



# Periodico del Collegio Infermieri 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](mailto:info@ipasvibo.it)

[bologna@ipasvi.legalmail.it](mailto:bologna@ipasvi.legalmail.it)

Sito Internet: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)



# IPASVI

# PROFESSIONE *Infermiere*

## SOMMARIO

### EDITORIALE

... e la storia continua  
*Dott.ssa Maria Grazia Bedetti* ..... pag. 1

### PROFESSIONE

Collegio IPASVI Provincia di Bologna ..... pag. 2  
"Elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del  
Collegio dei Revisori dei Conti Triennio 2012-2014  
Assemblea Elettorale 03-04-05 dicembre 2011"

L'attribuzione delle competenze: chi fa cosa ..... pag. 3  
e perché - *Dott. Mirko Margiocco*

La "squadra" IPASVI partecipa alla maratona  
Susan G. Komen Italia RACE FOR THE CURE

"Di corsa contro i tumori del seno"  
BOLOGNA 25 SETTEMBRE 2011 - GIARDINI MARGHERITA

Il saluto di Cleopatra Ferri ..... pag. 8

Associazione Italiana Tecnici Audiometristi (lettera aperta) ..... pag. 8

Nuovo Portale Federazione Nazionale Collegi IPASVI ..... pag. 8  
*Sig.ra Daniela Bendanti*

Può lo scrivere cambiare sostanzialmente la qualità  
della nostra assistenza? Alcuni infermieri si raccontano

"Impariamo la lingua Inglese" ..... pag. 10

Convenzione con la "British School" di Bologna

Riceviamo e rispondiamo ..... pag. 10

Ufficialità del Coordinamento Regionale dei  
Collegi IPASVI dell'Emilia-Romagna

Equitalia centro: nuovo agente riscossione della  
provincia di Bologna

La polizza IPASVI a protezione dei dirigenti infermieristici  
e dei coordinatori infermieristici ..... pag. 12

NORMATIVA

Ministero della Salute - Decreto 16 Dicembre 2010 ..... pag. 12  
(G.U. 19-04-2011) "Erogazione da parte delle  
farmacie di specifiche prestazioni professionali"

### FORMAZIONE

"Prendersi cura delle persone assistite" ..... pag. 15

"Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica" ..... pag. 17

"Basic Life Support Defibrillation (BLS-D)" ..... pag. 19

"Oltre Le emozioni e le ragioni nell'assistere" ..... pag. 21

Corso di approfondimento per lo sviluppo delle  
competenze comunicativo-relazionali"

"Terapia Farmacologica in sicurezza" ..... pag. 23

"Le tecniche non farmacologiche per il dolore  
del bambino" ..... pag. 25

"Il Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica:  
approfondimenti e sviluppi di riflessività professionale" ..... pag. 27

"Educazione terapeutica del malato e della sua famiglia" ..... pag. 29

"Dono di cellule, tessuti, organi" ..... pag. 31

Scheda d'iscrizione ..... pag. 33

"Assistere, sostenere e donare il sorriso" (1° annuncio) ..... pag. 35

CONTRIBUTI SCIENTIFICI E DI AGGIORNAMENTO

"La modellizzazione organizzativa assistenziale ..... pag. 36

Ospedaliera secondo il criterio dell'intensità di cura/complessità  
assistenziale, un'esperienza nel Dipartimento Medico"

Area internistico-geriatrica Azienda USL di Bologna  
*Dott.ssa Cinzia Luppi et al.*

"Utilizzo della schiuma di poliuretano all'interno ..... pag. 39

degli apparecchi gessati per prevenire l'insorgenza di  
decubiti al calcagno nella popolazione a rischio.

Uno studio clinico controllato - *Cristiana Forni et al.*

"La problematica del dolore in radiologia ..... pag. 43

interventistica ortopedica durante l'ago TAC ossea"  
*Cristiana Forni et al.*

"Nursing infermieristico e monitoraggio del neonato ..... pag. 46

asfittico sottoposto a trattamento ipotermico selettivo" - *A. Ugolini*

"Il consigliere di fiducia nelle aziende sanitarie" ..... pag. 48

*Sabrina Colombani, Pasquale Ciccarelli*

"Tubercolosi: storia di una malattia infettiva" ..... pag. 50

prima parte - *Dott. Sergio Sabbatani*

AGENDA ..... pag. 60

## Editoriale

### ... e la storia continua

**Maria Grazia Bedetti**

Nelle sedute di giugno e luglio u.s. il Consiglio Direttivo ha definito, coerentemente con le norme istitutive dell'Ente<sup>1</sup> e le indicazioni della Federazione nazionale IPASVI, le date e le modalità con cui convocare l'Assemblea degli iscritti per il rinnovo degli organi di gestione del Collegio, Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori dei conti, così come riportato in dettaglio in questo numero della rivista.

Tale scadenza ci ha impegnato, e impegna, come Consiglieri in carica, oltre che a garantire le condizioni per la corretta espressione del voto da parte di tutti gli iscritti, ad un'analisi critica di ciò che è stato fatto e del raggiungimento o meno degli obiettivi che ci eravamo proposti a inizio mandato.

Il confronto, sia in sede di Consiglio Direttivo che nei colloqui di verifica di fine mandato con i singoli Consiglieri, ci sta permettendo di delineare un quadro complessivo, e complesso, dell'esperienza fatta che non può trovare spazio in questo editoriale ma che è facilmente rintracciabile nei documenti prodotti (verbali delle sedute, relazioni consuntive e preventive, comunicazione agli iscritti e alle istituzioni, rivista, ecc.) e nelle competenze che la maggior parte dei Consiglieri dichiara di aver maturato in questi tre anni di lavoro.

**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 XXIII - N. 2 - AGOSTO 2011

Direttore responsabile  
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione  
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore  
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

Impaginazione e stampa:  
GRAFICHE BIME s.r.l. - Molinella (BO)

Ricordo che nel Consiglio Direttivo in carica la metà dei Consiglieri è alla sua prima esperienza e le cariche di Presidente, Tesoriera e Segretaria sono state assunte, sostanzialmente *ex novo*, ma anche che, coerentemente con un'idea di responsabile innovazione nella continuità, abbiamo fortemente cercato e ottenuto il supporto di chi ci aveva preceduto.

Ciò ci ha permesso di acquisire velocemente una visione multidimensionale dell'Ente e messo in condizione di fare le scelte più opportune in termini sia di gestione amministrativa (gestione del personale dipendente, redazione dei bilanci preventivi e consuntivi, gestione delle procedure per il funzionamento degli uffici, delle attività di *front* e di *back office*, ecc..) che di tutela e rappresentanza della professione degli iscritti nell'interesse dei professionisti e dei cittadini fruitori delle competenze che l'appartenenza a al Collegio di per sé certifica.

Per quanto riguarda questi ultimi aspetti, che costituiscono la *mission* dell'Ente stesso, ricordo il contributo propositivo svolto presso le autorità politiche locali (Comune, Provincia, Regione, Associazioni professionali, altri Ordini e Collegi, ecc.), le Università, i rappresentanti dei cittadini, dei malati e i loro familiari (in questa rivista sono riportati due eventi formativi attivati su bisogni espressi dalle Associazioni di malati e realizzati con la loro collaborazione), nella formazione e l'aggiornamento professionale, nell'accompagnamento di giovani laureati o cittadini stranieri di recente immigrazione nell'inserimento lavorativo, nel supporto alle soluzioni di problematiche rappresentate da singoli o gruppi di professionisti.

Ma l'evento del quale tutti noi, e tutti voi spero, siamo particolarmente fieri è il trasferimento dalla storica sede di vicolo Malgrado alla nuova sede di in via Zaccherini - Alvisi.

Come ho già detto in altre occasioni, questo ci ha permesso di or-

ganizzare le attività del Collegio, la formazione, gli incontri istituzionali in una struttura prestigiosa ed efficiente ma, soprattutto, ci ha reso orgogliosi di appartenere a un gruppo professionale che, col proprio impegno anche economico, ha raggiunto un obiettivo perseguito da tempo.

L'orgoglio si accompagna quindi alla consapevolezza che ogni risultato è stato raggiunto col contributo di tutti, di coloro che sono iscritti da poco e di coloro che lo sono da più tempo, di chi non partecipa attivamente alla vita del Collegio e di chi mette a disposizione il proprio tempo e le proprie competenze.

A tal proposito non posso non fare riferimento alla signorina Ferri che attraverso questo numero della rivista ci saluta e che tanta parte ha avuto nella storia del Collegio di Bologna e non solo.

Qui voglio però fare specifico riferimento all'impegno e all'autorevolezza con cui ha saputo essere punto di riferimento per generazioni di professionisti bolognesi.

Con la sua presenza il Collegio di Bologna si è indubbiamente connotato nel tempo come il luogo dell'apprendimento e della formazione, della valorizzazione, e in alcuni momenti anche della difesa, dei ruoli professionali dentro alle organizzazioni, dell'orgoglio di appartenere a un gruppo professionale capace di rispondere autonomamente e in collaborazione con gli altri professionisti ai bisogni di salute dei cittadini.

Per tutto questo la ringraziamo come professionisti e in particolare come Consiglio Direttivo, per la non comune capacità, di aver saputo/voluto trasferire parte del patrimonio di competenze accumulate a chi veniva dopo di lei.

**NOTA**

1 - Legge 29 ottobre 1954, n. 1049, Dlgs 13 settembre 1946, n. 233, e Dpr 5 aprile 1950, n. 221

**PROFESSIONE**

**• Collegio IPASVI  
Provincia di Bologna  
"Elezioni per il  
rinnovo del Consiglio  
Direttivo e del  
Collegio dei Revisori  
dei Conti Triennio  
2012-2014"**

Si informano tutti gli iscritti all'Albo del Collegio che con apposita comunicazione sarà convocata l'"Assemblea elettorale" per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti - Triennio 2012-2014.

La prima convocazione è fissata nei giorni 25-26-27 novembre 2011 dalle ore 14.00 alle ore 17.00 nella sede del Collegio "INGRESSO AULA" - Via Zaccherini Alvisi 15/1 - Bologna.

**IN SECONDA CONVOCAZIONE  
NEI GIORNI**

**03-04-05 dicembre 2011  
con il seguente orario:**

**Sabato 03 dicembre 2011  
ore 17.00 - 20.00**

**Domenica 04 dicembre 2011  
ore 07.00 - 19.00**

**Lunedì 05 dicembre 2011  
ore 07.00 - 19.00**

**La sede delle votazioni in seconda convocazione è sempre quella del Collegio "INGRESSO AULA" - Via Zaccherini Alvisi 15/1 - Bologna.**

- Per adempiere al diritto di voto ogni elettore dovrà presentarsi al seggio elettorale munito di un documento di riconoscimento valido, preferibilmente il tesserino di iscrizione all'Albo professionale.
- **Per la votazione non sono ammesse deleghe.**

Si dovrà votare per l'elezione di N. 15 membri del Consiglio Direttivo, N. 3 Revisori dei Conti effettivi e N. 1 Revisore dei Conti supplente.

Sulla scheda, che sarà consegnata all'atto della votazione, va riportato il cognome e nome (chiaramente leggibile) di ogni professionista che si intende eleggere rispettivamente come Consigliere o come Revisore dei Conti. **Si auspica che tutti gli iscritti all'Albo professionale esercitino il diritto**

**al voto nei giorni 03-04-05 dicembre 2011** negli orari e nella sede del Collegio sopra riportati, affinché il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti che risulteranno eletti siano l'espressione della volontà di tutti gli iscritti stessi.

**Coloro che intendono candidarsi come membri del Consiglio Direttivo o del Collegio dei Revisori dei Conti devono inviare la propria candidatura entro il 24 novembre 2011.** Le candidature saranno esposte nell'ingresso del Collegio (sede elettorale).

Si fa presente che i nominativi dei membri del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori uscenti che intendono riproporre la loro candidatura saranno comunicati, per legge, con la comunicazione inviata per la convocazione delle elezioni stesse.

**NOTA**

Si ricorda che in base alla normativa in vigore la convocazione elettorale sarà fatta con lettera inviata a tutti i professionisti iscritti all'albo. Si fa inoltre presente che in base alla norma vigente le date, gli orari e la sede dell'assemblea elettorale sono indicate anche nel sito internet della Federazione Nazionale Collegi IPASVI: [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

**• L'attribuzione delle competenze: chi fa cosa e perché**

**Dott. Mirko Margiocco**

*Giudice per le indagini preliminari del tribunale di Bologna*

Lo svolgimento della tematica delle competenze professionali degli infermieri necessita da parte mia di una premessa metodologica, non possedendo il sottoscritto le necessarie cognizioni di medicina legale con cui poter dare risposte specifiche sull'individuazione dei singoli interventi che possono competere ai vari soggetti attivi nell'attività sanitaria.

Cercherò allora, di offrire una serie di strumenti e cognizioni con cui poter risalire alla definizione dei ruoli e delle attività che gli infermieri possono espletare, prendendo le mosse – mi si permetta l'espressione – dal risvolto "patologico" della professione ossia dagli errori in cui essi potrebbero incorrere per suggerire spunti di rifles-

sione grazie ai quali poter cercare di evitare tali spiacevoli situazioni.

Si tratta, in effetti, di un'impostazione dovuta fortemente alla mia esperienza pratica; quale magistrato (sia nella veste di pubblico ministero che di giudice) sono stato necessariamente chiamato ad occuparmi di casi di c.d. "colpa professionale sanitaria", legati a reati di omicidio colposo (art. 589 c.p.) e lesioni colpose (art. 590 c.p.). Cercherò pertanto di offrire una panoramica generale sulla consistenza del concetto giuridico di colpa di cui può essere fatto carico all'infermiere, in particolare dopo l'approvazione della legge n. 42 del 1999 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie).

L'abolizione del c.d. mansionario (d.p.r. 225/74, d.p.r. 163/75 e d.p.r. n. 680/68) e della definizione di "ausiliario" del ruolo della professione infermieristica, frutto dell'approvazione della legge n. 42 del 1999, hanno certamente accentuato, oltre alla rilevanza del ruolo dell'infermiere, anche i suoi ambiti di responsabilità.

Parimenti, la legge sulla "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" del 10 agosto 2000 n. 251, ha ribadito l'espansione della dimensione della figura dell'infermiere; in particolare, credo sia di notevole rilievo la previsione del riconoscimento alla professione infermieristica di un ruolo di "pianificazione per obiettivi di assistenza" (v. art. 1). La circostanza che compete agli stessi professionisti, la pianificazione e quindi l'organizzazione delle proprie attività professionali, appare conquista di non scarso rilievo.

Di rilievo è anche il terzo comma dell'art. 1 della legge n. 251: "Il Ministero della Sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

- a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;
- b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata."

Il punto sub b) ribadisce, in buona sostanza, l'importanza dell'individuazione di obiettivi di assistenza (modelli di assistenza personalizzata e metodologia di pianificazione per obiettivi sono intrinsecamente collegati).

La lettera a) dell'articolo specifica che in tutte le aziende sanitarie l'organizzazione del lavoro deve prevedere la "diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni". Il altri termini, quanto coinvolge la professione infermieristica deve essere gestito direttamente dalla professione infermieristica stessa.

Nell'attuale quadro normativo, la definizione esatta dei compiti del personale medico e di quello infermieristico non è certamente agevole, anche in conseguenza dell'abolizione del mansionario.

