cercare di favorire e migliorare la nuova condizione di vita.

A domicilio (dopo la dimissione) il catetere intermittente viene eseguito in maniera pulita ed è quindi necessario effettuare un bidet e lavarsi le mani

prima e dopo ogni catetere, senza utilizzare il guanto sterile, evitando inoltre la disinfezione con amuchina.

È quindi compito dell'I.P. eseguire la tecnica del catetere rispettando le principali norme di sterilità e trasmettere al paziente tali informazioni. L'infezione vescicale può essere concausa delle formazioni litiasiche, associata ad una dieta ricca di calcio e secondaria ad una immobilizzazione prolungata.

Dimissione

Al momento della dimissione, il paziente ed i familiari saranno in grado di eseguire la tecnica del cateterismo intermittente e saranno informati sugli eventuali problemi che possono insorgere a domicilio tramite un opuscolo informativo. Verranno informati sui presidi che devono utilizzare e dei controlli che dovranno eseguire periodicamente (urinocoltura, ecografia renale, videourodinamica ed urografia).

Aspetti nutrizionali nel paziente mieloso

La dieta deve essere varia e contenere tutte le categorie alimentari:

- GLUCIDI
- PROTIDI
- LIPIDI
- VITAMINE
- SALI MINERALI
- ACQUA

Le proteine sono utili per la crescita e la riproduzione tissutale e aiutano a prevenire le infezioni: l'apporto proteico deve essere pari al 13%-14% delle calorie giornaliere. In caso di lesioni da decubito, infezioni ed iperpiressia il fabbisogno proteico aumenta fino al 20%. Le proteine sono contenute nel pesce, uova e latticini.

Nelle persone con difficoltà alla deglutizione esistono in commercio integratori preparati.

I carboidrati (glucidi), rappresentano la forma principale di energia metabolica. I carboidrati sono contenuti nel pane integrale, cereali, fagioli e frutta fresca.

La frutta e la verdura contribuiscono con il loro apporto di fibre.

Per quanto riguarda i lipidi la loro assunzione deve essere controllata, ma non proibita.

È necessario inserire nella dieta le vitamine del gruppo A e B.

In conclusione per avere un corretto regime dietetico si devono assumere cibi ricchi di fibre come alimenti integrali, cereali, pere, mele, verdure crude, agrumi, carote.

Vanno invece assolutamente evitati alcol, caffeina, spezie, tabacco, panna montata, bevande gassate, cibi pic-

canti ed insaccati per la loro azione irritante, in quanto tali cibi e liquidi determinano fenomeni nocivi a carico delle pareti vescicali.

Il cateterismo vescicale consiste nell'introduzione di una sonda in vescica attraverso l'uretra e poiché tale manovra è invasiva, la stessa comporta dei rischi.

Per limitare tali i rischi e per una corretta gestione del paziente, vengono comunemente utilizzati i cateteri vescicali racchiusi in un sistema monouso, a circuito chiuso, con sacca di drenaggio.

Dagli studi effettuati fino ad oggi, si è giunti alla conclusione che le complicanze infettive alle basse vie urinarie sono frequentemente legate ad una inadeguata gestione del catetere a dimora, specialmente se utilizzato per lunghi periodi.

E' importantissimo ricordare agli infermieri che quando effettuano manovre invasive in struttura ospedaliera e' necessario garantire la massima Asepsi.

È quindi compito dell'I.P. eseguire la tecnica del cateterismo rispettando le principali norme di sterilità e trasmettere al paziente le opportune informazioni.

Le infezioni delle vie urinarie sono tra le più frequenti infezioni nosocomiali e costituiscono dal 20% al 40% di tutte le infezioni ospedaliere e l'80% di esse sono associate all'uso del catetere vescicale.

Complicanze delle basse vie urinarie:

Possiamo classificare:

- Complicanze Flogistiche (cistiti, uretriti, prostatiti, orchiepididimiti)
- Diverticoli uretrali con o senza fistolizzazione
- Stenosi uretrali
- Fistole uretrali
- Litiasi vescicali

Complicanze delle alte vie urinarie:

- Complicanze Flogistiche (pielonefriti)
- Reflusso vescico - ureterale
- Litiasi vie escretrici superiori
- Idronefrosi senza reflusso

Sintomatologia delle infezioni urinarie

- Nausea e vomito
- Malessere generale
- Brivido
- Aumento della temperatura
- Dolori lombari
- Disuria
- Secrezioni attorno al meato uretrale

Gestione del catetere vescicale a permanenza

Il catetere a permanenza può e deve

essere utilizzato temporaneamente:

- nella fase di shock spinale (da rimuovere al più presto possibile)
- in presenza di infezione sintomatica grave
- nelle gravi complicanze delle alte vie urinarie (reflusso vescico-ureterale)
- in presenza di severe lesioni da decubito con incontinenza urinaria
- in presenza di ematuria massiva
- per esame diagnostico (cistografia, urodinamica, videourodinamica)
- qualora il cateterismo intermittente rappresenti un notevole problema gestionale (persone anziane).

In caso di interventi urologici

Innanzitutto è necessario utilizzare cateteri vescicali di calibro adeguato, di solito compreso tra ch12 e ch16; i calibri più grossi vengono utilizzati solo in casi particolari come il Ch 20 nelle ematurie massive.

L'infermiere deve assicurarsi del corretto posizionamento del catetere vescicale e della sua pervietà.

Vengono utilizzati principalmente il catetere vescicale in lattice (chiedere sempre se il paziente è allergico al lattice) o quello in silicone. Questi ultimi sono da preferirsi per la loro capacità anallergica ed apirogena, nonché per la loro lieve rigidità, che rende più agevole l'inserimento. La cateterizzazione vescicale deve essere eseguita da personale infermieristico addestrato. Tale personale dovrebbe essere aggiornato periodicamente sulle tecniche corrette per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie nei cateterizzati e sui rischi di complicanze associate al cateterismo vescicale

Lavaggio delle mani

Alcuni germi fra cui lo Stafilococco aureo, Proteus Mirabilis, Klebsiella, colonizzano nella superficie della cute e a seconda della profondità dello strato occupato, costituiscono la Flora Transitoria (strato superficiale) e la Flora Residente (strati profondi).

Il lavaggio delle mani rappresenta la prima e più importante misura di prevenzione delle infezioni nella assistenza dei pazienti cateterizzati; il lavaggio delle mani deve essere sempre effettuato:

- Prima di mettere i guanti per qualsiasi manovra
- Prima e dopo l'inserzione del catetere
- Prima e dopo qualsiasi manipolazione del sistema di drenaggio (prelievi urine, svuotamento della sacca di raccolta).
- Immediatamente dopo la rimozione dei guanti

Lavaggio sociale delle mani

- Bagnare le mani sotto acqua corrente
- Insaponare le mani accuratamente impiegando detergente
- Frizionare per almeno 10 minuti
- Sciacquare sotto acqua corrente (se non vi sono rubinetti a gomito lasciare aperto il rubinetto)
- Asciugare con salvietta monouso
- Usare le stesse salviette per chiudere i rubinetti

Gestione del catetere a permanenza

Materiale occorrente:

- Catetere vescicale
- Lubrificante
- Telino sterile
- Garza Sterile
- Guanti Sterili
- Disinfettante
- Soluzione Fisiologica o Acqua distillata
- Siringa 10cc
- Sacca per raccolta urina
- Cerotto

Asepsi durante l'inserimento del catetere

- Eseguire cure igieniche dell'apparato genitale con acqua e sapone
- Indossare il primo paio di guanti
- Per il meato urinario usare una soluzione antisettica a base di polivinil pirrolidone (clorexidina o derivati del cloro) in confezioni monodose. Vi sono pazienti che presentano allergie alla soluzione antisettica quindi sostituirla con soluzione fisiologica
- Rimuovere i guanti
- Indossare il secondo paio di guanti sterili
- Posizionare il telino fenestrato sterile
- Far cadere il lubrificante sull'estremo distale del catetere vescicale (nell'uomo e' preferibile mettere il lubrificante per tutta la lunghezza del catetere ,inoltre introdurre il lubrificante dirattamente nel canale uretrale).
- Introdurre il catetere vescicale nell'uretra fino a quando vi è la fuoriuscita dell'urina (nell'uomo introdurre il catetere vescicale mantenendo il pene perpendicolare all'addome ed introdurre il catetere vescicale fino ad avvertire la resistenza prostatica; successivamente abbassare il pene e continuare l'inserimento de catetere fino a quando vi è fuoriuscita dell'urina).
- Iniettare 5-10 cc. di soluzione fisiologica per gonfiare il palloncino del catetere vescicale, ritrarlo delicatamente fino alla prima resistenza e fissare il catetere vescicale.
- Se vi fosse un ristagno vescicale di sopra di 500cc svuotare lenta-

mente la vescica in modo di evitare rapide depressioni all'interno della cavità addominale.