Non costituisce infatti una sicura guida di lettura il riferimento alle leggi istitutive degli ordini professionali, ove si pensi che anche per l'ordine dei medici, come per molti altri in Italia, l'elencazione delle attività di competenza spesso comprende compiti che non possono essere considerati "tipici" e le cui possibilità di svolgimento appaiono condivisibili con altri professionisti.

Un metro maggiormente rassicurante nella determinazione delle mansioni che possono essere svolte dai medici e dagli infermieri e rispondente ad una classificazione "dinamica" delle mansioni, come esige l'attuale legislazione, risulta quello che prende le mosse dall'analisi critica di ciò che ogni singolo operatore sanitario è effettivamente in grado di eseguire, nel rispetto del fondamentale diritto all'integrità fisica dell'utilizzatore dei servizi e nell'ovvia premessa che ormai si deve parlare – nel settore sanitario – di un "concorso" di professioni completamente autonome; è di tutta evidenza l'importanza che, anche in questi termini, assume l'esatta autocoscienza delle proprie conoscenze.

Le premesse che potevano una volta valere come parametri generali di condotta per cui al personale medico competevano le attività di diagnosi e cura (peraltro delegabili entro certi limiti al personale infermieristico) appaiono nel momento attuale messe in discussione, dal momento che l'attività dell'infermiere non è più collocata in funzione di esclusivo ausilio di quella medica, dopo l'abolizione del mansionario.

Usualmente, al fine di far comprendere l'ambito delle competenze della professione infermieristica, ritengo di prendere le mosse dall'illustrazione di un concetto fondamentale del diritto penale, quello di colpa, poiché dalla

disamina della sua essenza e delle applicazioni che possono essere fatte di tale concetto possono trarsi importanti spunti di lettura delle competenze dei professionisti, quali sono gli appartenenti alla categoria infermieristica.

L'essenza della colpa penale (art. 43 c.p.) viene identificata nella prevedibilità ed evitabilità del fatto sulla scorta di regole empiriche di esperienza, che possono essere non scritte (c.d. colpa generica) ovvero codificate da leggi, regolamenti, ordini e discipline (c.d. colpa specifica) e che possono entrambe articolarsi in: **1) obbligo di informarsi; 2) obbligo di agire con cautela; 3) obbligo di astenersi completamente dall'agire; 4) obbligo di idonea scelta dei propri ausiliari e di controllo sugli stessi.**

Cercherò quindi nel prosieguo di passare in rassegna la portata di tali obblighi relativamente alle peculiarità del ruolo dell'infermiere.

Partendo dalla disamina dell'obbligo di informazione, esso si può articolare su due piani.

Un dovere generale che fa carico a chiunque svolga professionalmente un'attività è quello di curare in via permanente la propria preparazione ed è possibile affermare che per l'infermiere la legge n. 42 del 1999 ha statuito in via esplicita la ricorrenza di questo onere, stabilendo che i confini della professione vanno circoscritti, oltre che dal rispetto delle altrui professioni sanitarie, anche con rinvio al decreto del profilo professionale, ai contenuti dell'ordinamento didattico, al codice deontologico ed alla formazione post-base, grazie alla quale - soprattutto - l'infermiere potrà e dovrà apprendere le regole non scritte della professione la cui elaborazione, grazie al progredire della ricerca scientifica, è in continua evoluzione.

Sempre in via generale, va affermata l'obbligatorietà per l'infermiere di prendere cognizione delle fonti scritte delle regole di esperienza che ne governano l'attività ovunque siano esse sancite, ovvero in leggi, regolamenti, ordini (norme con destinatario individuale, poste da un'autorità pubblica o privata) e discipline (norme generali, diverse da leggi o regolamenti, poste da un'autorità pubblica o privata). E' bene precisare al riguardo di tale dovere che la stessa Corte Costituzionale (sent. n. 360 del 1988) ha espressamente affermato che per colui che eserciti professionalmente una determinata attività esiste un onere qualifi-

cato di presa di cognizione di queste regole, per cui la loro mancata conoscenza non potrà mai essere invocata a difesa del proprio operato.

Nell'ambito delle "discipline" rientrano pacificamente le disposizioni adottate dagli ordini professionali e quindi anche quelle del Collegio degli infermieri, il cui mancato rispetto potrà costituire strumento di verifica della ricorrenza di un comportamento colposo purché: a) si tratti di norme di natura "cautelare" ossia di precetti che, oltre a statuire quale sia il comportamento eticamente e deontologicamente corretto, specificano la condotta da tenere a fronte di una determinata situazione; b) si tratti di norme conformi ai principi generali dell'ordinamento giuridico.

Sempre tra le "discipline" - per trattare di fonti scritte vicine all'esperienza degli infermieri si possono annoverare i c.d. "protocolli" ossia quegli atti di pianificazione dell'assistenza infermieristica che canonizzano principi scientifici dell'arte medico - assistenziale e che di cui spesso le strutture ospedaliere ritengono di dotarsi.

E' noto a tutti gli operatori del settore sanitario che accanto ad innegabili aspetti positivi che è superfluo ricordare, i protocolli presentano anche difficoltà applicative, in primo luogo legate alla loro rigidità ed alla difficoltà di adeguamento alla dinamica delle scoperte scientifiche.

Si potrà perciò porre all'infermiere il dubbio sull'opportunità di conformarsi a protocolli le cui statuizioni appaiano superate e non aggiornate.

La considerazione che l'intima essenza della colpa penalmente rilevante possa essere ravvisata in estrema sintesi nella prevedibilità ed evitabilità del fatto, può far sì che il rispetto della regola codificata nel protocollo non abbia valenza alcuna ai fini dell'esenzione di responsabilità, ove il precetto sia stato superato da successive regole non scritte, che all'infermiere sono o dovrebbero essere note ed il cui rispetto avrebbe potuto evitare l'evento. Rispetto poi alle indicazioni offerte dalle c.d. Società Scientifiche, il mancato adeguamento della condotta del professionista sanitario può essere indice sintomatico di colpa generica, dovendosi sempre tenere nella dovuta considerazione che esse costituiscono parametri generali, la cui applicazione concreta va adattata alle caratteristiche del caso concreto e che esse sono intimamente soggette a mutamenti con il decorso del tempo.

Esiste poi un secondo livello dell'obbligo di informarsi, che attiene al singolo caso specifico di cui l'infermiere può essere chiamato ad occuparsi. Non potrà l'infermiere, nel momento in cui è chiamato ad operare scelte sue esclusive, ignorare il quadro clinico dell'assistito.

La legge n. 42 del 1999 ha certamente portato un'innovazione anche su questo versante, poiché saranno frequenti i casi in cui la decisione sulla necessità di procedere ad una tipologia di intervento dovrà essere presa dall'infermiere senza ausilio di altri ed in cui spetterà sempre all'infermiere il compito di dare cognizione al paziente - per il rispetto della sua persona - della tipologia di operazione e di eventuali complicazioni che essa potrà portare. Si tratta - come si vede - di scelte che implicano a carico dell'operatore, un dovere di preventiva presa di cognizione delle pregresse condizioni di salute del paziente e dei suoi dati anamnestici.

Su quest'ultima tematica si innesta la trattazione del problema del c.d. "consenso informato", ben nota al personale medico e sanitario in genere.

La professione sanitaria in generale va annoverata tra quelle attività "rischiose" e pur consentite dalla nostra società, rispetto alle quali si pongono continuamente questioni di circoscrizione dei limiti tra lecito ed illecito, tanto che sia la dottrina giuridica che la stessa giurisprudenza si sono spesso sforzate di rinvenire addirittura su un piano oggettivo - prima ancora di verificare se la condotta sia stata o meno colposa - la c.d. "causa di giustificazione" di fatti che potenzialmente potrebbero costituire reato.

A tal proposito, si potranno ricordare tra le altre le tesi che sostengono che l'attività sanitaria potrebbe essere esentata da responsabilità penale poiché essa si fonderebbe sull'esercizio di un diritto (art. 51 c.p.), sullo stato di necessità (art. 54 c.p.), sull'adempimento di un dovere (art. 51 c.p.) o sul consenso dell'avente diritto (artt. 5 c.c. e 50 c.p.).

In effetti, con riferimento ai reati colposi, ove non si pongono questioni di volontà diretta a cagionare lesioni e dove il fine ultimo del medico o dell'infermiere non è quello di uccidere o cagionare lesioni, ma reintegrare la salute del paziente, la presenza del consenso è richiesta per l'affermazione di una piena conformità dell'esercizio dell'attività medico - infermieristica ai canoni della disciplina. Si tenga pre-

sente, rispetto a questa tematica, che stante la circostanza che tra chi svolge professionalmente un'attività sanitaria ed il paziente ricorre un'indubbia asimmetria informativa a favore del primo, tale per cui molto spesso il soggetto passivo del trattamento è assolutamente ignaro dei rischi legati al medesimo, non si può allegare la mancata attivazione del paziente per acquisire le necessarie informazioni, quale fonte di esonero da responsabilità.

A prescindere comunque dalla esatta collocazione teorica dell'argomento, è insegnamento consolidato della giurisprudenza, quello per il quale si può ipotizzare una liceità del trattamento sanitario, in base a precise condizioni, ovvero: esercizio da parte di un professionista abilitato, rispetto delle regole tecniche dell'intervento, necessità terapeutica e consenso pieno, reale ed informato del paziente.

L'acquisizione del consenso da parte della persona interessata esige pertanto:

- la verifica della capacità del paziente di comprendere appieno il significato e la portata dell'intervento, per cui nell'eventualità che possa anche solo sorgere il dubbio sul possesso delle piene facoltà mentali nel paziente, è opportuno astenersi dall'intervenire, salvo il caso in cui non vi sia un "pericolo attuale di danno grave alla persona" e quindi sussistano i presupposti dello stato di necessità di cui all'art. 54 c.p.; in alcuni casi il consenso può peraltro essere efficacemente prestato dal legale rappresentante del soggetto incapace (minorenne o interdetto); su questi aspetti è di un certo rilievo una pronuncia della Cassazione penale, in cui si asserisce che va ripulsa la tesi secondo cui, a fronte della richiesta formulata dal paziente, di procedere ad un delicato intervento chirurgico con anestesia totale, poi risultata fatale, il medico imputato avrebbe potuto far ricorso a pratiche "ipnoanalgesiche", che potevano vincere le resistenze del paziente ad un'anestesia locale;
- l'illustrazione delle caratteristiche dell'intervento e la prospettazione del bilancio "rischi/benefici", in assenza della quale la manifestazione del consenso potrebbe ritenersi viziata da errore e quindi non valida;
- una manifestazione inequivoca dell'assenso, che varrebbe sempre la pena che fosse documentato, anche se non necessitano particolari formule di rito;
- il rispetto dell'eventuale contraria volontà manifestata dal paziente in

un momento successivo, in ragione della revocabilità del consenso.

Per quanto concerne trattamenti da praticare nei confronti di persone che versino in situazione di debolezza o difficoltà (infermità o menomazione fisica o psichica), anche temporanea, la raccolta del consenso potrà avvenire anche tramite il c.d. amministratore di sostegno, figura civilistica introdotta dalla legge n. 6 del 2004 a tutela di tali soggetti.

Legittimati a richiedere al giudice tutelare la nomina di un amministratore di sostegno, anche eventualmente ai soli fini delle cure da praticare al soggetto, sono il tutore, il curatore, il p.m, i servizi sanitari e sociali (pubblici e privati).

All'amministratore di sostegno sarà possibile rivolgersi - nel rispetto delle competenze che il giudice tutelare gli conferisce al riguardo - per la soluzione di problematiche che coinvolgono la salute del soggetto "protetto".

E' legato strettamente all'obbligo di agire con prudenza quello di astenersi dall'affrontare situazione che l'infermiere non fosse in grado di gestire.

Rispetto a questi specifici doveri può collocarsi la problematica del rapporto tra l'infermiere ed il personale medico, con particolare attenzione alle istruzioni ed alle direttive impartite sul "se" e sul "come" di determinati atti.

Sulla dinamica dei rapporti tra personale medico e personale infermieristico è opportuno spendere qualche ulteriore parola. In effetti - in special modo tra "professionisti" di settore - è perfettamente lecito a ciascun soggetto fare affidamento su un corretto comportamento altrui, in modo che, così come il medico (in linea generale) avrà titolo per reputare diligente l'adempimento delle proprie mansioni da parte dell'infermiere, altrettanto varrà in senso inverso (si parla, a tal riguardo, di principio di "autoresponsabilità"). Non sarà pertanto compito dell'infermiere quello di verificare se un intervento di esclusiva competenza medica possieda tutti i crismi della legalità nonché di accertarsi se il medico abbia ottenuto dal paziente il preventivo consenso ad un certo tipo di cura.

Sempre nell'ambito della definizione delle responsabilità nelle attività d'*équipe*, appare corretto affermare che ad ogni singolo partecipante compete la constatazione di dati di fatto da cui desumere le negligenze altrui, con conseguente dovere di segnala-

re quanto percepito all'eventuale responsabile dell'*équipe* medesima.

Per definizione, un obbligo di vigilanza sull'attività altrui spetta sicuramente a colui che gerarchicamente dirige e coordina le attività degli altri componenti, che potrà dirsi adempiuto non solo allorché egli verifichi nel momento iniziale dell'attività l'eventuale presenza di dati di fatto che possano far prevedere l'altrui comportamento negligente, ma quando egli rinnovi questa disamina durante lo svolgimento dell'attività, con particolare cura durante i passaggi reputati più delicati. Per quanto poi concerne il dovere di coordinamento, esso può considerarsi adempiuto ove si sia provveduto ad una previa e opportuna divisione dei compiti tra i membri dell'*équipe*.

Un problema che spesso viene alla luce tra le problematiche del lavoro d'*équipe* è quello dei limiti del potere gerarchico del responsabile ed in particolare, se sia lecito criticarne e contestarne le decisioni.

In linea di principio la risposta dovrebbe essere negativa, poiché ciò significherebbe svilire l'utilità e la necessità della presenza di un responsabile dell'attività di gruppo (può essere utile ricordare in questa sede le disposizioni di legge che conferiscono poteri di coordinamento e controllo al primario - art. 7 d.p.r. n. 128 del 1969 - ed al medico appartenente alla posizione apicale - art. 63 d.p.r. n. 761 del 1979 - con espressa e correlata previsione della vincolatività delle disposizioni impartite).

Ricorre tuttavia un limite anche a questo "dovere di ubbidienza", rappresentato dalla palese illegittimità o illiceità dell'ordine; ove la disposizione del superiore gerarchico contrastasse con le più comuni ed elementari cognizioni sanitarie, patrimonio comune ad ogni operatore di settore, deve poter operare un diritto-dovere di dissenso, pena l'insorgenza di responsabilità per concorso o cooperazione nell'evento lesivo della salute.

L'atto medico delegato, già introdotto nel nostro ordinamento dal DPR 27/03/92 deve essere adottato ogni qual volta ve ne sia la necessità ed è opportuno che venga documentato.

Il personale infermieristico tuttavia può operare anche sulla base di linee guida predefinite (cioè di "raccomandazioni fondate sull'evidenza scientifica, applicabili e con descrizioni dettagliate della pratica professionale desiderata, che formano la base per prendere delle decisioni nel lavoro

quotidiano e per aiutare i processi di revisione della qualità, di educazione permanente e di tirocinio professionale”) e di protocolli.