Il catetere vescicale a dimora, qualora lo si apra e chiuda ad intervalli regolari nella giornata, comporta complicanze; contrariamente mantenerlo sempre aperto riduce il rischio delle complicanze, ma causa la riduzione dell'elasticità della parete vescicale. Attualmente non si esegue la ginnastica vescicale.

Al fine di prevenire le complicanze da catetere vescicale a dimora, è necessario per l'I.P. seguirne con criterio la gestione:

Nell'uomo: ventralizzazione del pene (fissato con cerotto anallergico sull'addome del paziente), alternando la sede nelle 24 h per prevenire gli accessi periuretrali o fistole uretrali
Nella donna: fissare il catetere all'interno della coscia con un cerotto.

Mantenere un'elevata idratazione fino a 3 litri nelle 24 h. allo scopo di prevenire calcolosi e potenziali infezioni batteriche e per mantenere un'adeguata efficienza renale.

Controllare il bilancio idrico, il colore, l'aspetto e l'odore delle urine.

Riportare sui diari minzionali la diuresi del paziente.

Posizionare la sacca di raccolta urina nel reggi sacca e sistemarla sempre al di sotto della vescica per prevenire un reflusso sacca-vescica da parte delle urine.

Se si presenta batteriuria asintomatica non viene prescritta terapia antibiotica, in quanto un'adeguata idratazione, l'acidificazione delle urine ed il catetere intermittente, spesso garantiscono un sufficiente controllo delle batteriurie.

In particolari condizioni (vescica a rischio) può essere necessario trattare anche la batteriuria asintomatica: per questa ragione è importante rivolgersi ad uno specialista di riferimento.

Non va dimenticato che nell'aumento della rigidità del catetere vescicale, è buona norma essere più delicati nell'inserimento per evitare traumi, che con il tempo possono causare spiacevoli complicanze del tratto uretrale.

E' probabile che si presentino dei casi di pazienti portatori di catetere sovra pubico, il quale dovrà essere controllato nel foro di inserzione cutanea, nella sua pervietà e, a seconda del tipo, la sua sostituzione va valutata volta per volta

Spesso accade che la routine del lavoro porti gli operatori a dare per scontato che il paziente da cateterizzare non abbia sensibilità, pertanto si ese-

gue la manovra della cateterizzazione senza informare il paziente sulle possibili fastidiose sensazioni uretrali in corso di cateterismo. Nell'uomo, inoltre, è necessario prendere precauzioni per proteggere i testicoli al fine di prevenire l'orchiepididimite. Mettere un sostegno sotto ai testicoli quando il paziente è in posizione supina e quando è seduto in carrozzina sollevare sempre lo scroto.

Una precisazione a riguardo: mai forzare l'inserzione del catetere vescicale qualora si incontrino ostacoli, per il rischio di traumi uretrali e di conseguente ematuria massiva

Testare un campione di urine con cartine reagenti per rilevare il p.h. urinario; se tende all'acidità può essere considerato fattore **preventivo** sulla formazione di calcoli. Per acidificare le urine viene prescritta la vitamina C. Un altro problema, che si può rilevare, è la presenza di secrezioni purulente dal meato uretrale: in questo caso si agisce prelevando 2 tamponi uretrali; eseguire poi le cure igieniche di tale apparato ed informare i medici che prescriveranno la terapia più opportuna.

Se si dovranno eseguire lavaggi endouretrali con soluzioni antibiotiche, sarà necessario diluirle con 20cc. di soluzione fisiologica e procedere alla manovra con un ago bottonuto.

È necessario ricordare che il posizionamento del catetere vescicale nella donna con ciclo mestruale è utile per mantenere una corretta igiene in ambito ospedaliero, mentre a domicilio è sufficiente effettuare cure igieniche delle parti intime prima e dopo il cateterismo intermittente.

In caso di rimozione del catetere vescicale, qualora, dopo aver sgonfiato il palloncino, si rilevino resistenze alla estrazione, non va **mai tagliata la via nella quale si inserisce la soluzione fisiologica e va chiamato il medico.**

Inoltre è opportuno sapere che se fuoriesce urina dalle pareti del catetere, il catetere non va sostituito con uno di calibro maggiore ma bisogna avvertire il medico perché potrebbe trattarsi di una vescica in contrazione che richiede una corretta valutazione.

Il flusso urinario non deve mai presentare ostruzioni per cui:

- evitare il ristagno delle urine e il reflusso delle urine in vescica
- evitare la piegatura del catetere e del tubo di raccolta
- evitare di sollevare la sacca durante il trasporto del paziente
- evitare che grosse anse del tubo di drenaggio ciondolino dal letto

- prima che il paziente deambuli o faccia esercizi far defluire tutte le urine dal tubo della sacca

- svuotare la sacca di raccolta ad intervalli regolari

E' consigliabile la pulizia giornaliera con acqua e sapone dell'area peri uretrale e del punto di contatto tra meato urinario e catetere; tale operazione deve essere ripetuta anche a seguito di ogni evacuazione intestinale.

La semplice manovra di detersione riduce fino dell'80% la colonizzazione delle zone da parte dei microrganismi.

Elenco dei cateteri vescicali e modalità di indirizzo

Cateteri Foley a due vie in lattice

Sono cateteri con punta chiusa e arrotondata con due fori laterali contrapposti e un palloncino, in lattice molto soffice. Sono quelli utilizzati di routine.

Cateteri Foley a due vie al silicone

Sono cateteri ad elevato costo, in grado di ridurre le incrostazioni meccaniche di vescica e uretra. Se ne consiglia l'utilizzo nei pazienti con catetere a dimora cronico.

Cateteri Foley a tre vie al silicone

Sono cateteri che presentano, oltre al canale di drenaggio e di gonfiaggio del palloncino, anche un canale di irrigazione. Sono indicati quando si ritenga di

Cateteri Thièmann

Ha estremità conica olivare curva, semirigida, da usarsi in caso di restringimento o stenosi uretrale.

Cateteri Couvelaire a tre vie CH 20 22

Sono cateteri al silicone di elevato costo con estremità a becco di flauto usati particolarmente per le ematurie massive.

I Fori sono particolarmente ampi per poter permettere la fuoriuscita di coaguli di sangue durante un lavaggio vescicale.

Cosa fare se non si riesce ad inserire il catetere

Dare qualche colpo di tosse, così lo sfintere si rilassa e sarà più facile procedere al cateterismo. Se si è in carrozzina, sdraiarsi sul letto, spostare il pene un poco in alto e un poco in basso avendo sempre il catetere inserito. Anche un bagno caldo può aiutare a rilassare la vescica.

Nel caso persistano difficoltà ad inserire il catetere, contattare il medico o l'ospedale entro le 8 ore.

Cosa si deve fare se non si riesce a rimuovere il catetere

Se dopo il cateterismo non si riesce a rimuovere il catetere attendere 5-10 minuti. E' necessario rilassarsi e riprovare respirando profondamente.

L'estrazione sarà senza dubbio più fa-

cile e qualche colpo di tosse può aiutare lo sfintere a distendersi. Se si è in carrozzina sdraiarsi sul letto. Se il problema persiste contattare il medico o l'ospedale.

Avvertenze

Se si incontrano macchioline di sangue nell'urina o sul catetere la causa è da ricercarsi in una leggera irritazione, che dovrebbe guarire entro alcuni giorni. Se tale problema persiste o si aggrava contattare il medico.

Se l'urina diventa maleodorante o torbida o se avete febbre, contattare il medico per escludere un'eventuale infezione urinaria.

Eseguire periodicamente esami batteriologici dell'urina (urinocoltura, esami standard di urina).

La sola presenza di un'urinocoltura positiva senza sintomi clinici di infezione non richiede terapie importanti.

Cateterismo intermittente

Definizione

Per cateterismo intermittente si intende l'introduzione di una sonda in vescica attraverso l'uretra, consentendo lo svuotamento vescicale 4-5 volte al giorno al pz mieloleso da parte degli operatori sanitari

- A chi e' rivolto:

Pazienti con disfunzioni vescicali o vescica neurogena (mielolesione, spina bifida, sclerosi multipla, morbo di Parkinson).