Dell'applicazione e del risultato di tali protocolli è responsabile il medico firmatario, salvo la responsabilità personale di chi non agisse secondo le generiche regole di prudenza.

Un importante spunto proprio su queste tematiche è stato offerto dalla giurisprudenza in occasione della definizione del ruolo di assistente ospedaliero - in considerazione della loro “autonomia vincolata alle direttive ricevute” dal primario, ha statuito che, nell'eventualità che egli non le condivida, è tenuto ad esprimere il proprio dissenso; in difetto egli potrà essere ritenuto responsabile di eventi lesivi, per non aver compiuto quanto in suo potere per impedire l'evento (art. 40 co. II c.p.).

L'insegnamento espresso dalla decisione menzionata può essere applicato anche nei rapporti tra infermieri e medici, proprio alla luce della autonomia che la legge n. 42 del 1999 ha aperto alla categoria. Colui che non può essere qualificato come “mero esecutore di ordini” (così letteralmente la decisione ricordata) acquisisce nell'ambito sanitario proprie posizioni di garanzia della salute del paziente con la conseguenza che potrà - se del caso - interloquire con le altre figure professionali, nell'affermazione delle sue competenze e delle sue cognizioni, per non veder “svilita” (così sempre la sentenza di cui sopra) la propria.

Un'altra esimente codificata, lo stato di necessità (art. 54 c.p.), potrebbe essere invocata dall'infermiere che abbia svolto mansioni di competenza di un medico, oltrepassando il relativo limite negativo della sua professionalità, per venire in soccorso di una persona che si trovi in pericolo per la sua salute, quando sia impossibile ottenere l'intervento in tempi ragionevolmente utili di un medico; l'eventuale atto di esercizio abusivo della professione medica (art. 348 c.p.) meriterebbe certamente - in simili frangenti - la piena non punibilità.

Come già ricordato nella premessa a questo lavoro, la relazione tra le due professioni è in larga misura governata dalla scienza medico legale e tracciare una separazione insormontabile tra attribuzioni del medico e dell'infermiere, è spesso arduo.

Non si può, p. es., escludere che l'infermiere possa “predisporre” di sua iniziativa il materiale sulla scorta del

quale il medico prenderà le proprie determinazioni e pertanto, sempre in via meramente esemplificativa, di fronte ad un'emergenza, l'infermiere, avvertito tempestivamente il medico, potrebbe dar corso all'esecuzione di un Ecg, anche se esso non è stato richiesto o specificamente autorizzato dal medico, del quale resta compito l'attività di controllo, consistente nel valutare l'attendibilità del tracciato elettrocardiografico fornito dall'infermiere senza una sua contestuale presenza.

Si è già fatto un cenno, nel corso di questo scritto, al tema del controllo che compete agli infermieri sull'operato di altre figure professionali e tra queste sugli O.T.A./O.S.S.; tale il dovere sull'attività dei collaboratori ed ausiliari è profondamente radicato nei compiti generali dell'infermiere in quanto - come ho avuto modo di sottolineare - questi è assimilabile al prestatore d'opera intellettuale (v. sul punto gli artt. 1228 e 2232 del Cc.).

E' fuori di dubbio che nella dinamica delle relazioni tra l'infermiere ed il personale tecnico - sanitario possano sorgere profili di responsabilità dell'operato di questi ultimi a carico dell'infermiere e precisamente: 1) nell'eventualità che l'infermiere abbia dato istruzioni errate, nel qual caso la responsabilità è del professionista che le ha impartite (cfr. a riferimento l'articolo 1717 Cc.); 2) dal dovere *in vigilando*, che incombe sull'infermiere, il quale avrà allora il dovere di segnalare gli errori commessi ed eventualmente di attivarsi per ovviare ai medesimi.

Penso sia doveroso spendere qualche parola su un argomento che purtroppo frequentemente ricorre nell'attività degli operatori sanitari, ossia sulle disfunzioni che vengono riscontrate nell'organizzazione delle varie strutture e nell'applicazione dei relativi provvedimenti; personalmente ritengo che possa dirsi doveroso per tutti gli infermieri, ancor più oggi, in seguito all'esaltazione delle loro professionalità, anche a livello legislativo, non prestare passiva osservanza a queste disposizioni, specie ove possano mettere in pericolo la salute pubblica o il buon andamento e l'efficienza del servizio. Ritengo che sia possibile sostenere che sussista un dovere “professionale” di segnalazione di queste disfunzioni, ampliato dalla legge n. 251 del 2000 nella parte in cui attribuiscono alla categoria degli infermieri un ruolo diretto e paritario, rispetto alla categoria medica, nella program-

mazione delle attività sanitarie; tale segnalazione dovrà peraltro essere adeguatamente motivata per fugare eventuali addebiti di attività ostruzionistica e dovrà essere indirizzata con opportuno formalismo (protocollo interno o raccomandata con ricevuta di ritorno) al responsabile dell'Unità operativa e successivamente, in caso di perdurante difetto di riscontro, alla direzione sanitaria.

Questa considerazione appare ancor più giustificata ove si abbia presente la “personalità” della responsabilità penale (art. 27 Cost.), che si traduce nel principio per cui delle conseguenze dell'operato, in sede penale, risponde sempre e soltanto l'individuo e non la persona giuridica che abbia predisposto una determinata organizzazione del lavoro.

Mi preme in questa sede trattare anche di un ulteriore argomento, la cui problematica emerge spesso nell'indagine giudiziaria in tema di responsabilità professionale del personale sanitario, ovvero la documentazione delle scelte operate e dei trattamenti praticati sul paziente; troppo frequentemente, infatti, accade di dover esaminare cartelle cliniche redatte con vistose carenze e lacune o, nella migliore delle occasioni, con linguaggio eccessivamente sintetico.

Non di rado, le stesse strutture sanitarie disciplinano le forme di documentazione dell'attività sanitaria, anche con riferimento alla tenuta della cartella infermieristica, anche se le prassi riscontrabili appaiono assai variegate. Si può affermare senza timore di smentita che, là dove venga previsto in termini espressi l'obbligo di redazione della cartella infermieristica, l'omesso rispetto delle relative prescrizioni possa far derivare a carico dell'infermiere una responsabilità quanto meno a livello disciplinare, per violazione dell'obbligo di diligente adempimento delle proprie obbligazioni che è sancito già a livello civilistico dagli artt. 1218 e 1176 c.c..

Bisogna premettere che la giurisprudenza ha riconosciuto in termini pacifici alla cartella clinica il carattere di atto pubblico con tutte le conseguenze che ne derivano per l'ipotesi di falsificazione e di alterazione del suo contenuto; tuttavia, analoga valenza può essere conferita anche al diario infermieristico, giacché gli infermieri rientrano tra i soggetti incaricati di un pubblico servizio, ai sensi dell'art. 358 c.p. e l'art. 493 c.p. estende la disciplina delle falsità documentali, ivi

compresa quella che attiene agli atti pubblici ed alle certificazioni, ai documenti redatti dagli incaricati di pubblico servizio, nell'esercizio delle loro mansioni; ne discende che, specialmente quando la compilazione del diario infermieristico venga prevista dall'ente sanitario, le falsificazioni ideologiche e le alterazioni di questi atti costituiscono reato e comportano l'applicazione di sanzioni penali.

Ritengo estremamente opportuno che gli infermieri acquisiscano nel proprio patrimonio culturale l'abitudine alla compilazione del diario infermieristico e di procedere a questo incombenza nel modo il più possibile esaustivo e comprensibile; se è vero che vi sono ormai ambiti di esclusiva competenza e responsabilità per la categoria, è sicuramente opportuno che rimanga traccia di queste opzioni in aggiunta a quanto possa risultare dalla cartella clinica, onde consentire - nel caso in cui se ne prospetti la necessità - di apprendere appieno le ragioni delle decisioni assunte, anche in rapporto con le altre figure professionali, *in primis* con il personale medico. Si aggiunga poi che la documentazione della propria attività si presenta opportuna - quale momento di corretto esercizio della professione - nell'ipotesi in cui più soggetti siano chiamati ad occuparsi di un medesimo caso, in modo che a colui che succeda ad altri nel trattamento sia noto il quadro della situazione e quali decisioni siano state assunte fino a qual momento.

L'onere qualificato di conoscenza delle regole dell'arte a carico del professionista (affermato a livello di lettura Costituzionale delle norme sulla responsabilità penale), siano questi precetti generici o specifici, renderà ardua inoltre l'invocabilità da parte degli infermieri, dell'ignoranza delle regole che disciplinano la loro attività. Chi svolge professionalmente una determinata attività "rischiosa" nel giudizio corrente così come in quello giudiziario, non può non essere a conoscenza delle regole (scritte e non scritte) sotto l'egida delle quali le relative mansioni devono essere esercitate; ciò lo esige il rispetto che degli altri ciascuno deve avere quotidianamente ed in special modo dove siano in gioco interessi primari e tutelati fin dal livello Costituzionale della nostra legislazione, come il diritto alla salute (art. 32 Cost.) che è passibile di compromissioni definitive e non riparabili per equivalente.

## LA "SQUADRA" IPASVI partecipa alla maratona RACE FOR THE CURE



**IPASVI**

**BOLOGNA  
25 SETTEMBRE 2011  
GIARDINI MARGHERITA**



Anche nel 2011 torna a Bologna la V edizione della Race for the Cure, la mini-maratona e passeggiata organizzata dalla Susan G. Komen Italia onlus sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica, per sostenere la lotta contro i tumori al seno.

Anche quest'anno gli Infermieri, gli Assistenti Sanitari e gli Infermieri Pediatrici sono chiamati ad aderire all'evento per costituire la "Squadra" del Collegio.

La nostra ampia partecipazione alla manifestazione ha il significato di portare la nostra solidarietà alle donne che lottano contro la malattia, sostenere la campagna di raccolta fondi per la prevenzione e la ricerca.

La partecipazione alla Squadra richiede l'iscrizione da effettuarsi presso la Segreteria del Collegio dalle ore 14.00 alle ore 17.00 nei giorni di martedì, giovedì e venerdì dal 18 luglio al 17 settembre 2011. L'iscrizione richiede la compilazione della apposita scheda e la firma autografa ai fini assicurativi, pertanto è necessario iscriversi di persona.

È comunque possibile partecipare alla manifestazione iscrivendosi nei giorni 23-24 settembre (ore 10.00-18.00) e 25 settembre (dalle ore 8.00) presso lo **stand Iscrizioni** presente ai Giardini Margherita - Piazzale Iacchia.

E' prevista una quota di partecipazione di € **10,00** che sarà destinata dalla Susan G. Komen, a progetti di prevenzione e diagnosi precoce, benessere psicofisico delle donne operate, aggiornamento dei professionisti sanitari e acquisto di apparecchiature di diagnosi e cura.

La manifestazione è aperta a tutti, e per i minori è necessaria la firma del genitore.

Anche quest'anno sarà possibile iscrivere i propri cani alla Race, con una donazione minima di 5 euro e una borsa speciale per i primi quattrozampe iscritti.

L'esclusiva *borsa gara*, con la maglia ufficiale da collezione, e il *pettorale gara* sono riservati sia ai podisti competitivi, che si misurano sul percorso di 5 Km, che ai non competitivi, impegnati a loro scelta tra la mini-maratona di 5 Km e la passeggiata di 2 Km.

Gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici che partecipano alla Maratona riceveranno, all'atto dell'iscrizione presso il Collegio, un adesivo identificativo da applicare sulla maglietta contenuta nella borsa gara.

Gli iscritti alla Squadra del Collegio dovranno ritirare la borsa gara nei giorni 23-24 settembre (ore 10.00 - 18.00) e il 25 settembre (dalle ore 8.00 alle 9.00) muniti della ricevuta di iscrizione, presso lo stand Komen presente ai Giardini Margherita - Piazzale Iacchia.

Alle Signore operate di tumore al seno presenti alla manifestazione - le Donne in Rosa - sarà dedicata una particolare attenzione, un settore riservato e il colore rosa di magliette e cappellini.

Nei giorni della Race si potranno visitare gli stand degli sponsor e nelle giornate di venerdì 23 e sabato 24 dalle 10.00 alle 18.00 al "*Villaggio della Salute*" verranno effettuate visite mediche ed esami diagnostici.

Il Collegio IPASVI di Bologna sarà presente il mattino di domenica 25 settembre presso una pagoda nello spazio del "*Villaggio della Salute*".

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna invita tutti i professionisti iscritti all'Albo a partecipare numerosi a conferma del quotidiano impegno a prendersi cura della salute dei cittadini.

La Presidente  
Del Collegio IPASVI di Bologna  
Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

**Lettera aperta agli Infermieri che esercitano la professione negli Ambulatori delle Industrie Ferrovie dello Stato - Pubblica Sicurezza - Carabinieri - Forze Armate - ecc .**

**INVITO A FARSI CONOSCERE**

Gentili Infermieri,  
invio a tutti Voi un caloroso invito ad inviare al Collegio un Vostro mini curriculum, che oltre alla sede di lavoro, possa essere utile per orientare il lavoro del Collegio nelle sedi istituzionali ed offrire a Voi, qualora sia necessario, opportunità di incontri sia per rendere visibile il Vostro importante lavoro sul "territorio", sia per eventuali necessità di sviluppo della Vostra professionalità.  
Unitamente al Consiglio Direttivo, resto in attesa di Vostre gradite comunicazioni.

**La Presidente**

*Dott.ssa Maria Grazia Bedetti*

per differenti profili professionali e corso di Laurea, possono svolgere attività audiometriche, tantomeno l'O.S.S. Operatore Socio Sanitario in quanto non professione sanitaria (art. 4 quater d.l. 250/2005 convertito in legge n. 27/2006).

**Chiunque non abilitato organizza o eserciti attività inerenti alla professione dell'Audiometrista senza la dovuta abilitazione incorre in responsabilità anche penali (Art. 348 del C.P.).**

**Il compimento di un solo atto è sufficiente per l'esercizio abusivo di una professione. La condotta esecutiva del delitto di esercizio abusivo di una professione, consiste nel compimento di atti di esercizio di una professione per la quale sia richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato.**

**Il saluto di Cleopatra Ferri a tutti i professionisti sanitari: Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici**

*Carissimi tutti, è giunto il momento di "attaccare al chiodo" la vecchia borsa blu che per sessant'anni ha portato "le carte" e tutto ciò che mi ha accompagnato in questo lungo percorso professionale che ho avuto la fortuna di poter svolgere.*

*Desidero salutarVi tutti, ringraziarVi per l'impegno, la competenza e l'onorabilità che ciascuno di Voi ha portato e porta alla nostra professione nel prendersi cura delle persone, educarle alla salute, curarle nella malattia, assisterle in qualsiasi situazione esse si trovino.*

*Vorrei lasciarVi un piccolo messaggio da custodire e far crescere, su due aspetti della nostra professione, il primo riguarda l'approfondimento del sapere, sempre necessario ed il secondo la qualità del rapporto interpersonale instaurato con le persone assistite e con tutti coloro che le circondano.*

*Infine il mio grazie che esprimo a tutti Voi dal profondo del cuore, grazie per avermi aiutata a svolgere i miei diversificati ruoli lungo gli anni della mia professione e grazie per avermi spesso "sopportata".*

*A tutti ed a ciascuno i migliori auguri di ogni bene nella vita personale e nella professione.*

*Cav. Cleopatra Ferri*



ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI AUDIOMETRISTI

**• Associazione Italiana Tecnici Audiometristi (LETTERA APERTA)**

**Dr.ssa Lorena Ferdenzi**  
**Il Presidente A.I.T.A.**

**ESTRATTO**

**OGGETTO: Le competenze del Tecnico Audiometrista D.M. 667/94.**

Screening uditivi neonatali.

In relazione a numerosi episodi di inappropriata e abusiva professionalità segnalati nel territorio nazionale, l'A.I.T.A. - Associazione Italiana Tecnici Audiometristi, riconosciuta dal Ministero della Salute con decreto del 14.5.2005 per rappresentare ufficialmente i Tecnici Audiometristi ritiene necessario diffondere le informazioni di seguito riportate, affinché siano pienamente rispettate le condizioni di legalità delle prestazioni sanitarie.

Le attività audiometriche sono attività professionali per le quali è richiesta la specifica abilitazione dello Stato, vale a dire la laurea in Tecniche Audiometriche, il diploma universitario di Tecnico Audiometrista, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e titoli equipollenti in base alla Legge 42/99.

Per le evidenze sopra esposte, a nostro parere, né l'Infermiere (D.M. 739/94 e D.M. 70/97) né il Logopedista (D.M. 742/94) né l'Ostetrica/o (D.M. 740/94) e né il Fisioterapista (D.M. 741/94)

**• Il nuovo Portale Federazione Nazionale Collegi IPASVI**

**[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)**

**Daniela Bendanti**  
**Revisore dei Conti Effettivi**

Roma, 8 giugno 2011: nasce il nuovo portale degli infermieri ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)), frutto della collaborazione tra la Federazione degli Infermieri Italiani e il Ministero della Salute. Nel portale IPASVI è presente il link per il collegamento al sito del Ministero Stesso.

Il sito della Federazione italiana degli infermieri si rinnova ed arricchisce le sue offerte informative e formative: il nuovo portale, in linea con gli orientamenti e le normative sull'informatizzazione della Pubblica Amministrazione, è disegnato per sviluppare dinamicamente le opportunità offerte dall'evoluzione "tecnologica" di internet e rendere più agevole la navigazione, proponendosi una serie di obiettivi comunicativi e informativi:

- rendere disponibili più servizi e strumenti di dialogo interattivo tra professionisti iscritti e Collegi;
- ospitare la rivista. In un'ottica di ammodernamento degli strumenti di comunicazione e di riduzione dei costi di stampa e postalizzazione, la rivista istituzionale "L'infermiere" sarà interamente consultabile e scaricabile attraverso il nuovo portale IPASVI;

• offrire un canale diretto d'informazione con il cittadino. La sezione rivolta all'utenza offre la possibilità di esplorare tre sottosezioni, Click Salute, L'infermiere risponde e ABC Salute, ed è specificamente dedicata a creare le condizioni pratiche per una comunicazione diretta con i cittadini. Fornisce, infatti, le informazioni educative e i dati utili ad accrescere la conoscenza di specifiche situazioni d'interesse sanitario agli utenti/pazienti, condizioni particolari sulle quali l'informazione di tipo divulgativo disponibile su internet non sempre è qualificata e sicura.

Per raggiungere quest'obiettivo la Federazione nazionale IPASVI ha inserito nella sottosezione Click Salute supporti informativi finalizzati a far conoscere differenti situazioni e capire come muoversi in specifiche condizioni di salute: piccoli dossier cui viene data risposta in termini semplici e concreti. E' inoltre presente un link con il Ministero della Salute.

Particolare attenzione è stata posta all'approfondimento e alla valorizzazione delle relazioni professionali su un duplice livello: non solo tra singoli Collegi e Comitato centrale della Federazione, ma anche tra gli stessi infermieri all'interno del gruppo professionale. È stata inoltre prevista una linea diretta con la Presidente Nazionale, che prevede interventi video e video - chat per le risposte in diretta.

Sono state potenziate le sezioni dedicate ai 102 Collegi degli infermieri italiani. Nel portale è presente una finestra in home page, "News dai Collegi", nella quale trovare notizie e informazioni aggiornate quotidianamente e la rassegna stampa, per incrementare sia le opportunità di sviluppo professionale sia la comunicazione interna. Anche le offerte formative nell'ambito della sezione dedicata all'ECM si giovano di grande visibilità e ricchezza informativa, con una sottosezione dedicata ai Corsi di Formazione a Distanza (FAD), iniziati dal 2009 e frutto di una collaborazione con il Ministero della Salute e FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri) che si è rivelata oltremodo proficua.

Il nuovo portale dà continuità ed arricchisce il dialogo tra Federazione e professionisti iscritti, ed attraverso l'offerta di un'informazione qualificata, contribuirà al processo di empowerment del cittadino, nostro privilegiato interlocutore.

• ***Può lo scrivere cambiare sostanzialmente la qualità della nostra assistenza?***

***Alcuni infermieri si raccontano***

***Le "scrittrici": Chiarini Sabrina, Nipoti Gabriella, Ropa Valeria, Stagni Francesca, Vezzoli Sara.***

Scrivere è più facile che parlare...  
L'ho scoperto al corso di Medicina Narrativa..

Medicina narrativa???

Ma di cosa si tratta???

Non è facile condensare in poche righe tutto quello che abbiamo vissuto lungo il percorso di Medicina Narrativa e Scrittura Clinica. Come possiamo raccontare le tante emozioni, sto-



rie, sguardi, progetti, risate e lacrime? Semplicemente scrivendo!

Ci siamo trovati a condividere un momento speciale all'interno di un percorso formativo che ci ha spalancato nuovi orizzonti nella relazione con il nostro vissuto e quello altrui.

Spesso pensiamo con affetto, gioia e un po' di nostalgia ai momenti trascorsi in aula durante il laboratorio, dove con carta e penna, abbiamo spolverato le esperienze accantonate nelle soffitte della nostra mente, per riviverle con i nuovi colori della memoria, della sensibilità corporale e del vissuto "spirituale".

La complessità e gli impegni della vita personale e professionale non ci permettono quasi mai di ritagliare spazi per raccontare noi stessi, i nostri vissuti e le emozioni che viviamo quotidianamente nel lavoro. In questo modo essere infermieri, risulta veramente difficile!

Aver partecipato al laboratorio di Medicina narrativa e scrittura clinica è stata una preziosa occasione per prenderci un tempo e uno spazio *solo per noi*.

All'inizio non è stato semplice, per chi come noi scrive per esigenza e non per una vena letteraria innata; legge-



re e raccontarsi di fronte ad una "platea", seppur limitata, è un po' traumatico, soprattutto quando senti il viso avvampare per l'imbarazzo e la voce tremolante.

Nei vari mandati assegnati da Stefano Benini, che ci ha accompagnato in questo percorso, spesso abbiamo trovato similitudine e condivisione dei racconti, che seppur diversi, ci ricordano di appartenere ad un gruppo professionale che vive "tutte le sfumature" dell'assistenza infermieristica. Interagire con gli altri ci ha aiutato ad alleviare un peso, arricchire il nostro bagaglio di conoscenze ed esperienze e ancor di più ci ha dato la possibilità di riflettere e di sperare nella crescita della nostra professione. L'ascolto, la comprensione e l'empatia sono riemersi nelle storie del nostro assistere, rendendoci così coscienti del valore immenso che il raccontare e il raccontarsi ha nel processo di cura.

Abbiamo condiviso come assistere significati *entrare nella vita degli ammalati*, in punta di piedi e chiedendo permesso, non solo con la divisa, ma anche con cuore, mani e cervello.

Vorremmo che questo modo di intendere la professione diventasse patrimonio di tutti gli infermieri per passare dal puro tecnicismo, in cui a volte ci si chiude, al senso vero e pieno del nostro esistere.

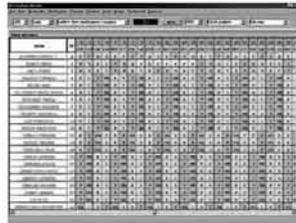
Desideriamo ringraziare il Collegio IPASVI di Bologna e Stefano Benini che hanno permesso e sostenuto l'avvio di questa esperienza pionieristica nella nostra realtà, ma anche chi ha condiviso con noi questo percorso donandoci una parte di sé: Rosaria, Mariola, Chiara, Silvana, Silvia, Monica, Magdalena, Annalisa, Raffaella, Maria Adelina, Claudia, Silvia Velia, Stefania, Claudia, Gabriela, Maria Elena.

Ci auguriamo che questo laboratorio non si concluda con questa esperienza, ma possa svilupparsi e coinvolgere altri colleghi che come noi hanno sentito il desiderio di scoprire ciò che è *invisibile agli occhi*.

## IMPORTANTE

*Si ricorda a tutti i professionisti iscritti all'Albo IPASVI di comunicare al Collegio, anche telefonicamente, le variazioni relative al proprio indirizzo di residenza.*

**BRITISH SCHOOL**  
GROUP



**Questo mese hai il turno in quinta? In sesta? O sei jolly?**

Vorresti iscriverti a un qualsiasi corso ma lavorando a turni ti è impossibile frequentare le lezioni regolarmente?

**Iscriviti a un corso di inglese British School disegnato apposta per i turnisti come te!**

I corsi di gruppo British School danno la possibilità ai partecipanti di scegliere di volta in volta tra le diverse fasce orarie a disposizione.

Lavori alla mattina? Allora puoi partecipare alla lezione del pomeriggio. Sei di turno il pomeriggio? Allora puoi venire a scuola di mattina.



Iscrivendoti a un corso di gruppo British School, inoltre, puoi usufruire di uno **sconto del 10%** riservato a tutti gli infermieri iscritti al Collegio IPASVI e ai loro stretti familiari.

Lo sconto IPASVI è cumulabile con lo sconto riservato agli studenti dell'Università di Bologna.



Gli studenti British School possono usufruire gratuitamente di una serie di servizi volti a migliorare ulteriormente la conoscenza della lingua: servizio di assistenza didattica individuale, incontri di conversazione a tema, libero utilizzo della sala di studio, prestito di libri e DVD in lingua originale...

Tutti gli insegnanti British School sono di madrelingua inglese, laureati e specializzati nell'insegnamento dell'inglese agli stranieri.

La British School organizza corsi speciali per bambini, ragazzi e studenti delle scuole superiori.

Ed è centro interno autorizzato per le certificazioni della University of Cambridge e prepara per gli esami internazionali IELTS e Toefl.



**UNIVERSITY of CAMBRIDGE**  
ESOL Examinations

Authorised Centre



Chiamaci per avere maggiori informazioni e per prenotare un test di livello (gratuito e senza impegno) per sapere quale tipo di corso fa per te.

La British School è aperta dal Lun al Ven, 9.00-21.00, e il sabato, 10.00-13.00.

La scuola si trova sotto le Due Torri, in via Zamboni 1, **tel. 051-226027**.

## • "Riceviamo e rispondiamo"

**D: L'erogazione di un intervento assistenziale infermieristico, occasionale, richiede l'iscrizione alla Cassa di Previdenza ENPAPI?**

*R: In nessun caso, fatta eccezione per le prestazioni occasionali, svolte da Professionisti Infermieri, che effettuino contestualmente prestazioni libero - professionali, comunque denominate, per le quali si procede all'assoggettamento previdenziale.*

**D: Quale attività di carattere professionale infermieristico svolta da**

**un dipendente del Servizio Sanitario Pubblico a tempo pieno richiede l'iscrizione alla Cassa di Previdenza ENPAPI?**

*R: Tutto ciò che costituisce reddito di natura professionale (docenza, consulenza,...), che sia di durata superiore a 30gg nell'anno solare con lo stesso committente o comunque superiore ad euro 5000,00 annui (quindi anche da più committenti), costituisce un secondo reddito pensionabile.*

*Pertanto su detto introito, vanno versati sia il contributo soggettivo che quello integrativo, esclusivamente alla Cassa di Previdenza ENPAPI.*

• **Costituzione Ufficiale  
del Coordinamento  
Regionale dei Collegi  
IPASVI della Regione  
Emilia-Romagna**

In riferimento all'art. 1 e seguenti del Regolamento costitutivo del Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI, emanato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI e approvato dal Consiglio Nazionale il 21 Marzo 2011, si comunica che in data 02 Maggio 2011 è stato costituito, in Bologna, il Coordinamento dei Collegi IPASVI dell'Emilia-Romagna.

Si riportano le cariche assunte:

Presidente:

**Dott.ssa Maria Grazia Bedetti**

*Presidente Collegio IPASVI Bologna*

Vicepresidente:

**Dott.ssa Paola Siri**

*Presidente Collegio IPASVI Parma*

Tesoriere:

**Signor Sandro Arnofi**

*Presidente Collegio IPASVI Ferrara*

Segretaria:

**Signora Stefania Baroni**

*Presidente Collegio IPASVI Ravenna*

REVISORI DEI CONTI EFFETTIVI

1. **Buonocore Maria**

*Collegio IPASVI Modena*

2. **Ferri Cleopatra**

*Collegio IPASVI Bologna*

3. **Manzari Emanuela**

*Collegio IPASVI Ravenna*

REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE

1. **Bendanti Daniela**

*Collegio IPASVI Bologna*

**Equitalia centro: nuovo agente riscossione  
della provincia di Bologna**

Si comunica agli iscritti che in data 30 giugno 2011 Equitalia Centro SpA ha acquisito il ramo d'azienda di Bologna della società Equitalia Polis SpA, assumendone i diritti e gli obblighi per la provincia di Bologna e proseguendo nei relativi rapporti, anche processuali, anteriori alla cessazione; pertanto Equitalia Centro SpA è il nuovo agente della riscossione per la Provincia di Bologna. Equitalia Centro SpA fa sapere che ha messo al servizio del cittadino un nuo-

vo call center 800236876 da fisso e 06/72277020 da mobile.

Nella tabella seguente si ricordano agli iscritti le sedi ed orari di apertura di Equitalia Centro e le modalità di pagamento degli avvisi di pagamento della quota annuale entro la data di scadenza della stessa.

I riferimenti sono validi anche per le SOLE cartelle esattoriali EMESSE DA EQUITALIA CENTRO (e dall'ex ramo di Bologna di Equitalia Polis spa)

Sportello	Indirizzo	Giorni della settimana	Orario	Note
BOLOGNA	Via A. Tiarini, 37	Lunedì Martedì Mercoledì Venerdì	dalle 8:25 alle 13:25	///
BOLOGNA	Via A. Tiarini, 37	Giovedì	dalle 8:25 alle 13:25 e dalle 14:20 alle 15:45	///
AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO DI BOLOGNA 2	Via P. N. Costa, 28	Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì	dalle 8:45 alle 12:45	Sportello NO CASH: i pagamenti sono accettati solo con bancomat o con assegno circolare
AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO DI BOLOGNA 3	Via Larga, 35	Martedì Giovedì	dalle 8:45 alle 12:45	Sportello NO CASH: i pagamenti sono accettati solo con bancomat o con assegno circolare

Modalità di pagamento	Note
CONTANTI	Per importi non superiori a quelli previsti dalla normativa antiriciclaggio attualmente pari ad € 4.999,99
ASSEGNO CIRCOLARE	Non Trasferibile e intestato a: Equitalia Centro S.p.A.
BOLLETTINO POSTALE	Modello F35 sul c/postale N. 20299335 intestato ad EQUITALIA CENTRO SPA (in questo caso si prega di inviare copia della quietanza via fax al n. 051-6138820). Qualora il debito sia composto da più cartelle esattoriali, dovranno essere compilati tanti bollettini F35 quante sono le cartelle in pagamento seguendo le istruzioni di compilazione riportate sul retro del bollettino stesso.
BONIFICO BANCARIO NAZIONALE	Con valuta fissa per il beneficiario e con causale il numero della/e cartella/e- IBAN IT 55 I 07601 02000 0000 20299335. E' tassativamente richiesto, qualora venga utilizzata questa modalità di pagamento, di trasmettere via mail a: segreteria.bo@equitaliacentro.it copia della contabile di accredito, specifica del codice fiscale del contribuente e delle cartelle in pagamento.
BONIFICO BANCARIO INTERNAZIONALE	Con valuta fissa per il beneficiario e con causale il numero della/e cartella/e- IBAN IT IT 28 R 06385 02427 1000 00019342. E' tassativamente richiesto, qualora venga utilizzata questa modalità di pagamento, di trasmettere via mail a: segreteria.bo@equitaliacentro.it copia della contabile di accredito, specifica del codice fiscale del contribuente e delle cartelle in pagamento.