- Quando:

4-5 volte al giorno o più.

- Obiettivo:

Garantire un completo e regolare svuotamento della vescica, evitando o riducendo al massimo i rischi delle complicanze legate al catetere a permanenza (infezioni, cistiti, uretriti, prostatiti, reflussi)

Materiale occorrente:

Kit monouso composto da:

- Soluzione disinfettante
- Garze
- Guanti sterili
- Telino sterile
- Sacca raccolta urine

Procedura del cateterismo nell'uomo

- Informare il paziente della procedura che verrà eseguita
- Lavarsi le mani e indossare i guanti monouso
- Far assumere la posizione più appropriata: Supino, se coricato
Con il bacino spostato in avanti, se seduto
- Preparare il kit monouso più catetere appropriato
- Raccordare sacca e catetere senza contaminarlo

- Sollevare il pene verso l'addome ed abbassare il prepuzio
- Disinfettare il glande
- Indossare il guanto sterile
- Impugnare e trazionare il pene con la mano sinistra ed introdurre il catetere nell'uretra con la mano destra sospendere l'introduzione alla comparsa di urina
- Controllare le caratteristiche e la quantità delle urine fuoriuscite stracciando di volta in volta la sacca
- Rimuovere il catetere dolcemente tenendolo verso il basso al fine di far defluire tutta l'urina ancora presente nel catetere
- Pulire i genitali
- Registrare la quantità di urina sull'apposita scheda
- Smaltire i rifiuti
- Se si ha difficoltà nella progressione del catetere non effettuare manovre forzate ma estrarre di qualche cm il catetere e ritentare la manovra.

Procedura di cateterismo nella Donna

- Informare la pz della procedura che verrà eseguita
- Lavarsi le mani ed indossare i guanti
- Far assumere la posizione supina con le gambe divaricate e leggermente flesse
- Preparare il kit monouso più catetere appropriato
- Raccordare sacca e catetere senza contaminarlo
- Con una mano allargare le grandi labbra e con l'altra effettuare la disinfezione procedendo sempre dall'alto verso il basso e cambiare ogni volta la garza
- Indossare il guanto sterile
- Allargare le piccole labbra con l'indice ed il medio della mano sinistra e tirarle leggermente verso l'alto, in modo da vedere chiaramente l'orifizio uretrale
- Introdurre il catetere con la mano dove si trova il guanto sterile
- Vedi "procedura di cateterismo nell'uomo"

Cateterismo nel bambino

La procedura è la stessa che ha luogo per l'uomo e la donna, è tuttavia necessario procedere seguendo le seguenti avvertenze:

sono disponibili cateteri particolarmente sottili di diametro, preparati ed utilizzati analogamente a quanto avviene negli adulti.

I genitori che si apprestano a cateterizzare dovranno anzitutto adagiarlo su un tavolo per poter operare nel modo più agevole possibile.

Per ottenere che la vescica venga svuotata completamente è importante inclinare il corpo del bambino utilizzando un cuscino che mantenga più

sollevata la parte superiore del corpo. E' necessario abituare il bambino a essere partecipe al proprio cateterismo il più presto possibile.

Dall'età di 4-6 anni i bambini possono cominciare in modo graduale a cateterizzarsi da soli con addestramento presso gli appositi centri di riabilitazione

Auto - cateterismo

Si intende la capacità di eseguire in modo autonomo il cateterismo intermittente, cioè l'inserimento di una sonda attraverso l'uretra fino alla vescica. E' da ripetersi più volte al giorno in modo da ottenere uno svuotamento completo in assenza di residuo

A chi e' rivolto:

persone con disturbi funzionali della vescica (affetti da incapacità di svuotare spontaneamente e/o completamente la vescica, ad es. pazienti mielolesi).

Quando:

l'autocateterismo deve essere eseguito più volte durante l'arco della giornata (4-5 o più in rapporto alla diuresi).

Obiettivo:

l'obiettivo dell'autocateterismo è quello di svuotare completamente la vescica per evitare complicanze come:

- infezioni in quanto i residui di urina presenti nella vescica favoriscono l'insorgenza delle infezioni
- dilatazioni e reflussi
- insufficienza renale

Materiale occorrente:

1. Kit monouso:
 - 1 garza
 - 1 telino
 - 1 guanto sterile
2. Catetere
3. Sacca per raccolta urina
4. Cartellino diuresi

Procedura nell'uomo

1. Lavarsi le mani
2. Preparare il kit monouso, la sacca e il catetere
3. Organizzare la posizione del paziente:

in carrozzina: avanzare con il bacino e sistemare le gambe a letto, assumere la posizione semiseduta e divaricare le gambe in bagno, avvicinarsi il più possibile al wc, avanzare con il bacino e sistemare le gambe.

Aprire il kit monouso, aprire il catetere nell'estremità superiore, stendere il telino sopra le gambe, raccordare la sacca al catetere.

Eseguire la disinfezione della zona genitale con una garza con movimenti circolari. Aprire il guanto sterile ed indossarlo nella mano dominante, sfilare il catetere in modo da mantenere la sterilità e, con l'altra mano, tenere il pene verso l'addome senza schiacciare l'uretra.

Inserire il catetere finché non refluisce l'urina, quindi abbassare il pene e controllare le caratteristiche dell'urina, sraccordare e raccordare il catetere con la sacca per far entrare aria, in modo da facilitare la fuoriuscita di urina. Rimuovere il catetere quando il flusso dell'urina è completamente terminato. Gettare il tutto. Segnare nel cartellino della diuresi la quantità dello svuotamento.

Procedura nella donna

1. Lavarsi le mani

2. Preparare il kit monouso, la sacca e il catetere

3. Organizzare la posizione del pz:

in carrozzina: munirsi di uno specchio da posizionare su un piano d'appoggio di fronte al meato uretrale.

a letto: assumere la posizione semi-seduta e divaricare le gambe, posizionando lo specchio di fronte al meato uretrale;

in bagno: avvicinarsi il più possibile al wc, e posizionare lo specchio su un piano d'appoggio.

Aprire il kit monouso, aprire il catetere all'estremità superiore, stendere il telino sopra le gambe, raccordare la sacca del catetere

Separare le grandi labbra e pulire la zona circostante dall'alto verso il basso con una garza imbevuta di soluzione disinfettante, aprire il guanto sterile ed indossarlo nella mano dominante, sfilare il catetere in modo da mantenere la sterilità e con l'altra mano separare le grandi labbra ed individuare l'orifizio uretrale.

Inserire il catetere finché non refluisce l'urina controllare le caratteristiche dell'urina, sraccordare e raccordare il catetere con la sacca per far entrare aria, in modo da facilitare la fuoriuscita di urina. Rimuovere il catetere quando il flusso dell'urina è completamente terminato gettare il tutto, segnare nel cartellino della diuresi, la quantità dello svuotamento.

Auto cateterismo pulito a domicilio Definizione

Consiste nell'introdurre un catetere di piccolo calibro nell'uretra al fine di svuotare la vescica dall'urina.

Questa manovra è semplice; un ritmico e corretto svuotamento vescicale permette di preservare la funzione renale, evitando il residuo di urina e diminuendo il rischio di infezioni urinarie, migliorando la continenza.

In ospedale è necessario effettuare il cateterismo in condizioni di sterilità, a domicilio la soluzione più indicata e sicura è quella di praticare il cateterismo intermittente, cosiddetto "pulito".

Tale definizione indica semplicemente

il rispetto delle più comuni norme di igiene:

- lavarsi le mani prima e dopo la manovra
- lavarsi le mani prima e dopo il cateterismo

Frequenza

La frequenza varia da individuo a individuo e dalla ragione per la quale si ricorre al cateterismo, da quanto si beve, dall'assunzione di farmaci (quali diuretici) e dalla fisiologia della vescica. In alcuni casi è necessario cateterizzarsi ogni 3-4 ore durante il giorno al fine di evitare la sovra distensione della vescica, in alcuni casi è sufficiente svuotare la vescica 1-2 volte al dì.

Il medico, comunque, dirà con quale frequenza fare gli auto cateterismi.

Alcuni segnali che possono indicare che è necessario eseguire un cateterismo sono: agitazione, sudorazione, brividi, mal di testa, estremità fredde, rossore.

Ogni persona deve imparare a non sottovalutare l'insorgenza di questi segni/sintomi.