• **La polizza IPASVI a protezione dei dirigenti infermieristici e dei coordinatori infermieristici**

La Federazione Nazionale IPASVI ha attivato una nuova Convenzione Assicurativa, insieme alla Willis Italia SpA, volta a garantire la Responsabilità Patrimoniale per colpa grave. Questa garanzia è particolarmente utile per chi si trova in posizioni apicali e, quindi, più soggetto a rischi patrimoniali (intendendosi, per tali, i pregiudizi economici che possono cagionare un pregiudizio economico all'ente di appartenenza che non derivi da un danno cagionato ai pazienti o a cose) piuttosto che materiali (i rischi garantiti dalle normali polizze di RC Professionale).

E' pertanto consigliata ai Dirigenti e ai Coordinatori Infermieristici.

La Polizza stipulata con la Lloyd's, ha una **retroattività di 2 anni, una ul-  
trattività di 2 anni** e un costo pari a: **Euro 100** Massimale singolo/aggregato: € 500.000

**Euro 118** Massimale singolo/aggregato: € 1.000.000

Massimale in aggregato: € 5.000.000,00 per la convenzione

Massimale per corresponsabilità: € 2.500.000,00 per la convenzione

**La convenzione assicurativa comprende:**

- la responsabilità amministrativa e contabile per danni patrimoniali cagionati all'Ente di appartenenza, allo Stato, alla Pubblica Amministrazione in genere, in conseguenza di atti, fatti od omissioni di cui debba rispondere a norma di legge e per effetto di decisioni della Corte dei Conti, nell'esercizio delle sue mansioni, incarichi, funzioni e/o cariche istituzionali, nonché in conseguenza dell'attività di gestione di valori e beni appartenenti alla Pubblica Amministrazione in qualità (giuridica o di fatto) di agenti contabili e/o consegnatari;
- le somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare per effetto di decisioni di qualunque organo di giustizia civile o amministrativa dello Stato, e quindi le perdite patrimoniali cagionate a terzi in relazione a atti, fatti o omissioni commessi con colpa grave.

**Gestione delle vertenze di danno - Spese legali:**

L'Assicuratore assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato con l'assenso dello stesso.

Sono a carico dell'Assicuratore le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite pari al quarto del massimale di polizza.

L'Assicuratore non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati.

Sono escluse le spese legali sostenute per i procedimenti dinnanzi al Tribunale Amministrativo Regionale, salvo che per la parte relativa alle pretese di risarcimento del danno.

Rimangono comprese le spese sostenute dall'Assicurato per i procedimenti dinnanzi alla Corte dei Conti.

**Per aderire è sufficiente compilare il questionario (la copertura, come evidenziato nel modulo di adesione, è soggetta, in caso di disdetta di polizza precedente o in caso di presenza di sinistri, all'autorizzazione dell'assicuratore) ed effettuare il pagamento del premio indirizzando la documentazione a Willis.**

Le **modalità di adesione e la documentazione** sono scaricabili dal sito **www.ipasvi.it** o si possono ottenere contattando il **n. verde 800.637709** oppure inviando una mail all'indirizzo **it\_affinity@willis.com** o un **fax** di richiesta informazioni al **n. 011.2443464**



**NORMATIVA**

**MINISTERO DELLA SALUTE  
Decreto 16 dicembre 2010**

• **Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali.**

*(G.U. Serie Generale n. 90 del 19 aprile 2011)*

**IL MINISTRO DELLA SALUTE**

Vista la legge 18 giugno 2009, n. 69, recante disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, nonché in materia di processo civile ed in particolare l'art. 11, recante delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti;

Visto il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, recante «Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69»;

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 2, lettera a), punto 4, ai sensi del quale la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio di competenza, si espleta anche attraverso la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta;

Visto che, ai sensi del citato punto 4), possono essere svolte presso la farmacia ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province

autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'art. 2, comma 1, lettera b), punto 5), del citato decreto legislativo n. 153 del 2009, che prevede che all'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è aggiunta, dopo la lettera c), la seguente lettera c-bis: «c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» e successive modificazioni;

Vista la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante «Disposizioni in materia di professioni sanitarie»;

Vista la legge 10 agosto 2000, n. 251, recante «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica»;

Vista la legge 2 febbraio 2006, n. 43, recante «Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739, recante «Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 741, recante «Regolamento concernente l'in-

individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista»;

Visto il decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica del 27 luglio 2000, sull'equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base;

Visto il decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica del 27 luglio 2000, concernente l'equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base;

Ritenuto di disciplinare in maniera organica le modalità che, nel rispetto della vigente normativa, dovranno essere osservate dalle farmacie ai fini dell'erogazione dei servizi di cui sopra;

Sentite la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani, la Federazione Nazionale dei Collegi I.P.A.S.V.I., l'Associazione Italiana Fisioterapisti e la Federazione Italiana Fisioterapisti;

Acquisito il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 18 novembre 2010;

Decreta:

#### **Art. 1 Operatori abilitati**

1. L'erogazione dei servizi di cui al presente decreto può essere effettuata esclusivamente dagli infermieri e dai fisioterapisti, in possesso di titolo abilitante ai sensi della vigente normativa, ed iscritti al relativo Collegio professionale laddove esistente.
2. Il farmacista titolare o direttore è tenuto ad accertare, sotto la propria responsabilità, il possesso dei requisiti di cui al comma 1, avvalendosi, laddove necessario, degli Ordini provinciali dei medici, dei Collegi provinciali degli infermieri e delle associazioni maggiormente rappresentative dei fisioterapisti così come individuate dal Ministero della salute.
3. Le attività erogate presso le farmacie e a domicilio del pazien-

te devono essere effettuate dai professionisti sanitari di cui al presente decreto nel rispetto dei propri profili professionali, con il coordinamento organizzativo e gestionale del farmacista titolare o direttore.

#### **Art. 2**

##### **Regime delle prestazioni**

1. Le prestazioni di cui al presente decreto possono essere erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito degli specifici accordi regionali di cui al successivo art. 5, sotto la vigilanza dei preposti organi regionali, in farmacia, previa prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, fermo restando che eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

#### **Art. 3**

##### **Prestazioni erogabili dagli infermieri**

1. Su prescrizione del medico, alle condizioni di cui all'art. 2, l'infermiere, all'interno della farmacia, provvede alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.
2. Ai sensi del decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994 n.739, per l'espletamento delle funzioni di cui al comma 1, l'infermiere può avvalersi del supporto di operatori socio-sanitari, ove operanti presso la farmacia.
3. Nell'ambito delle competenze del proprio profilo professionale, sono altresì erogabili dagli infermieri presso le farmacie, anche tramite il supporto del personale di cui al comma 2, le seguenti prestazioni:
  - a) supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;
  - b) effettuazione di medicazioni e di cicli iniettivi intramuscolo;
  - c) attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulting, anche personalizzato;
  - d) iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie.
4. Sono erogabili dagli infermieri, a domicilio del paziente, nell'ambito degli specifici accordi regionali di cui al successivo art. 5, le prestazioni, rientranti nelle competenze

del proprio profilo professionale, prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, oltre che da medici chirurghi appartenenti ad altre discipline, che ritengano di avvalersi utilmente dei servizi erogabili dalle farmacie.

- Su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, alle condizioni di cui all'art. 2, nonché nel rispetto della normativa vigente, l'infermiere può erogare sia all'interno della farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale. Inoltre, a domicilio del paziente, gli infermieri partecipano ad iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali. Le predette attività possono essere svolte esclusivamente laddove previste nell'ambito delle linee guida tecnico-sanitarie approvate dalle Regioni. Gli infermieri intervengono altresì d'urgenza, oltre che per il supporto all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, anche nelle situazioni igienico sanitarie d'urgenza previste dal profilo professionale di appartenenza.

#### Art. 4

##### **Prestazioni erogabili dai fisioterapisti**

- Su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, alle condizioni di cui all'art. 2, il fisioterapista può erogare all'interno della farmacia ed a domicilio del paziente, e nei limiti di cui al decreto del Ministro della sanità n. 741 del 1994, le seguenti prestazioni professionali:
  - definizione del programma prestazionale per gli aspetti di propria competenza, volto alla prevenzione, all'individuazione ed al superamento del bisogno riabilitativo;
  - attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psico motorie e cognitive e viscerali utilizzando terapie manuali, massoterapiche ed occupazionali;
  - verifica delle rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.
- La farmacia, nell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, deve rispettare tutti gli specifici requisiti relativi ai settori professionali, sa-

nitari e tecnico - strutturali previsti per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1 dalla normativa statale, regionale e comunale vigente, nell'ambito dei precedenti settori.

#### Art. 5

##### **Remunerazione dei nuovi servizi e requisiti minimi**

- L'accordo collettivo nazionale di cui all'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni, fissa i principi ed i criteri per la determinazione della remunerazione, da parte del servizio sanitario nazionale, dei nuovi servizi di cui al presente decreto, da applicarsi nei correlati accordi di livello regionale.
- L'accordo nazionale definisce, altresì, i principi ed i criteri in base ai quali i correlati accordi regionali fissano i requisiti minimi di idoneità dei locali nel cui ambito le prestazioni sono erogate.
- Fino all'entrata in vigore degli accordi regionali, i requisiti minimi dei locali sono quelli che le vigenti disposizioni di legge stabiliscono per lo svolgimento di attività infermieristiche e fisioterapiche.
- Le prestazioni di cui al presente decreto sono da intendersi effettuabili nel rispetto di quanto previsto dalle specifiche competenze professionali e nell'ambito dei connessi profili di responsabilità.
- L'attivazione e l'effettuazione dei nuovi servizi di cui al presente decreto non può comportare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153.

#### Art. 6

##### **Entrata in vigore**

- Le disposizioni del presente decreto sono da intendersi applicabili nelle singole Regioni in coerenza, nell'ambito e nei limiti degli accordi regionali correlati all'accordo collettivo nazionale di cui all'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni, e delle disposizioni legislative regionali in materia.
- Il presente decreto, che sarà trasmesso alla Corte dei Conti per la registrazione, entra in vigore il quindicesimo giorno successivo alla data della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 16 dicembre 2010

*Il Ministro: Fazio*

## FORMAZIONE

Nelle pagine seguenti sono descritti i corsi di formazione continua ECM tenuti nel II trimestre 2011 dal Collegio IPASVI di Bologna.

*Si invita a partecipare.*

### **1 - "Prendersi cura delle persone assistite"**

*Pag. 15*

### **2 - "Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica" 2ª Edizione 2011**

*Pag. 17*

### **3 - "Basic Life Support Defibrillation (BLS-D)" II Edizione**

*Pag. 19*

### **4 - "Oltre Le emozioni e le ragioni nell'assistere. Corso di approfondimento per lo sviluppo delle competenze comunicativo-relazionali"**

*Pag. 21*

### **5 - "Terapia Farmacologica in sicurezza" 2ª Edizione 2011**

*Pag. 23*

### **6 - "Le tecniche non farmacologiche per il dolore del bambino" 2ª Edizione 2011**

*Pag. 25*

### **7 - "Il Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica: approfondimenti e sviluppi di riflessività professionale"**

*Pag. 27*

### **8 - "Educazione terapeutica del malato e della sua famiglia" 2ª Edizione 2011**

*Pag. 29*

### **9 - "Dono di cellule, tessuti, organi"**

*Pag. 31*

### **Scheda d'iscrizione**

*Pag. 33*

### **"Assistere, sostenere e donare il sorriso" (1° annuncio)**

*Pag. 35*

1

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

**in collaborazione con il Comitato Consultivo Misto di:  
Azienda USL di Bologna – Azienda Ospedaliera Policlinico Sant’Orsola-Malpighi  
Istituto Ortopedico Rizzoli**

***“Prendersi cura delle persone assistite”***

**26 Settembre 2011**

**Orario 14.00-18.30**

**Aula Magna Nuove Patologie - Ospedale Sant’Orsola-Malpighi**

**Obiettivi specifici:**

- Affermare la centralità della persona nel sistema delle cure sanitarie.
- Riflettere sui valori della persona, come tale ed agire sempre in base ai principi etici che ispirano il proprio mandato professionale, nel contesto del Codice Deontologico.

**PROGRAMMA**

<b>DATA</b> <b>26 settembre 2011</b>	<b>CONTENUTI</b>
Ore 14.00-14.30	Apertura del seminario Dott.ssa Maria Grazia Bedetti Dott.ssa Rosalba Casetti
Ore 14.30-15.30	“I valori della cura” Docente: “ Prof.ssa Maria Paola Landini
Ore 15.30-16.30	“Il dolore globale” Docente Dott.ssa Assunta Zito
Ore 16.30-16.50	Intervallo
Ore 16.50-17.50	“Accanto al malato: guida e sostegno” – Dott.ssa Giuliana Masera
Ore 17.50-18.15	Discussione
Ore 18.15-18.30	Compilazione questionario di valutazione Chiusura del Seminario e consegna attestato di partecipazione

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docenti:**

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti, Dott.ssa Rosalba Casetti, Prof.ssa Maria Paola Landini, Dott.ssa Giuliana Masera, Dott.ssa Assunta Zito.

Continua pag. 16 →

**Metodi di lavoro:**

- lezioni frontali
- discussioni interattive

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

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

**Posti disponibili:**

n. 400

**Sede del corso:**

Aula Magna - Padiglione 5 "Nuove Patologie"

Policlinico S.Orsola-Malpighi - Bologna

L'Aula Magna è facilmente raggiungibile dall'ingresso di via Albertoni

**Modalità di partecipazione:**

**La partecipazione al Seminario di formazione ECM: "Prendersi cura delle persone assistite"** 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:**

€ 20,00 compreso kit, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

**Durata del corso: ore 4****Crediti previsti:**

**n. 1 per i partecipanti sempre presenti**

**Preiscrizioni e iscrizioni:**

**dal 08 settembre 2011**

**al 22 settembre 2011**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)), debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



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

***“Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica”  
2ª Edizione 2011***

**Obiettivi:**

- Conoscere la pratica narrativa e approfondirla nella realtà infermieristica;
- Valorizzare il rapporto persona assistita – infermiere;
- Migliorare la comunicazione interprofessionale nel proprio contesto lavorativo;
- Sviluppare una riflessione sui temi di natura etica ed esistenziale in ambito sanitario.