Tipo di catetere

Le donne utilizzano un catetere dritto, mentre gli uomini possono usare un catetere dritto (auto lubrificato) o un catetere a punta curva (Tiemann).

Comunque al momento della dimissione del reparto il personale sanitario indicherà tipo e calibro giusto del catetere.

Materiale occorrente:

- acqua sapone
- catetere monouso
- disinfettante
- garze
- sacca urina
- sacchetto per rifiuti
- guanto sterile per cateterismo con tecnica sterile
- lavarsi le mani
- lavarsi i genitali dalla vagina verso l'ano
- lavarsi le mani
- aprire la confezione del catetere
- sedersi sul water o nella posizione che le è stata insegnata
- disinfettare il meato uretrale
- impugnare con una mano il catetere
- con l'altra mano divaricare le grandi labbra ed inserire il catetere lentamente nell'uretra fino a che l'urina inizia a defluire (dentro il wc o in una sacca da urina)

All'inizio può essere utile aiutarsi con uno specchio.

Se dopo aver inserito il catetere l'urina non compare è possibile che sia stato inserito in vagina; in questo caso sfilare il catetere e ricominciare l'operazione.

Per facilitare l'accesso al meato ure-

trale si può posizionare un tampone in vagina. Quando l'urina si arresta togliere lentamente il catetere ed attendere che esca l'ultimo residuo di urina. Gettare il materiale usato in un sacchetto per rifiuti.

Lavarsi le mani.

MANOVRA NEGLI UOMINI

- lavarsi le mani
- eseguire cure igieniche
- lavarsi le mani
- sedersi sul water o nella posizione che è stata insegnata
- disinfettare il glande
- impugnare con una mano il catetere con l'altra mano tenere sollevato il pene verso l'addome
- inserire il catetere lentamente fino a che l'urina inizia a defluire. Quando l'urina si arresta togliere lentamente il catetere ed attendere che esca l'ultimo residuo di urina
- Gettare il materiale usato in un sacchetto per rifiuti
- Lavarsi le mani

• "L'assistenza infermieristica in Hospice: l'attenzione al particolare"

Catia Franceschini

Direttore Infermieristico

Fondazione Hospice Maria Teresa Chiantore Seragnoli

Premessa

Le cure palliative secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono definite come: "la presa in carico globale (care) attiva, di quei malati la cui malattia di base non risponde più ai trattamenti specifici curativi (cure). Fondamentale è il controllo dei sintomi, e affrontare i problemi psicologici, sociali e spirituali. Obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia"(WHO 1990:11)

Nella più recente definizione del 2002, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, si riferisce alle cure palliative come "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie affrontando il problema delle malattie ad esito infausto, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un'impeccabile valutazione e trattamento del dolore e



Hospice MariaTeresa Chiantore Seragnoli



Hospice Bellaria

degli altri problemi fisici, psicologici e spirituali.”(WHO 2002)

Il termine **HOSPICE** deriva dal latino **HOSPES** che aveva inizialmente il significato di forestiero e successivamente acquisì il significato di ospite, il legame di ospitalità era sacro e indicava l'atteggiamento di fraterna accoglienza e di rispetto che veniva riservato all'ospite ancorché sconosciuto. Da **HOSPES**, quindi, deriva il termine **HOSPITIUM**, il luogo dove “il pellegrino, in un viaggio da un luogo verso un altro, veniva accolto, nutrito, preso in cura, onorato”. Metaforicamente veniva avvolto, scaldato, protetto con il **pallium**, il panno, la coperta che aiutava ad affrontare le intemperie del tempo e della vita, e riportando alla memoria anche il mantello che San Martino, giovane soldato di Pannonia, divise con la spada per donarne una parte al viandante provato dalla pioggia e dal freddo.

L'HOSPICE oggi, è una struttura residenziale specifica nella quale sono garantite le cure palliative e dove anche i familiari possono trovare un temporaneo sollievo dalla cura continuativa di cui il loro congiunto necessita.

Cicely Saunders è considerata l'ispiratrice e la fondatrice della moderna assistenza ai malati terminali. A lei dobbiamo il primo hospice, quel St. Christopher's Hospice di Londra da lei reso perfettamente funzionante nel 1967. Cicely Saunders è stata il primo medico dell'epoca moderna ad aver dedicato l'intera vita professionale all'assistenza dei pazienti terminali. L'eredità che ci ha lasciato è di importanza incomparabile e continua ad ispirare l'opera di tutti coloro che, nel mondo, si dedicano al miglioramento

dell'assistenza ai malati inguaribili. Il concetto di **assistenza infermieristica** racchiude in sé il “prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute e della libertà dell'individuo”

Il concetto di **cure palliative** racchiude in sé il “prendersi cura e curare anche quando non è più possibile guarire”

La professione infermieristica è oggi continuamente chiamata a prendersi cura e rispondere ai bisogni delle persone che si trovano in una fase avanzata e progressiva di malattia inguaribile, situazioni che richiedono un miglioramento, una maturazione e una flessibilità dei modelli organizzativi, modelli che devono essere in grado di rispondere alle esigenze dettate dalle EBN e a quelle della persona quale soggetto delle nostre prestazioni e azioni.

Per tale motivo il percorso formativo deve essere garante di risposte adeguate, in grado di ottenere professionisti adeguati, flessibili, attenti, preparati e competenti alle risposte complesse di malattia inguaribile.



Diventa essenziale quindi il principio secondo il quale in hospice l'infermiere **fornisce alla persona e alla famiglia un'assistenza qualificata superando il concetto di assistenza al deficit e sostituendolo con l'assistenza alla persona.**

Dall'assistenza al deficit dove si considera il paziente solo come portatore di bisogno, incapacità, difetto e regole, solo come un bambino che necessita di genitori che lo regolano **all'assistenza alla persona** dove si considera il paziente come portatore di ricerca, capacità, originalità e desiderio

Dall'assistenza al deficit dove l'operatore è colui che deve eseguire le mansioni prescritte dai capi o dai regolamenti; come un bambino senza pensiero e sensibilità **all'assistenza alla persona** dove l'operatore è considerato persona e professionista che può imparare a dire -fare-stare-”baciare” (scambiare relazioni affettive)

Dall'assistenza al deficit dove si lavora solo sui sintomi, i deficit, i bisogni,

il comportamento; a questo punto il lavoro è fatto, compiuto soprattutto se sono “sedati” e possibilmente “silenziosi”, **all'assistenza alla persona** dove si lavora con tutto il “sistema” che comprende il paziente, l'operatore e la famiglia in modo tale da non dimenticare mai che l'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per il paziente e la sua famiglia”

Dall'assistenza al deficit dove il noi è dato esclusivamente dagli operatori che decidono, stabiliscono e fanno progetti e piani all'insaputa del paziente e della famiglia **all'assistenza alla persona** dove il noi comprende il paziente, la famiglia, gli operatori

Anche la personalizzazione dell'assistenza, punto focale per l'infermiere nelle cure palliative, non può prescindere da un iter formativo teorico e pratico che consenta al professionista di orientare le proprie aspettative ed attitudini, affinché sia preparato ad utilizzare nel migliore dei modi tecnologie sempre in continua evoluzione, conosca i target dei moderni e sofisticati protocolli terapeutici, sia in grado di effettuare ricerca e che allo stesso tempo possa rispondere con empatia e con una comunicazione attiva (empowerment) alle complesse domande che il malato e la famiglia quotidianamente pongono.

L'infermiere in hospice è preparato a:

- **prendersi cura della persona:** significa avere come soggetto della propria azione la persona, in una dimensione non solo biologica, ma anche spirituale, sociale, psicologica. Il prendersi cura accetta la vulnerabilità, ma si propone di mobilitare le risorse e le capacità di risposta del paziente, senza sostituirsi a lui, aiutandolo a esprimere le proprie emozioni e ad apprendere nuove capacità per affrontare i suoi problemi.

- **ascoltare la persona:** la capacità di ascoltare è una competenza complessa, ma importantissima perché consente di instaurare un rapporto costruttivo con la persona, che si sentirà capita e aiutata nella sua sofferenza e malattia. Ascolto è anche cambiamento.

- **sospendere un giudizio critico:** un atteggiamento di interesse e rispetto presuppone un atteggiamento grazie al quale l'infermiere evita di giudicare l'altro, lo accetta in maniera incondizionata e lo assiste con sollecitudine, assumendo una posizione (tra parentesi)

- **capacità di ispirare fiducia:** l'infermiere deve favorire un atteggiamento di fiducia da parte del paziente con la propria correttezza, trasparenza e coerenza.

- *utilizzare ritmi lenti*: ci vuole del tempo per poter instaurare una relazione umana. Bisogna tenere in seria considerazione che, per poter entrare in contatto con gli altri in modo autentico ed efficace è indispensabile dedicare del tempo. Questo non significa, necessariamente, “frequenti e lunghi periodi di intensa conversazione, bensì anche brevi incontri, sostegno o offerta di informazioni, che lascino il paziente con la sensazione di saperne di più, di essere considerato e rassicurato”.

- *informare ed educare*: l'infermiere deve tenere in considerazione quelli che sono i bisogni di conoscenza del malato e deve saper dare le risposte nel momento e nel modo più adeguato.

“L’Infermiere **partecipa** all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, **gestisce** e **valuta** l’intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche; **agisce** sia **individualmente** che in **collaborazione** con gli altri operatori sanitari e sociali, avvalendosi, ove necessario, dell’opera del personale di supporto”

Per questi motivi l’infermiere deve possedere requisiti ed abilità nella comunicazione e nella relazione ed essere in grado di promuovere la collaborazione del paziente, della famiglia e dell’equipe. Fondamentale è confrontarsi continuamente con la complessità di ogni situazione da gestire: complessità che riguarda sia il mondo del paziente che quello dell’operatore.

“Parliamo tra noi” del mondo del paziente che raccoglie varie realtà

- la persona del paziente con i suoi bisogni, capacità, sogni
- il paziente con la malattia che lo attraversa

- la malattia e le relative crisi, la consapevolezza, il senso
 - la famiglia come anima e luogo dei principali affetti del passato, del presente e del futuro
 - l’ambiente inteso sia come spazio, tempo, ruolo, identità reale che come tenda di tutte le persone e le cose significative e la società in cui tutto il processo si svolge “Parliamo tra noi” anche del mondo dell’operatore che raccoglie varie realtà
 - la persona dell’operatore con tutte le sue valenze affettive
 - La sua professionalità che si traduce in pensieri, sentimenti, affetti e qualità personali
 - l’operatore come sintesi più o meno armonica di persona e professionalità
 - l’equipe come famiglia e corpo curante
 - la struttura come ambiente (hospice, domicilio) casa di appartenenza e come tenda di tutte le persone interiori con cui si rapporta e la società in cui tutto il processo si svolge
- Affinchè si possa realizzare questo “progetto” il mondo del paziente e dell’operatore devono incontrarsi sia nella dimensione della relazione professionale sia in quella della relazione umana.

Gestire la complessità significa riuscire ad essere consapevoli di questa molteplicità di variabili, facendo attenzione ad ognuna -**e perciò ad ogni particolare**- Il modello organizzativo stabilito e condiviso deve essere in grado di garantire un’assistenza globale e personalizzata di alto livello basandosi su 3 capisaldi:

- valutazione multidimensionale del paziente che prende in considerazione le componenti cliniche, fisiche, psicologiche ed esistenziali della situazione vissuta dal malato;



- approccio multidisciplinare che coinvolge diverse figure a supporto del paziente come medici, psicologi, infermieri, oss e fisioterapisti;
- lavoro interprofessionale che significa far lavorare bene assieme e come una squadra tutti gli operatori che si scambiano informazioni sulle diverse situazioni ed esperienze affrontate nel quotidiano.

Il modello organizzativo adottato prevede numerosi momenti di incontro dell’equipe, più precisamente:

- una riunione quotidiana incentrata sul paziente nella quale tutto il personale (medici, infermieri e coordinatori infermieristici, fisioterapisti, oss, psicologi, talora infermieri referenti dell’Assistenza Domiciliare) si incontra per condividere informazioni sui pazienti che verranno accolti e dimessi al domicilio e per riferire periodicamente sulle condizioni dei pazienti ricoverati;
- una riunione a supporto del personale ogni 15 giorni, in presenza del Supervisore Psicologo, in cui si affrontano la discussione di specifiche situazioni emotivamente rilevanti, oltre che la gestione dei conflitti interni all’equipe;
- corsi di formazione e di aggiornamento ogni 15 giorni su specifici temi quali l’analisi dei sintomi, la verifica delle modalità assistenziali, l’analisi dei risultati e la discussione sui piani di miglioramento.

Il modello organizzativo di formazione continua, permanente e quotidiana, impostato sulla discussione, la valutazione di situazioni vissute dal gruppo o dai singoli operatori permette la modifica profonda dell’approccio alla cura del paziente che passa attraverso quattro percorsi:

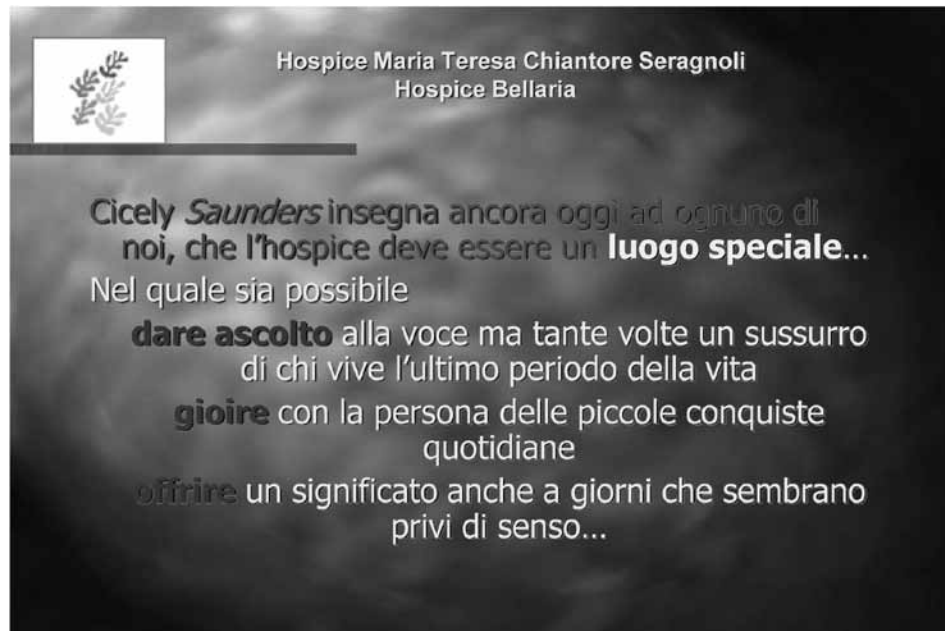
- Formazione professionale del singolo operatore;
- Percorso di crescita personale del singolo operatore;
- Formazione professionale specifica delle diverse professionalità;
- Formazione professionale integrata dell’equipe curante.

In definitiva un percorso di crescita professionale e umana dell’equipe curante.



La consapevolezza che la “vera cura” della persona inizia e si sviluppa nel poterle offrire concretamente la possibilità di partecipare, in base alle sue reali capacità, alla gestione del proprio percorso, implica in prima istanza che l’infermiere debba porsi nei confronti del malato in modo “accogliente” ed essere quindi una persona avvicinabile che permette al paziente di stabilire liberamente il contatto utilizzando propri tempi e ritmi.

L’infermiere condivide il concetto di assistenza globale, fondata su competenze tecniche ed umane tali da poter coniugare alle mete professionali e agli obiettivi assistenziali l’interesse e il rispetto per la persona nella sua unicità e totalità.



• **Le indicazioni per la tutela dell'operatore sanitario per il rischio di esposizione ad antiblastici**
Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro
Dipartimento igiene del lavoro

Informazioni Generali

DATA - Versione del maggio 2010.

PROPRIETÀ DELLE LINEE GUIDA
ISPESL – Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro. Via Urbana n. 167, 00100 ROMA

CONFLITTO D'INTERESSI

Non vi sono conflitti di interesse tra i componenti del gruppo tecnico estensore delle Linee Guida con società che vendono prodotti e servizi pertinenti agli argomenti trattati nella presente Linea Guida.

DISPONIBILITÀ DELLE LINEE GUIDA

Copie informatiche sono disponibili presso il sito www.ispesl.it - Il documento a stampa è disponibile presso la sede centrale ISPESL, Via Urbana 167, 00184 Roma, Italy.