**PROGRAMMA**

DATE E ORARI	CONTENUTI
<b>03 ottobre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- Il laboratorio di medicina narrativa: significati e scopi Docente: Dott. Stefano Benini
<b>10 ottobre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- La scrittura clinica finalizzata alla riflessione personale sulla propria esperienza Docente: Dott. Stefano Benini
<b>17 ottobre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- Formarsi continuamente sulla base degli aspetti significativi vissuti, narrati e condivisi dal gruppo professionale Docente: Dott. Stefano Benini
<b>24 ottobre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- Dalla scrittura al vissuto con il malato, i colleghi, le persone di riferimento del malato ed il significato di malattia Docente: Dott. Stefano Benini
<b>31 ottobre 2011</b> Ore 14.30 – 18.00	- Dalla scrittura alla riflessione su se stessi e sull’“altro” Docente: Dott. Stefano Benini
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docente:**

- Dott. Stefano Benini

**Metodi di lavoro:**

- Metodologia interattiva
- Esercitazione
- Role playing
- Tecniche compositive
- Lavoro di gruppo

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

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

**Posti disponibili:**

n. 20

**Sede del corso:**

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

**Modalità di partecipazione:**

La partecipazione al Corso di formazione ECM: "**Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica**" 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.

**Durata del corso:**

ore 20

**Crediti previsti:****N. 30 per i partecipanti sempre presenti****Iscrizioni:****dall'8 settembre 2011  
al 28 settembre 2011****MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

**3**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

***“Basic Life Support Defibrillation (BLS-D)”  
II Edizione***

**Obiettivi generali:**

- Saper riconoscere l'arresto cardiocircolatorio.
- Acquisire e schematizzare le conoscenze relative al trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico secondo le linee guida Italian Resuscitation Council.
- Saper gestire un'équipe di soccorso in caso di arresto cardiocircolatorio.
- Saper mettere in atto i protocolli delle manovre per il trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico.
- Acquisire capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche.

**PROGRAMMA**

<b>DATE E ORARI</b>	<b>CONTENUTI</b>
<b>7 Ottobre 2011</b>	
Ore 08.30 – 09.00	Registrazione partecipanti
Ore 09.00 – 10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fondamenti del BLS e della defibrillazione semiautomatica precoce;</li> <li>• Fasi del BLS;</li> <li>• Efficacia e sicurezza delle manovre di rianimazione cardiopolmonare e di defibrillazione;</li> <li>• Algoritmi di intervento;</li> <li>• Soccorso in caso di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo.</li> </ul>
Ore 10.00 – 10.15	Dimostrazione sequenza BLS-D con DAE disponibile in arresto non testimoniato.
Ore 10.15 – 13.00	Addestramento a gruppi; Fase A: valutazione della coscienza e apertura delle vie aeree; Fase B/C: valutazione del respiro, del polso e dei segni di circolo, compressioni toraciche e ventilazioni con pallone autoespandibile; Fase D: applicazione delle piastre del DAE e avvio della sequenza in sicurezza.
Ore 13.00 – 14.00	Intervallo
Ore 14.00 – 15.30	Addestramento a gruppi con Heimlich, PLS e presidi aggiuntivi (canula di Guedel e pocket – mask); Sequenza BLS-D con ritmo defibrillabile; Sequenza BLS-D con ritmo non defibrillabile; Sequenza BLS-D a due soccorritori con DAE non immediatamente disponibile.
Ore 15.30 – 16.00	Test teorico
Ore 16.00 – 17.15	Skill test (soccorritori con DAE disponibile in arresto non testimoniato).
Ore 17.15 – 17.30	Test di gradimento e conclusione del corso

Continua pag. 20 →

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docenti:**

Dott. De Padova Leonardo (Direttore)  
Sig. Bini Simone (Istruttore)  
Sig. Cozzi Matteo (Istruttore)  
Sig. D'Amico Stefano (Istruttore)  
Sig. Sapuppo Francesco (Istruttore)

**Metodi di lavoro:**

- lezioni frontali
- dimostrazioni pratiche
- esercitazioni

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

- lavagna luminosa
- lavagna a fogli mobili
- personal computer
- videoproiettore
- manichini e dispositivi per la rianimazione.

**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 ECM: **“Basic Life Support Defibrillation (BLS-D)”** 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:**

€ **80,00** compreso kit, manuale IRC, bibliografia e ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

**Durata del corso:** ore 8**Crediti previsti:**

**N. 12 per i partecipanti sempre presenti**

**Preiscrizioni e iscrizioni:**

**dall'8 settembre 2011 al 03 ottobre 2011**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 in orario d'ufficio (lun-merc 9.00-12.00, mart-gioven 14.00-17.00).

**Il pagamento del corso deve essere effettuato entro e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)), debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio tramite fax** al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



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

***“Oltre Le emozioni e le ragioni nell’assistere.  
Corso di approfondimento per lo sviluppo  
delle competenze comunicativo-relazionali”***

In ambito infermieristico è forte la consapevolezza che la sola cura della salute/malattia non sia sufficiente: per andare in direzione di una reale umanizzazione dell’assistenza sanitaria occorre andare oltre l’idea di “aggiustare ciò che si è rotto” per prendersi cura della persona nella sua globalità. Questo passaggio richiede tempo, ma soprattutto competenze: non solo tecniche, che rimangono fondamentali, ma anche comunicative, educative e relazionali. Per agevolare l’acquisizione di queste competenze, a fianco di una riflessione critica sui processi individuali di costruzione delle conoscenze e di alfabetizzazione alle emozioni, è opportuno utilizzare alcune tecniche di sperimentazione diretta, affinché i professionisti della cura si mettano in gioco in prima persona nella scoperta dei propri “bagagli comunicativi”.

**ATTENZIONE. Il corso è rivolto solo a coloro che hanno già frequentato il corso “Le emozioni e le ragioni nell’assistere”**

**Obiettivi:**

Il corso desidera approfondire le tematiche già affrontate nel corso “Le emozioni e le ragioni nell’assistere” e sviluppare ulteriori strumenti per potenziare le competenze educative, comunicative e relazionali in ambito infermieristico.

Nello specifico si individuano alcune direzioni formative volte a promuovere:

- Maggiore consapevolezza rispetto alle proprie competenze comunicativo-relazionali in riferimento a: a) propria immagine corporea, b) modalità percettive, c) focus di attenzione, d) tendenze comunicative, e) atteggiamenti di fronte al conflitto e alle problematiche relazionali;
- Maggiore coscienza dei bisogni individuali (come sicurezza, riconoscimento, conferma, coinvolgimento, etc..)
- Conoscenza del processo di costruzione delle rappresentazioni di sé e degli altri, del proprio spazio personale, dei ruoli occupati nei confronti della vita;
- Incremento delle competenze di decentramento di sé e delle capacità di mediazione.

**PROGRAMMA**

DATE E ORARI	CONTENUTI
<b>12 ottobre 2011</b> Ore 9.00 – 17.00	- Approfondimento delle competenze comunicativo-relazionali Docente: Dott.ssa Silvia Demozzi
<b>19 ottobre 2011</b> Ore 9.00 – 17.00	- La gestione delle emozioni nella pratica assistenziale Docente: Dott.ssa Silvia Demozzi
<b>26 ottobre 2011</b> Ore 9.00 – 17.00	- La risoluzione dei conflitti in ambito infermieristico Docente: Dott.ssa Silvia Demozzi
Ore 17.00 – 17.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docente:**

Dott.ssa Silvia Demozzi, Dottore di ricerca e Assegnista in Pedagogia presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Università degli Studi di Bologna e Vice- Presidente dell'Associazione Krila Teatro dell'Oppresso.

**Tutor:** Dott. Stefano Benini

**Metodi di lavoro:**

Accanto ai contenuti teorici in tema di dinamiche educative, comunicative e relazionali in ambito infermieristico, verranno proposte esercitazioni e tecniche mutuare dal contesto teatrale, facendo riferimento, nello specifico, al modello pedagogico del Teatro dell'Oppresso. Il Laboratorio si caratterizza per la forte interattività, chiedendo a ciascun corsista di partecipare attivamente, sia in forma individuale che di gruppo, alle attività proposte che tenderanno a potenziare, prioritariamente, l'uso del linguaggio non verbale.

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

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

**Posti disponibili:** n. 20

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

**Modalità di partecipazione:**

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **"Oltre Le emozioni e le ragioni nell'assistere. Corso di approfondimento per lo sviluppo delle competenze comunicativo-relazionali"** 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 che hanno già frequentato il corso "Le emozioni e le ragioni nell'assistere".

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

**Durata del corso:** ore 21

**Crediti previsti:**

**N. 31 per i partecipanti sempre presenti**

**Iscrizioni:**

**dall'8 settembre 2011 al 7 ottobre 2011**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**Il corso è rivolto solo a coloro che hanno frequentato il corso "Le emozioni e le ragioni nell'assistere"**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

**5**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

***“Terapia Farmacologica in sicurezza”  
2<sup>a</sup> Edizione 2011***

**Obiettivi generali:**

- Analizzare gli aspetti legati al processo di prescrizione e somministrazione farmacologica.
- Valutare le responsabilità professionali per assicurare una terapia farmacologica in sicurezza.

**PROGRAMMA**

DATE E ORARI	CONTENUTI
<b>20 Ottobre 2011</b>  Ore 15.00 – 18.00	Ricognizione e adesione alla terapia; Prescrizione (verbale, al bisogno, per protocolli, off label, placebo).  Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
<b>21 Ottobre 2011</b>  Ore 15.00 – 18.00	Riconciliazione; Foglio unico di terapia.  Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
<b>22 Ottobre 2011</b>  Ore 8.30 – 12.00	Preparazione e somministrazione; Scheda personale di terapia.  Docente: Dott.ssa Gabriella Negrini
Ore 12.00 – 12.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docente:**

- Dott.ssa Gabriella Negrini, Dirigente Struttura Complessa di Direzione Medica AUSL Bologna

**Metodi di lavoro:**

- lezioni frontali
- discussione interattiva

**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: **“Terapia Farmacologica in sicurezza”** 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 10**Crediti previsti:****N. 12 per i partecipanti sempre presenti****Preiscrizioni e iscrizioni:****dall'8 settembre 2011  
al 14 ottobre 2011****MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)), debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



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

***“Le tecniche non farmacologiche per il dolore del bambino”  
2ª Edizione 2011***

**Obiettivi generali:**

Applicare le tecniche non farmacologiche, sperimentare le tecniche di rilassamento, visualizzazione, desensibilizzazione, conoscerne gli aspetti psicologici di base.

**PROGRAMMA**

<b>DATA</b> <b>07 novembre 2011</b>	<b>CONTENUTI</b>
Ore 08.30	Registrazione dei partecipanti.
Ore 09.00	Introduzione e presentazione dei lavori della giornata.
Ore 09.30	Proiezione video “No fears no tears” – brainstorming e discussione.
Ore 10.15	Approfondimento teorico: le tecniche non farmacologiche principi di base e fondamenti psicologici.
Ore 10.45	Pausa
Ore 11.00	- Esperienza di rilassamento di gruppo.
Ore 11.15	Sessione pratica: - Esercizi di respirazione e rilassamento: aspetti teorici e dimostrazione pratica; - Lavoro di gruppo a coppie.
Ore 13.00	Intervallo
Ore 14.00	Il ruolo dei genitori nell’uso delle tecniche non farmacologiche e aspetti di relazione e comunicazione in terapia del dolore. Lezione teorico - pratica.
Ore 14.45	Sessione pratica: - La tecnica del guanto magico (lezione frontale - dimostrazione pratica - proiezione video - lavoro di gruppo a coppie).
Ore 15.30	- L’uso delle bolle di sapone per il dolore da prelievo – proiezione video.
Ore 16.00	Pausa
Ore 16.15	Sessione pratica: - Simulazione sull’uso delle tecniche non farmacologiche.
Ore 17.30	Feedback sul corso
Ore 17.45	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione
Ore 18.00	Chiusura del corso

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docenti:**

Dottorssa Simona Caprilli, Servizio di Terapia del dolore & Cure Palliative - Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer - Firenze

**Metodi di lavoro:**

- Esercitazioni
- Videoproiezioni
- Lezioni frontali
- Discussioni interattive

**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: **“Le tecniche non farmacologiche per il dolore del bambino”** 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 8****Crediti previsti:**

**N. 9 per i partecipanti sempre presenti**

**Preiscrizioni e iscrizioni:**

**dall'8 settembre 2011**

**al 03 novembre 2011.**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)), debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



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

***“Il Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica:  
approfondimenti e sviluppi di riflessività professionale”***

Il presente laboratorio intende approfondire alcune tematiche presentate nel corso del Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica.

Attraverso la tecnica della narrazione utilizzato come strumento formativo, verranno attivati nuovi percorsi di riflessione sulla propria pratica professionale per portare a sviluppo il percorso di “educazione alla relazione interpersonale” avviato nella prima fase del laboratorio.

Verranno presentati esercizi di scrittura e narrazione per aiutare i partecipanti a sviluppare la propria capacità di *comprendere l’esperienza di malattia* della persona assistita e la *complessità* del proprio esercizio professionale, al fine di diventare un professionista in grado di *riflettere sempre più su se stesso*. Verranno altresì esplorati i presupposti teorico-metodologici propri della medicina narrativa e della scrittura clinica.

**ATTENZIONE: Il corso è rivolto solo a coloro che hanno già frequentato il corso “Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica”**

**Obiettivi:**

- Approfondire pratiche ed esercizi di medicina narrativa e scrittura clinica;
- Valorizzare il rapporto assistito-infermiere attraverso il confronto delle esperienze professionali condivise dai partecipanti;
- Mettere in luce buone prassi di assistenza infermieristica nella quotidianità e nella relazionalità sanitaria;
- Sviluppare una riflessione sui grandi temi ricorrenti, di natura etica ed esistenziale, in ambito sanitario;
- Promuovere un confronto esperienziale tra i partecipanti del laboratorio;
- Approfondire i saperi teorico-metodologici della medicina narrativa e scrittura clinica.

**PROGRAMMA**

DATE E ORARI	CONTENUTI
<b>17 novembre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- Approfondimenti di medicina narrativa. Docente: Dott. Stefano Benini
<b>21 novembre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- Approfondimenti di medicina narrativa. Docente: Dott. Stefano Benini
<b>28 novembre 2011</b> Ore 14.30 – 18.30	- Gli strumenti teorico-metodologici della medicina narrativa e scrittura clinica. Docente: Dott. Stefano Benini
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione.

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docente:**

Dott. Stefano Benini – Dottorando di Pedagogia all’Università degli Studi di Bologna

**Metodi di lavoro:**

- Metodologia interattiva
- Esercitazione
- Role playing
- Tecniche compositive
- Lavoro di gruppo

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

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

**Posti disponibili:**

n. 20

**Sede del corso:**

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

**Modalità di partecipazione:**

La partecipazione al Corso di formazione ECM: "**Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica**" 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 che hanno già frequentato il corso "Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica".

**Quota di iscrizione:**

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

**Durata del corso:**

ore 12

**Crediti previsti:**

**N. 18 per i partecipanti sempre presenti**

**Iscrizioni:**

**dal 24 ottobre 2011  
al 11 novembre 2011**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**Il corso è rivolto solo a coloro che hanno frequentato il corso " Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica"**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



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

***“Educazione terapeutica del malato e della sua famiglia”  
2ª Edizione 2011***

**Obiettivi generali:**

L'attività educativa è uno degli strumenti principali per favorire il passaggio culturale verso una responsabilizzazione diretta delle persone per la salute propria e collettiva.