COPYRIGHT

Le Linee Guida ed i documenti tecni-

ci potranno essere scaricate da ogni soggetto privato o dalle organizzazioni, ma non possono essere distribuite parti a terzi. Se scaricate da un'Organizzazione, possono essere distribuite solo all'interno della stessa e possono essere utilizzate all'esterno solo con il consenso scritto dell'ISPESL. Tutti i diritti di copyright sulle Linee Guida sono riservati all'ISPESL. Non si assume responsabilità per ogni adattamento, revisione o modifiche fatte alle Linee Guida. L'eventuale impiego di informazioni contenute nella presente Linea Guida ricadono sotto la personale ed esclusiva responsabilità di chi intende volontariamente farne uso senza che l'Istituto estensore possa risulterne in qualche modo responsabile.

LE INDICAZIONI PER LA TUTELA DELL'OPERATORE SANITARIO PER IL RISCHIO DI ESPOSIZIONE AD ANTIBLASTICI

Il presente documento, redatto da un Gruppo di Lavoro ristretto nell'ambito del Dipartimento Igiene del Lavoro del Centro Ricerche di Monte Porzio Catone (Rm), rappresenta un aggiornamento relativo ad alcune norme tecniche di settore, recentemente modificate, e alle misure di sicurezza per gli operatori in relazione ai disposti del Titolo I e del Titolo IX del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.. Il documento viene

offerto quale ausilio per le Strutture Sanitarie appartenenti a tutte le Regioni del territorio Nazionale che hanno operatori considerabili a rischio di esposizione per la preparazione e somministrazione di farmaci chemioterapici antiblastici.

Partecipanti al Gruppo di Lavoro ristretto:

Prof. ROBERTA CURINI - ISPESL - Direttore Dipartimento Igiene del Lavoro
Prof. ROBERTO LOMBARDI - ISPESL - Dipartimento Igiene del Lavoro
Dott.ssa PAOLA CASTELLANO - ISPESL - Dipartimento Igiene del Lavoro
Per la revisione degli aspetti tecnici, terminologici del testo e di impostazione generale ci si è avvalsi della collaborazione generale dell' Ing. ALESSANDRO LEDDA, ricercatore a contratto del Dipartimento Igiene del Lavoro.

PRESENTAZIONE

I chemioterapici antiblastici sono stati riconosciuti dalla Comunità Scientifica come sostanze cancerogene o, probabilmente, cancerogene per l'uomo. La Commissione Consultiva Tossicologica Nazionale (CCTN), a seguito di quanto aveva richiesto l'ISPESL ai sensi dell'art. 22 dell'ex D.Lgs. 626/94, aveva raccomandato di includere nell'allegato VIII di detto Decreto “le attività di preparazione, impiego e smaltimento di farmaci antiblastici ai fini del trattamento terapeutico”. Nel 1999 erano state pubblicate le “ Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario “ (G.U. 7/10/99- provvedimento della Conferenza Permanente per i Rapporti tra Stato e Regioni del 5-8-'99). Successivamente il Dipartimento Igiene del Lavoro dell'ISPESL, aveva realizzato un aggiornamento alle suddette Linee Guida per quanto concerne la parte di igiene occupazionale, al fine di evidenziare le misure di sicurezza e gli interventi per la protezione dell'operatore. Attualmente, per quanto riguarda la legislazione vigente i.e. D.Lgs 81/2008, i chemioterapici antiblastici si devono considerare nell'ambito del TITOLO IX Capo I:

“Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro”. Il presente documento di indirizzo tecnico indica le misure di sicurezza e i criteri procedurali da adottare, in luogo delle precedenti indicazioni elaborate nel Gennaio 2000 e trasmesse alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria dell'allora Ministero della Sanità, per garantire un'efficace tutela della salute degli

operatori del settore. La precedente edizione è qui aggiornata, in relazione alle attuali conoscenze tecnico scientifiche e all'evoluzione tecnologica, in conformità alla vigente legislazione. Le indicazioni di questo documento sono da ritenersi finalizzate alla possibilità di impiegare uno strumento di facile consultazione indirizzato alla diffusione, presso le Regioni e le competenti Strutture Sanitarie, di quegli standard di sicurezza e di igiene del lavoro che, in sede di studio e di sperimentazione, hanno mostrato di offrire un appropriato livello di salvaguardia per i soggetti coinvolti nelle attività in oggetto.

Il Commissario Straordinario
Prof. Antonio Moccaldi

INTRODUZIONE

Nel documento di aggiornamento del 2000, considerando quanto era stato raccomandato dalla CCTN, veniva specificato che si reputava necessario osservare gli adempimenti evidenziati dall'allora Titolo VII "Protezione dagli agenti cancerogeni" dell'ex D. Lgs. 626/94 e s.m.i. e che la tutela dell'operatore doveva essere realizzata secondo quanto previsto dagli artt. 63 - 68 del summenzionato Titolo VII (ora Titolo IX Capo I del D.Lgs 81/2008).

Il sopraccitato "aggiornamento" era stato quindi formulato osservando con particolare attenzione:

- l'impostazione generale riportata nell'Allegato 1 del Decreto del Ministro della Sanità del 18 febbraio 1999;
- quanto riportato nell' Art. 3, comma 1, lettera b) del DLgs 626/94 (attuale Art. 15, comma 1 del D.Lgs 81/2008) "eliminazione dei rischi in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico e, ove ciò non sia possibile, loro riduzione al minimo";
- quanto previsto nell'Art. 4, comma 5, lettera b) (attuale Art. 18, comma 1 del D.Lgs 81/2008), "il datore di lavoroaggiorna le misure di prevenzione in relazione al grado di evoluzione della tecnica della prevenzione e protezione";
- quanto frequentemente illustrato dalla giurisprudenza di settore ed, in particolare, dalla sentenza n. 12863 del 29.12.1998 della Suprema Corte di Cassazione che ha sancito, ancora una volta, il principio della "fattibilità tecnologica" per la tutela della salute di un lavoratore.

L'attuale versione del documento riporta, a seguire, le misure di sicurezza e gli interventi di prevenzione e protezione aggiornati nei riferimenti tecnici e legislativi, già descritti nel più volte

menzionato "aggiornamento" e che, sulla base all'attuale stato dell'arte, si ritengono conformi alla legislazione per requisiti specifici e caratteristiche tecniche

Rimane invariata la natura di "strumento" per gli operatori del settore, utile ad incrementare i livelli di tutela della salute propria e delle persone coinvolte, anche indirettamente, in tale ambito.

Di seguito verranno illustrati, nello specifico, gli interventi di prevenzione e protezione di tipo collettivo che è opportuno mettere in atto e i Dispositivi di Protezione Individuale da adottare nello svolgimento di tale attività.

Interventi di prevenzione-protezione di tipo collettivo

- La preparazione di farmaci antiblastici deve essere effettuata in un ambiente, denominato UFA (Unità Farmaci Antiblastici), possibilmente centralizzato, appositamente dedicato ed in depressione. L'accesso a tale ambiente, consentito solo al personale autorizzato, avviene mediante "zona filtro". L'UFA è dotato di un sistema di ventilazione e condizionamento in grado di abbattere quanto più possibile la concentrazione in aria dei predetti composti, i.e. almeno 6 ricambi di aria primaria ogni ora;
- l'operatore deve eseguire la suddetta preparazione sotto cappa a flusso laminare verticale, la quale, nell'ambito della U.E, deve essere realizzata ed installata in conformità alla norma tecnica DIN 12980 (vedi copia della certificazione rilasciata al produttore), così da consentire un'appropriata tutela del personale. La cappa a flusso laminare verticale richiede una manutenzione-verifica dell'efficienza, in rispondenza di quanto previsto dalla stessa norma (negli Stati Uniti è utilizzata la norma NSF Standard 49 dell'Organismo Federale di certificazione - National Sanitation Foundation, che utilizza requisiti tecnici pressoché identici);
- in caso di impossibilità materiale e documentata da parte della struttura a realizzare un UFA, o nel caso di tempi lunghi per renderla disponibile (es. > 9 - 10 mesi), in sostituzione della cappa a flusso laminare e quale possibile sistema di sicurezza alternativo, si può impiegare un'apparecchiatura denominata isolatore. Questa apparecchiatura è caratterizzata da specifici requisiti di tutela per l'operatore e per l'ambiente di lavoro. Al riguardo si evidenzia che è attualmente disponibile una nuova categoria di isolatori, di ultima ge-

nerazione, idonei per questo campo di applicazione; essi si differenziano dagli isolatori tradizionali e, essendo meno ingombranti e complessi, non richiedono la canalizzazione all'esterno dell'aria espulsa (salvo nel caso di utilizzo di farmaci con principi attivi volatili). Inoltre, gli isolatori più recenti sono di facile impiego e presentano rilevanti caratteristiche di ergonomia, che agevolano notevolmente il lavoro. E' necessario verificare che gli isolatori siano certificati a garanzia dell'idoneità del "sistema chiuso" e/o che, un organismo nazionale competente in materia, qualifichi l'apparecchiatura come misura di sicurezza per tale impiego ai sensi della vigente legislazione, i.e. D.Lgs 81/2008 - D.Lgs 106/2009 e s.m.i. (si consideri, tra l'altro, che l'art. 235, comma 2 di tale normativa indica l'adozione di sistemi chiusi per la protezione dei lavoratori addetti alla manipolazione di sostanze chimiche cancerogene o mutagene);