Un fattore cruciale però, risiede nella oggettiva difficoltà di attuare l'attività educativa in campo sanitario. Si tratta in ogni caso di costruire progetti personalizzati per persone con i loro vissuti strutturati; progetti che tengano conto anche dei loro contesti familiari e di vita.

Gli infermieri sono estremamente coinvolti nei processi educativi. Tutta la loro attività riveste almeno una parte di educazione alla salute delle persone. L'incidenza sui benefici che possono derivare dalla qualità di questa attività è dunque elevatissima.

Ancora più evidente risulta l'importanza dell'attività educativa se si riflette sulla natura delle professionalità dell'assistenza, che si prendono cura della globalità della persona e del recupero e valorizzazione di tutta la sua autonomia, fosse anche residua.

Si comprende bene, allora, quanto sia urgente e prioritario per l'assistenza infermieristica ricercare e dotarsi di strumenti e metodi sistematici che consentano di assumere l'attività educativa come parte integrante e riconosciuta dell'assistenza alle persone. Strumenti e metodi che, raccolti ed analizzati, consentano di valutare le variazioni di salute prodotte da un rapporto educativo rispetto ad un'attività semplicemente esecutiva.

**Obiettivi specifici:**

- Al termine del corso i partecipanti saranno in grado di:
- Definire i contenuti, l'ambito operativo e gli scopi dell'educazione terapeutica;
- Esaminare l'impatto strategico ed innovativo dell'educazione terapeutica rispetto al contesto assistenziale;
- Definire il ruolo della motivazione nel cambiamento dei comportamenti di salute dei malati;
- Descrivere le cause che determinano una mancata compliance;
- Scegliere le modalità di coinvolgimento attivo del paziente e dei care givers;
- Utilizzare l'approccio sistemico nell'educazione terapeutica.

**PROGRAMMA**

<b>DATE E ORARI</b>	<b>CONTENUTI</b>
<b>22 Novembre 2011</b>	
Ore 09 .00 – 09.45	Accoglienza e autopresentazione.
Ore 09.45 – 11.15	Analisi delle problematiche comunicative e relazionali più sentite dai professionisti sanitari presenti.
Ore 11.15 – 11.30	Pausa
Ore 11.30 – 12.30	Educazione, informazione e comunicazione: differenze e punti di contatto.
Ore 12.30 – 13.00	Influenza delle rappresentazioni mentali nel comportamento e nelle relazioni umane.
Ore 13.00 – 13.30	Intervallo
Ore 13.30 – 15.30	Gestire le responsabilità e scelte di cura “con il malato”.
Ore 15.30 – 17.00	Esplorare rappresentazioni, emozioni e conoscenze con la carta semantica.... (lavoro a piccoli gruppi).

**Docenti:** Dott. Renzo Marcolongo, Dott. Leopoldo Bonadiman

**Metodi di lavoro:**

- lezioni frontali
- discussione collegiale guidata dall'esperto sull'esperienza degli operatori
- lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con l'esperto

Continua pag. 30 →

DATE E ORARI <b>23 Novembre 2011</b>	CONTENUTI
Ore 09 .00 – 09.15	Presentazione docenti.
Ore 09.15 – 10.30	L'approccio sistemico applicato all'educazione terapeutica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosi educativa;</li> <li>• Contratto di sicurezza;</li> <li>• Analisi ASCID.</li> </ul>
Ore 10.30 – 10.45	Pausa
Ore 10.45 – 13.00	L'approccio sistemico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strumenti e metodi didattici;</li> <li>• Strategie educative;</li> <li>• Strumenti di valutazione.</li> </ul>
Ore 13.00 – 13.30	Intervallo
Ore 13.30 – 15.30	L'approccio sistemico nella progettazione degli interventi educativi (lavoro a piccoli gruppi).
Ore 15.30 – 17.00	Analisi e discussione degli elaborati.
Ore 17.00 – 17.30	Conclusioni e verifica di apprendimento sugli argomenti trattati.
Ore 17.30 – 18.00	Compilazioni questionario di valutazione e consegna attestato di partecipazione.

**Docenti:** Dott.ssa Elisa Rossato, Dott. Renzo Marcolongo.

**Metodi di lavoro:**

- lezioni frontali
- discussione collegiale guidata dall'esperto sull'esperienza degli operatori
- lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con l'esperto

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

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

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

**Posti disponibili:** n. 25

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

**Modalità di partecipazione:**

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“Educazione terapeutica del malato e della sua famiglia”** 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.

**Durata del corso:** ore 16

**Crediti previsti: N. 24 per i partecipanti sempre presenti**

**Preiscrizioni e iscrizioni:**

**dal 24 ottobre 2011 al 18 novembre 2011**

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)), debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**



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

***“Dono di cellule, tessuti, organi”***

**Obiettivi del Corso:**

- Fornire una rappresentazione sintetica dello stato dell'arte della discussione sui temi trattati, secondo un pluralità di punti di vista;
- Dare conto della disciplina vigente nel nostro Paese e fornire informazioni sulla gestione corrente.

**PROGRAMMA**

DATE E ORARI	CONTENUTI
<b>24 novembre 2011</b> Ore 15.00 – 18.00	- <u>“Materiali biologici umani</u> . Cosa sono, chi e come ne può disporre, quale importanza rivestono: criticità, questioni etiche, quadro normativo.
<b>25 novembre 2011</b> Ore 15.00 – 18.00	- <u>“Donazione da vivente</u> : didattica etico sui principi di ammissibilità (altruismo, solidarietà vs contratto, mercato). <u>Trapianti: panoramica sui molteplici rapporti della materia”</u>
<b>26 novembre 2011</b> Ore 08.30 – 12.00	- <u>“Accertamento della morte</u> : diatribe sui criteri, disciplina normativa. <u>Donazione da cadavere</u> : aspetti normativi e gestionali.
Ore 12.00 – 12.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

**Destinatari:**

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

**Docente:**

- Dott.ssa Gabriella Negrini, Dirigente Struttura Complessa di Direzione Medica AUSL Bologna – Direttore del Corso
- Dott. Alessandro Ronca

**Metodi di lavoro:**

- Lezioni frontali
- Discussione interattiva

**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: **“Dono di cellule, tessuti, organi”** 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 10

**Crediti previsti:****N. 12 per i partecipanti sempre presenti****Iscrizioni:****dal 24 ottobre 2011  
al 18 novembre 2011****MODALITA' D'ISCRIZIONE**

**E' indispensabile effettuare la preiscrizione** presso la segreteria del Collegio IPASVI o chiamando lo 051.393840 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 e non oltre 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 e la scheda di iscrizione** (stampabile anche dal sito: [www.ipasvibo.it](http://www.ipasvibo.it)) debitamente compilata, **devono essere inviate entrambe al Collegio** tramite fax al numero 051 344267 **entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione.**

**SCHEMA DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA ECM  
TENUTI DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL II SEMESTRE 2011**

**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 2011 (barrare i corsi che interessano)

**CORSI E SEMINARI**

- 1) "PRENDERSI CURA DELLE PERSONE ASSISTITE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 08/09/2011**
- 2) "LABORATORIO DI MEDICINA NARRATIVA E SCRITTURA CLINICA" II Edizione – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 08/09/2011**
- 3) "BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLS-D)" II Edizione – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 08/09/2011**
- 4) "OLTRE LE EMOZIONI E LE RAGIONI NELL'ASSISTERE. CORSO DI APPROFONDIMENTO PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE COMUNICATIVO-RELAZIONALI" Esclusivamente per chi ha già frequentato il corso "Le emozioni e le ragioni nell'assistere"– **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 08/09/2011**
- 5) "TERAPIA FARMACOLOGICA IN SICUREZZA" II Edizione – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 08/09/2011**
- 6) "LE TECNICHE NON FARMACOLOGICHE PER IL DOLORE DEL BAMBINO" II Edizione – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 08/09/2011**

segue sul retro



- 7) "IL LABORATORIO DI MEDICINA NARRATIVA E SCRITTURA CLINICA: APPROFONDIMENTI E SVILUPPI DI RIFLESSIVITÀ PROFESSIONALE" Esclusivamente per chi ha già frequentato il corso "Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica" - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 24/10/2011**
- 8) "EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL MALATO E DELLA SUA FAMIGLIA" II Edizione - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 24/10/2011**
- 9) "DONO DI CELLULE, TESSUTI, ORGANI" - **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 24/10/2011**

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

**Corsi: 5 - 6 - 9 = € 30,00**

**Corso: 3 = € 80,00**

**Corsi: 2 - 4 - 7 - 8 = € 60,00**

**Seminari: 1 = € 20,00**

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 SCHEDA 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

.....

.....

**Orari Ufficio :**

**lunedì - mercoledì ore 9-12**

**martedì - giovedì - venerdì ore 14 - 17**



**1° annuncio**

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

***“Assistere, sostenere e donare il sorriso”  
(1° annuncio)***

**3 Dicembre 2011 - Orario 14.00-18.00**

**Obiettivi:**

- Riflettere sulla filosofia del “vivere positivamente” l’esperienza di ricovero in ospedale in tutte le fasce di età
- Riconoscere l’ospedale come un luogo di passaggio dove ognuno di noi può capitare in una fase circoscritta della propria vita
- Riflettere sulla necessità per gli operatori sanitari, di mettersi in gioco nelle varie situazioni assistenziali e di saper affrontare in maniera integrata l’esperienza del “Regalare il sorriso”

***Programma in via di definizione***

**XVI CONGRESSO** FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI



**BOLOGNA 22-23-24 MARZO 2012**

Palazzo dei Congressi  
Piazza della Costituzione

[www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it) |   

Si invita a prevedere la partecipazione.



## CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

### **• La modellizzazione organizzativa assistenziale Ospedaliera secondo il criterio dell'intensità di cura/complessità assistenziale, un'esperienza nel Dipartimento Medico - Area internistico-geriatrica**

**Dott.sa Cinzia Luppi**  
Responsabile SATeR Dipartimento Medico

**Anna Ianicella**  
Coordinatore Assistenziale Medicina A

**Simona Cordasco**  
Infermiera Medicina A

**Barbara Guadi**  
Coordinatore Assistenziale Medicina C/Endocrinologia

**Virginia Pace**  
Infermiera Medicina C/Endocrinologia

**Roberta Gabusi**  
Coordinatore Assistenziale Geriatria/Neurologia

**Sandra Galassi**  
Infermiera Geriatria/Neurologia

**Cristina Franceschini**  
RQGca Area SATeR

Nelle aree mediche il modello organizzativo per intensità di cura e complessità assistenziale è rappresentato da un sistema innovativo in corso di implementazione che ha consentito di graduare aree differenziate per tecnologie, competenze, quantità e qualità del personale assegnato.

La complessità assistenziale incide sui processi e sulla definizione delle modalità attraverso le quali costruire ed erogare le prestazioni necessarie

a dare corpo alla pianificazione assistenziale.

Leggere ed analizzare la complessità può essere rilevante per ridefinire e riprogettare percorsi e processi e per ipotizzare nuovi modelli organizzativi, con l'obiettivo di:

- garantire un'assistenza personalizzata continua e centrata sui bisogni degli assistiti;
- garantire la distribuzione delle risorse su base razionale e correlata alla domanda assistenziale;
- migliorare la flessibilità e coerenza nella gestione del posto letto;
- migliorare la coerenza fra il setting assistenziale necessario e il setting assistenziale offerto;
- migliorare la pertinenza professionale e la valorizzazione del personale di assistenza con l'introduzione di sistemi di coordinamento nuovi (Briefing e Debriefing);
- migliorare il risk management rendendolo più efficace attraverso l'approccio proattivo.

L'organizzazione ospedaliera si basa su unità operative individuate su base disciplinare clinica. Tale modalità organizzativa mostra alcune criticità tra le quali: la frammentazione e standardizzazione dell'approccio e della gestione clinico assistenziale, la parcellizzazione degli interventi assistenziali, la scarsa disseminazione dei saperi e delle competenze, la gestione rigida delle risorse. Le criticità evidenziate non hanno trovato completa risoluzione con l'attivazione delle strutture dipartimentali e pertanto, si è resa evidente la necessità di individuare altre forme organizzative che tengano conto da una parte della richiesta/aspettativa degli assistiti di avere un'assistenza personalizzata continua e centrata sui loro bisogni, dall'altra della limitatezza delle risorse e della necessità di distribuirle su base razionale e correlata alla reale domanda assistenziale. Non di poco valore organizzativo è infine la ulteriore necessità di utilizzare in maniera appropriata e pertinente le competenze dei professionisti dell'assistenza e di valorizzare le loro innovative responsabilità professionali. La modellizzazione organizzativa basata sull'intensità di cura/complessità assistenziale può essere una modalità capace di ottemperare le aspettative dei degenti con le necessità organizzativo gestionali e con l'evoluzione delle competenze e capacità dell'equipe as-

sistenziale (infermieri, operatori socio sanitari, medici).

E' proprio con lo scopo di aumentare lo sviluppo organizzativo assistenziale, trattenere il personale all'interno di queste aree evitando che diventino avamposti di frontiera in un'organizzazione tagliata in dipartimenti, prevenire il loro divenire sistemi chiusi pullulanti di problemi che abbiamo ritenuto necessario creare una forte discontinuità con l'attuale organizzazione del lavoro che, a nostro parere, se lasciata rischia l'entropia e l'implosione.

Per queste ragioni nel corso dell'anno 2008, in concomitanza con un trasferimento logistico, è iniziata la fase di progettazione della organizzazione per intensità di cure e complessità assistenziale in 3 aree del Dipartimento Medico situate presso Ospedale Maggiore di Bologna (Medicina C/Endocrinologia, Medicina A e Geriatria/Neurologia).

Tale fase è stata caratterizzata da un ampio coinvolgimento a vari livelli del personale direttamente interessato alla riorganizzazione.

In particolare un gruppo di lavoro ha elaborato una macro progettazione alla quale hanno contribuito in più incontri i Direttori delle UOC, i Coordinatori Assistenziali delle UA, la Direzione SATeR e la Direzione del Dipartimento.

La macro progettazione ha definito i prerequisiti di fattibilità, l'organizzazione strutturale e l'organizzazione funzionale con l'identificazione di due aree a diversa intensità di cure e complessità assistenziale.

L'obiettivo della riorganizzazione è stato quello di migliorare il processo di ricovero in area medica nelle sue fasi di:

- accoglienza;
- pianificazione del percorso clinico/assistenziale;
- dimissione

garantendo così un adeguato processo centrato sugli specifici bisogni della persona assistita.

A tal proposito sono stati effettuati incontri multiprofessionali e multidisciplinari per definire la migliore attuazione del modello; il gruppo di progetto si è confrontato sui principi generali, in modo a volte "appassionato", riguardo alle competenze professionali specifiche sia dell'ambito infermieristico che medico.

Nella macro progettazione sono state definite due aree con una differente presenza quali/quantitativa di personale, consentendo di **differenziare l'assistenza** fornita. Grazie ad un percorso parallelo di integrazione con la figura dell'OSS è stato possibile orientare il processo di cura in funzione del maggior o minor bisogno di una risposta/prestazione infermieristica e attribuire al personale di supporto (OSS) le attività assistenziali trasferibili; inoltre in ogni area è stata prevista una posizione di lavoro, attribuita solitamente alla diurnista, con funzioni di ROP (responsabile del processo assistenziale) che coordina l'attuazione dei processi assistenziali garantendo la continuità delle cure e l'integrazione professionale.