- nel caso in cui la struttura sia nell'impossibilità materiale, documentata, di poter destinare un'area idonea per la realizzazione dell'UFA, è possibile impiegare un "laboratorio modulare-shelterizzato", che è in grado di garantire i medesimi requisiti tecnologici e funzionali di prevenzione/protezione e che, tra l'altro, successivamente potrebbe essere destinato anche ad utilizzo di tipo diverso. Si sottolinea che è necessario esaminare attentamente tutta la relativa documentazione tecnica, specie per verificare l'esistenza di certificazioni che attestino l'idoneità dei requisiti tecnologici e funzionali. Il laboratorio è considerato appropriato se un organismo nazionale competente in materia lo avrà qualificato come insieme di misure di sicurezza conformi a quanto disposto dalla vigente legislazione, i.e. D.Lgs 81/2008 - D.Lgs 106/2009 e s.m.i.;
- relativamente all'operazione di ricostituzione dei farmaci, per evitare spandimenti e nebulizzazioni, essa deve essere fatta utilizzando siringhe con attacco "Luer Lock" e dispositivi che consentano di effettuare la preparazione in condizioni di isopressione, tramite l'impiego di filtri idrofobici da 0,22 mm di porosità. Nel caso sia necessario impiegare composti già contenuti in forma di soluti nelle fiale, non essendo possibile adottare una soluzione alternativa, la manovra di apertura delle fiale deve avvenire dopo che è stato attentamente verifi-

cato che, nella parte superiore della fiala, non è rimasto del liquido. Per tale operazione è opportuno collocarsi sotto la cappa a flusso laminare e indossare gli appropriati DPI (V. requisiti corrispondenti, nella parte successiva). Per la somministrazione del farmaco è conveniente utilizzare appropriati deflussori, che consentano l'espulsione di tale operazione in sicurezza;

- per una somministrazione in sicurezza del farmaco è necessario ridurre, per quanto tecnicamente possibile, lo spandimento accidentale. Al riguardo, sono disponibili sistemi infusionali costituiti da deflussori a più vie con regolatori di flusso, valvole unidirezionali antireflusso. Questi dispositivi di sicurezza facilitano l'immissione del farmaco (o dei farmaci), evitando una situazione di "blocco" del sistema infusionale con conseguente attivazione di manovre che potrebbero provocare la dispersione accidentale del preparato;
- ai fini della sicurezza, inoltre, devono essere disponibili degli appositi contenitori atti a contenere in modo appropriato i materiali contaminati e ad evitare un'esposizione accidentale del lavoratore. I contenitori devono essere realizzati in modo da agevolare l'introduzione dei materiali contaminati e devono essere muniti di una chiusura di tipo irreversibile.
- per una idonea tutela dell'operatore, si considerano appropriati i contenitori per taglienti o similari, certificati secondo la norma tecnica BS 7320 oppure secondo altre norme tecniche che, tuttavia, contemplano specifiche tecniche costruttive equivalenti capaci di garantire la resistenza all'impatto da caduta verticale, la resistenza ai danni da rovesciamento e la resistenza alle perdite dopo rovesciamento.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

GUANTI

I guanti di protezione devono essere classificati come DPI, possedere la marcatura CE in ottemperanza alle norme tecniche EN 420 - EN 374 relative ai criteri di base per i guanti di protezione, nonché alla protezione da agenti chimici. Tali dispositivi devono essere provvisti di copia di una documentazione tecnica, rilasciata da un Organismo Notificato a corredo del dispositivo fornito dal fabbricante, al fine di attestarne l'adeguatezza rispetto ai rischi di esposizione individuati. La documentazione deve evidenziare la tutela dell'operatore rispetto ad

una esposizione ad antitumorali e, nei test previsti dalla suddetta norma tecnica, è necessario utilizzare almeno 4 - 5 sostanze scelte tra quelle presenti nell'elenco che segue e che contiene i composti più diffusamente usati nei protocolli terapeutici, individuando per ognuna i relativi tempi di protezione consentiti:

- metotrexate
- ciclofosfamide
- fluorouracile
- vincristina solfato
- daunorubicina
- adriamicina cloridrato
- doxorubicina,

In ragione del ciclo lavorativo classe di protezione ≥ 3 ; per consentire un'appropriata manipolazione è opportuno considerare lo spessore differenziale del guanto di protezione e la foggia anatomica (di rilievo per l'idoneo impiego del DPI ai sensi del D.Lgs 475/92); la lunghezza ≥ 27 cm, la marcatura posizionata sul dispositivo (in base a quanto evidenziato dal Ministero delle Attività Produttive - secondo quanto enunciato al comma 3, dell'art. 8, del D.Lgs 10/97 - ribadendo che "la marcatura CE deve essere apposta su ogni dispositivo in modo visibile, leggibile ed indelebile per tutto il prevedibile periodo di durata del DPI". Il Decreto precisa anche che, se ciò dovesse risultare impossibile per le caratteristiche del prodotto, "la marcatura CE può essere apposta sull'imballaggio.")

INDUMENTI DI PROTEZIONE

Gli indumenti di protezione devono essere classificati quali DPI e possedere la marcatura CE in ottemperanza alle norme tecniche di tipo generale e specifico, necessarie a garantire la protezione da agenti chimici, quali la UNI EN 17491 - 4: 2008, la UNI EN 14605:2005, la UNI EN 14325:2005, la EN ISO 13982-1/2:2005 (nel caso di una tuta) ed essere classificati in categoria III (ai sensi della direttiva 686/89 CE - D. Lgs 475 del 4/12/92).

Inoltre, analogamente a quanto sottolineato per i guanti, per attestarne l'adeguatezza protettiva rispetto ai rischi di esposizione ad antitumorali, gli indumenti di protezione devono essere provvisti di una copia della documentazione tecnica, rilasciata da un Organismo Notificato, a corredo dell'indumento fornito dal fabbricante. La documentazione deve poter evidenziare che i test previsti dalle norme tecniche per questi indumenti vengono eseguiti con l'impiego di almeno 4 - 5 sostanze individuate nel seguente elenco, individuando per ognuna i relativi tempi di protezione consentiti:

- metotrexate
- ciclofosfamide
- fluorouracile
- vincristina solfato
- daunorubicina
- adriamicina cloridrato
- doxorubicina.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

I dispositivi di protezione delle vie respiratorie devono essere utilizzati quando si effettua una preparazione all'interno di un ambiente che presenta un insufficiente numero di ricambi d'aria o in situazione di malfunzionamento della cappa a flusso laminare e/o in ulteriori circostanze di esposizione a rischi per le vie aeree dell'operatore. In questi casi, è opportuno che l'operatore sanitario utilizzi una semimaschera con filtro antipolvere o un facciale filtrante antipolvere, ambedue con caratteristiche prestazionali appropriate.

I dispositivi di protezione delle vie respiratorie devono possedere la marcatura CE ovvero, per quanto concerne la semimaschera (cioè la struttura portante del dispositivo di protezione respiratoria), in ottemperanza alle norme tecniche EN 140, per il/i filtro/i antipolvere da impiegare con la semimaschera EN 143 e, per quanto riguarda i facciali filtranti antipolvere, EN 149.

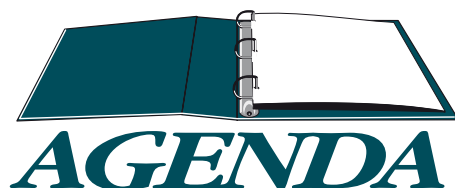
Fermo restando che il sistema di prevenzione globale deve essere realizzato per la tutela del personale rispetto ai composti in oggetto, si ritiene che i filtri da utilizzare con la semimaschera debbano essere di classe P3 e i facciali filtranti debbano essere di classe FFP3.

DPI PER LA PROTEZIONE DEL VOLTO DA SCHIZZI DI LIQUIDI E/O ALTRO MATERIALE SIMILARE

I dispositivi per la protezione del volto devono essere classificati quali DPI del tipo a visiera, o equivalente, e devono avere una marcatura CE, in ottemperanza alla norma tecnica EN 166 "protezione da gocce e spruzzi di liquidi".

Si sottolinea, inoltre, l'esigenza per tutti i DPI di una corretta manutenzione nonché di un'appropriata procedura igienico-sanitaria e di disinfezione nel caso di dispositivi non monouso. In quest'ultimo caso, infine, si raccomanda di rendere disponibile, per ciascun operatore, un dispositivo di protezione "personale". Nel caso di dispersioni accidentali, gli operatori devono avere a disposizione dei "kit emergenza", che dovranno contenere tutti i DPI necessari per tale evenienza.

CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



Corsi e Seminari ECM tenuti dal Collegio di Bologna

- Seminario
“Il ruolo dell’infermiere nel contesto dell’équipe curante alla luce del nuovo Codice Deontologico”
 I Edizione 15 settembre 2010
 II Edizione 21 settembre 2010
- Seminario
“L’Associazione infermieristica, una risposta libero-professionale alla richiesta di assistenza dei cittadini”
 24 settembre 2010
- Corso
“Rifiuto - diniego ai trattamenti. Direttive anticipate”
 I Edizione dal 28 ottobre 2010 al 30 ottobre 2010
 II Edizione dal 2 dicembre 2010 al 4 dicembre 2010
- Corso
“Le competenze e le responsabilità degli Infermieri nella trasfusione di sangue ed emocomponenti”
 dal 6 ottobre 2010 al 10 novembre 2010
- Corso
“Le emozioni e le ragioni nell’assistere”
 dal 8 novembre 2010 al 17 novembre 2010
- Seminario
“Per la valorizzazione dell’esercizio professionale: il Codice Deontologico dell’Infermiere”
 16 novembre 2010
- Seminario
“La responsabilità degli Infermieri e degli operatori sanitari nell’utilizzo dei Dispositivi di protezione Individuale”
 22 novembre 2010
- Seminario
“Linee guida sull’utilizzo degli antibiotici”
 25 novembre 2010

N.B. Vedere programmi, date e orari da pag. 22 della presente rivista “Professione Infermiere”

Master di I e II livello tenuti da Università Italiane

L’Università degli Studi di Bologna e altre Università Italiane attivano annualmente Master di area Infermieristica. I bandi sono emanati in date variabili; per maggiori informazioni sui Master di seguito segnalati, è possibile consultare il sito del Collegio alla pagina:
<http://www.ipasvibo.it/professione.aspx?ID=137>

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BOLOGNA

“Master di primo livello in Assistenza infermieristica in ortopedia e traumatologia”
 Sede Bologna
 scadenza 1 dicembre 2010

“Master di primo livello in E-Health e qualità dei servizi socio-sanitari”
 Sede Bologna

“Master di secondo livello in Management dei Servizi Sanitari per le funzioni di Direzione”
 Sede Bologna
 scadenza 30 dicembre 2010

“Master di primo livello in Medicina palliativa: modelli organizzativi, clinica, ricerca, leadership”
 Sede Bologna
 scadenza 10 dicembre 2010

“Master di primo livello in Percorsi clinici e di ricerca nell’infermieristica oncologica”
 Sede Forlì
 scadenza 30 settembre 2010

“Master di primo livello in Sicurezza e prevenzione nell’ambiente di lavoro”
 Sede Bologna
 scadenza 17 dicembre 2010

“Master di primo livello in Sviluppo dell’attività motoria e promozione della salute”
 Sede Bologna
 scadenza 10 dicembre 2010

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI CHIETI-PESCARA

“Management infermieristico per le funzioni di coordinamento”
 scadenza del 30 settembre 2010

“Area critica: infermieristica in dialisi e trapianto renale”
 scadenza del 30 settembre 2010

“Infermieristica forense: la responsabilità professionale - aspetti giuridici e deontologici”
 scadenza del 30 settembre 2010

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI FIRENZE

“Master di primo livello in Infermieristica in area Pediatrica”
 scadenza del 7 ottobre 2010

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI FERRARA

“Master di primo livello in Management per le funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie (Infermiere, Infermiere Pediatrico e Ostetrica”
 scadenza del 15 ottobre 2010

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI SIENA

“Master di primo livello in Management per le Professioni Sanitarie” (abilitante alle funzioni di Coordinamento ai sensi della Legge 1 Febbraio 2006, n. 43)
 scadenza del 30 novembre 2010

“Master di secondo livello in Health Services Management” (qualificante per l’Alta Dirigenza del Sistema Sanitario)
 scadenza del 29 ottobre 2010

“Corso di Perfezionamento in Direzione gestionale delle strutture sanitarie” (qualificante per l’Alta Dirigenza del Sistema Sanitario)
 scadenza del 29 ottobre 2010

“Corso di Perfezionamento in Programmazione ed Organizzazione dei Servizi Sanitari” (qualificante per l’Alta Dirigenza del Sistema Sanitario)
 scadenza del 29 ottobre 2010

CONVEGNI

Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena

“La metodologia didattica attiva dell'apprendimento per problema”

I Edizione

13-14 e 20-21 settembre 2010

II Edizione

1-2 e 9-10 dicembre 2010

Informazioni: tel. 059 4225600

e-mail formazione.infocorsi@policlinico.mo.it

Maggioli – Formazione e Consulenza
Seminari di aggiornamento con crediti ECM

“La determinazione del fabbisogno di personale in sanità: metodi e strumenti operativi”

Rimini, 22-23-24 settembre 2010

Informazioni: tel. 0541.438411 –

e-mail: formazione@maggioli.it

“La turnistica in ambito sanitario. Problematiche giuridico-contrattuali, organizzative e professionali”

Roma, 13-14-15 ottobre 2010

Informazioni: tel. 080.5018697 –

e-mail: formazione@maggioli.it

Accademia delle scienze di Medicina Palliativa

“L'Hospice M.T.C. Seragnoli – Il modello di cura. Il modello professionale”

22 settembre 2010

“Il modello gestionale – risorse umane e qualità di cura”

23 settembre 2010

“La gestione del coinvolgimento emotivo nelle situazioni critiche”

15 novembre 2010

Informazioni: tel. 051.8909690 –

e-mail: segreteria@asmepa.org

Società Infermieristica Italiana
Gestione ed Impianti Accessi Vascolari

II Congresso Nazionale

7-9 ottobre 2010

Green Park Hotel Resort – Tirrenia - Pistoia

Informazioni: tel. 055.6800389 –

e-mail: info@fimo.biz

Collegio IPASVI – Piacenza

“La Professione Infermieristica e la libera professione – aspetti fiscali”

Piacenza – 9 ottobre 2010

“La Professione Infermieristica e la libera professione – aspetti legali”

Piacenza – 23 ottobre 2010

Informazioni: tel. 0523.712674 –

e-mail: piacenza@ipasvi.it

Associazione Italiana Operatori Sanitari di Stomatologia

XXV Corso di Aggiornamento

Montesilvano Lido – Pescara

14 – 17 ottobre 2010

Informazioni: tel. 085.8369843 –

e-mail: congressism@bluserena.it

SISIP – ANINP – IAAN - SIPO

II Congresso Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche

Roma 20 - 23 ottobre 2010

Richiesta invio contributi

Informazioni: Segreteria SISIP e-mail:

segreteria@sisip.it

Consciazione Nazionale Associazioni Infermieri

Convegno Nazionale

“La condivisione del processo di cura: la competenza infermieristica nella logica multidisciplinare”

Firenze, 21 – 22 – 23 – ottobre 2010

Informazioni: tel. 02.58325428 –

e-mail cna_i@libero.it

Workshop su Contenzione

“Garanzia dei diritti ad ogni età e condizione no alla contenzione in tutte le sue forme”

Bologna 3 – 4 novembre 2010

Centro Congressi Savoia Regency

Hotel - via del Pilastro 2, 40127

Bologna

Informazioni: Segreteria

Organizzativa *Natalia Carrera*

Maggioli Editore

tel 0541/628784 - fax 0541/628768 -

ncarrera@maggioli.it

Appunti



IPASVI

Programmi presso

Segreteria Collegio IPASVI Provincia di Bologna