Le due aree in una prima fase sono state così costituite:

- un'area rossa a 14 posti letto che prevede l'accoglienza di pazienti provenienti dal PS e Med. d'urgenza. In tale area i pazienti necessitano di una ridefinizione continua dell'assessment infermieristico in rapporto all'evoluzione della stabilità/instabilità clinica, di frequenti controlli ed informazioni/istruzioni, di monitoraggio continuo sia per attuare interventi assistenziali, sia per attuare interventi su prescrizione. La permanenza media dei pazienti in questa area è di 24/72 ore.

- Un'area blu a 22 posti letto dove vengono accolti i pazienti con minori esigenze clinico-assistenziali provenienti prevalentemente dall'area rossa e/o con ricoveri programmati, trasferimenti. **Si tratta** di pazienti più stabili, a cui è stato già effettuato un inquadramento clinico-assistenziale e che rimangono in tale area sino alla dimissione.

**Gli utenti** che afferiscono a questa area, essendo clinicamente più stabili, necessitano di prescrizioni mediche e di azioni e di prestazioni infermieristiche più contenute. In quest'area sono più numerosi gli interventi assistenziali per i quali l'infermiere decide l'effettuazione diretta o se trasferirli al personale di supporto conservandone la responsabilità di risultato e l'obbligo di supervisione.

Dopo la macro progettazione si è avviata la fase della micro progettazione nella quale sono stati coinvolti gli in-

fermieri, gli Oss e i medici per la definizione delle responsabilità nel percorso dell'utente e per l'elaborazione degli strumenti di integrazione.

Nello specifico sono state introdotte nuove modalità di integrazione clinico assistenziale, anche attraverso la revisione della visita medica sostituita da un nuovo processo operativo/comunicativo che si esplica attraverso tre fasi: briefing - intervento - debriefing, ovvero la condivisione quotidiana del processo assistenziale medico - referente di area - infermiera referente di area.

**BRIEFING:** avviene all'inizio della mattina e consiste in un breve incontro di pianificazione in cui vengono scambiate tra i professionisti informazioni clinico-assistenziali ed organizzative riguardanti significative modifiche delle condizioni cliniche dei pazienti o relative alla gestione di dimissioni difficili; è il momento in cui si decide in integrazione l'inserimento di singoli interventi clinico-assistenziali all'interno del processo assistenziale globale.

**INTERVENTO:** fase in cui i professionisti agiscono per il proprio ambito di competenza

**DEBRIEFING:** costituisce la condivisione di quanto eseguito dal medico e dall'infermiere nella fase di intervento, attraverso la verifica dei risultati ottenuti e l'analisi eventuale degli scostamenti da quanto pianificato nel briefing. Racchiude inoltre la fase della successiva pianificazione, i cui interventi vengono attuati nel corso della giornata e i cui esiti saranno analizzati in fasi successive.

Il risultato è un'attività clinico - assistenziale che si realizza attraverso processi ad alta integrazione multidisciplinare, riorganizzata secondo differenti responsabilità cliniche ed infermieristiche.

Un altro strumento fondamentale del percorso di riorganizzazione è costituito dalla cartella infermieristica che rende visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza documentando i bisogni assistenziali dei pazienti e le risposte che gli infermieri forniscono. La cartella è strutturata in parti modulari che rendono lo strumento flessibile e rispondente alle esigenze di ogni singolo paziente.

La cartella infermieristica che attualmente è in uso nelle UUAA organizzate secondo il modello per complessità assistenziale fa riferimento alla teorica Nancy Roper.

Le "parti modulari" documentano:

- Il processo di accoglienza
- Il processo assistenziale
- Il processo di dimissione

Allo scopo sono presenti scale di valutazione del rischio (caduta, lesioni da pressione...), scale di valutazione delle disabilità e della fragilità (TRST, ...) e scale per la rilevazione dei bisogni (dolore, nutrienti...).

Contestualmente alla sperimentazione si è avviato un monitoraggio sugli indicatori clinici e assistenziali e sull'impatto del nuovo modello, attraverso Focus group e corsi di formazione mirati a sostenere ed implementare il modello organizzativo. Nei focus group e nei corsi di formazione il personale di assistenza ha potuto confrontarsi ed esprimere il disagio o le perplessità insorte durante la fase di sperimentazione e far emergere e criticità organizzative e/o relazionali che hanno richiesto azioni di miglioramento quali: laboratori integrati medici e personale di assistenza, progetti di miglioramento...

Uno dei progetti avviato riguarda in modo particolare il trasferimento interno di area del paziente dopo 24/72 ore.

Il processo infatti ha rivelato alcuni passaggi molto delicati: continuo trasferimento di pazienti da un'area all'altra con notevole impegno del personale di supporto, rischiosa movimentazione della documentazione clinico-assistenziale, impatto negativo sul paziente che non comprendeva il motivo dello spostamento o ne rimaneva disorientato.

Un gruppo di lavoro, composto da medici, coordinatrici assistenziali ed infermieri ha deciso quindi, di incontrarsi per analizzare il problema ed individuare le possibili soluzioni.

E' stato elaborato uno strumento di triage clinico-infermieristico denominato "scheda dell'accoglienza".

La scheda di accoglienza è un documento in grado di definire, in base ad un punteggio attribuito a diversi item l'area di allocazione del paziente. Tale strumento, rapido, obiettivo e riproducibile, consente di "pesare" la complessità clinico-assistenziale e quindi di attribuire al paziente l'area di pertinenza già all'ingresso.

Al suo arrivo il paziente, viene accolto in un ambiente dedicato, dove viene valutato congiuntamente dal medico e dall'infermiere secondo la scheda

dell'accoglienza composta da 6 items assistenziali e dallo score MEWS per la valutazione clinica (*all.1*).

I due punteggi ottenuti consentono una valutazione oggettiva della complessità e definiscono l'intensità di cure necessaria, quindi il paziente viene allocato nell'area rossa o nell'area blu, ove potrebbe rimanere sino alla dimissione.

L'accoglimento così impostato ha determinato una più attenta, puntuale e sistematica pianificazione degli interventi clinico-assistenziali necessari nelle prime 24/72 ore.

L'utilizzo della scheda dell'accoglienza, è stata monitorata per il periodo intercorrente dal 18 gennaio 2010 al 17 Marzo 2010. Il monitoraggio ha consentito l'allocazione appropriata dei pazienti nelle 3 Unità Assistenziali nel 95% dei casi.

I laboratori integrati di supervisione sono a tutt'oggi ancora in corso.

L'attuazione di questo modello ha richiesto non poche energie, e la difficoltà sia del trasferimento logistico che del cambio organizzativo hanno determinato il verificarsi di criticità

che sono state ben governate dalla componente assistenziale e sostenuta dalla Direzione SATeR.

Ciò che sembrava già da tutti "compreso" nella fase di progettazione ha richiesto nella fase di attuazione continue puntualizzazioni e revisioni, con a volte vivaci confronti fra professionisti, tutt'ora in essere.

La sensazione di "turbolenza", da tutti avvertita è attribuibile al fatto che tutte le figure professionali, si sono ritrovate di fronte ad una nuova ed innovativa concezione di assistenza al paziente, che prevede la collaborazione tra gli attori coinvolti nella progettazione del piano di cura personalizzato, con maggiori capacità decisionali e possibilità di agire autonomamente da parte dell'infermiere; ciò ha comportato una difficoltosa relazione con la componente clinica che ha visto mettere in discussione l'organizzazione medico-centrica nel percorso clinico assistenziale dell'utente. Di conseguenza ogni difficoltà veniva attribuita al nuovo modello organizzativo.

Dall'altra parte è necessario evidenziare che non tutti gli infermieri han-

no pienamente colto la grande opportunità di sviluppo professionale che questo modello offre.

Un'altra criticità riscontrata è l'iperafflusso dei pazienti che, con la presenza di letti aggiuntivi, determina un sovraccarico di lavoro e la difficoltà a rispettare i tempi e i modi definiti nella progettazione. Per questa problematica ben poco si è riusciti a fare in quanto non legata al modello organizzativo ma dipendente da altri fattori trasversali ed esterni all'organizzazione.

Il modello è stato per noi molto convincente, in quanto ha permesso un'analisi del lavoro approfondita e la possibilità di modificare ciò che sembrava imm modificabile, tanto che è stato diffuso e realizzato nelle aree mediche di Budrio, Vergato, San Giovanni e Ortopedia dell'Ospedale Maggiore sino ad arrivare alla sperimentazione dell'organizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale in tutte le degenze dell'ospedale di Porretta. Quest'ultima sperimentazione è partita nel gennaio 2011... ma questa è un altro racconto...

*Allegato 1*

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna Dipartimento Medico - UOC Medicina ..... Scheda di accoglienza												
		COGNOME		NOME		NOSOLOGICO		DATA				
Respirazione		Procedure Diagnostiche urgenti		Monitoraggio Parametri vitali		Somministrazione terapia infusione		Responsività		Sanguinamento		SCORE
6	Nimv	6	>2/24 ore	6	Intervalli <= 6 ore	6	>2/24 ore	6	Stato di incoscienza di recente insorgenza	6	Presente	
5	Reservoir							5	Stato confusionale acuto (con agitazione psicomotoria +1)			
5	Broncoaspirazioni ripetute											
3	Necessita O2	3	<=2/24 ore	3	Intervalli >=8-12 ore	3	<=2/24 ore	3	Disorientato ma collaborante	0	Assente	
0	Non necessita O2							3	Non responsivo per patologie pregresse e/o croniche			
								0	Orientato			
<b>Area rossa &gt;=16</b>		<b>Area blu &lt;=15</b>		<b>Firma Infermiere/e</b>				<b>totale</b>				
<b>MEWS</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>SCORE</b>				
<b>Coscienza</b>				<b>A</b> sveglia	<b>V</b> reagisce alla voce	<b>P</b> reagisce al dolore	<b>U</b> non reagisce agli stimoli					
<b>FR, apm</b>		<b>&lt; 9</b>		<b>9 - 14</b>	<b>15 - 20</b>	<b>21 - 29</b>	<b>&gt;= 30</b>					
<b>FC, bpm</b>		<b>&lt; 40</b>	<b>41 - 50</b>	<b>51 - 100</b>	<b>101 - 110</b>	<b>111 - 129</b>	<b>&gt;= 130</b>					
<b>PA max</b>	<b>&lt;= 70</b>	<b>71 - 80</b>	<b>81 - 100</b>	<b>101 - 199</b>		<b>&gt;= 200</b>						
<b>TC, C°</b>		<b>&lt;= 35</b>		<b>35 - 38,4</b>		<b>&gt;= 38,5</b>						
<b>Area rossa &gt;= 3</b>		<b>Area blu &lt;3</b>		<b>Firma Medico</b>				<b>totale</b>				
<b>Paziente allocato nell'area:</b>		rossa		blu		letto						
<b>note</b>												

• **Utilizzo della schiuma di poliuretano all'interno degli apparecchi gessati per prevenire l'insorgenza di decubiti al calcagno nella popolazione a rischio. Uno studio clinico controllato.**

**Cristiana Forni,<sup>1</sup> Loretta Loro,<sup>1</sup> Morena Tremosini,<sup>1</sup> Sandra Mini,<sup>1</sup> Marina Zoli,<sup>1</sup> Annamaria Nicolini,<sup>1</sup> Valter Pirini,<sup>1</sup> Elettra Pignotti,<sup>2</sup> Francesca Riccioni,<sup>3</sup> Ombretta Bigoni,<sup>3</sup> Giuseppe Guzzo,<sup>3</sup> Carmela Trofa,<sup>3</sup> Anna Maria Di Cataldo,<sup>3</sup> Roberto Girolami,<sup>3</sup> Marilena Guzzi.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Infermiere di Ricerca

<sup>2</sup> Statistico, <sup>3</sup> Infermiere di sala gessi, Istituto Ortopedico Rizzoli; Bologna.

**ABSTRACT**

**Obiettivo.** L'obiettivo di questo studio era di verificare l'efficacia della schiuma di poliuretano a contatto con il tallone all'interno di immobilizzazioni gessate agli arti inferiori nel diminuire l'incidenza delle lesioni da pressione nella popolazione a maggior rischio.

**Background.** L'incidenza delle lesioni da pressione da gesso è segnalata essere del 14-15% nella popolazione pediatrica, del 33,3% nei pazienti sottoposti a chemioterapia per i tumori dell'osso fino a un 43% nei pazienti ortopedici che confezionano un gesso avendo già la cute arrossata (lesione grado 1) al calcagno.

**Materiali e metodi.** Da novembre 2007 a gennaio 2009, a tutti i soggetti consecutivi richiedenti una immobilizzazione agli arti inferiori sottoposti a chemioterapia e/o con tallone arrossato è stata posizionata una schiuma di poliuretano a contatto con la cute del tallone prima di confezionare il gesso e i risultati sono stati confrontati con quelli di pazienti con uguali fattori di rischio a cui non era stata posizionata la schiuma arruolati da maggio 2005 ad agosto 2006.

**Risultati.** Sono stati arruolati com-

pletivamente 156 pazienti, 85 nel gruppo di controllo e 71 nel gruppo sperimentale. Nel gruppo sperimentale dei pazienti con cute arrossata 2 pazienti su 56 (3,6%) ha sviluppato una lesione da pressione rispetto a 21 su 49 (42,9%) del gruppo di controllo senza schiuma di poliuretano ( $p < 0,0005$ ). Nel gruppo sperimentale dei pazienti in trattamento chemioterapico 1 paziente su 24 ha sviluppato una lesione da pressione (4,2%) rispetto a 18 su 54 (33,3%) del gruppo di controllo senza schiuma di poliuretano ( $p = 0,005$ ).

**Conclusioni.** Posizionare una schiuma di poliuretano a contatto con la cute del tallone all'interno di un apparecchio gessato ad un arto inferiore previene la formazione di lesioni da pressione.

**Rilevanza per la pratica clinica.** Questo studio fornisce evidenza che utilizzare schiume di poliuretano per prevenire i decubiti anche all'interno di apparecchi gessati nelle popolazioni a maggior rischio è una manovra assistenziale semplice e costo efficace, e permette di diminuire i disagi, dolori e rischi nei pazienti.

**INTRODUZIONE**

La lesione da decubito, in particolare al calcagno, è una rilevante e pericolosa complicanza dovuta all'immobilizzazione da apparecchio gessato. Nonostante vengano applicati molti apparecchi gessati, ci sono diversi studi sugli esiti dei trattamenti delle fratture, in particolare sul miglioramento dei tempi di guarigione, ma ben pochi sulla riduzione delle complicanze cliniche da gesso (Prior & Miles 1999). In uno studio retrospettivo (Illgen *et al* 1998) su cartelle cliniche, l'incidenza di complicazioni cutanee (dal rash superficiale all'ulcerazione che richiedeva la rimozione del gesso) era del 14,8% nei pazienti pediatrici con frattura di femore trattati con tutore d'anca gessato. In un altro studio retrospettivo (Lubichy *et al* 2003) sempre su pazienti pediatrici con paralisi cerebrale, con apparecchio gessato dopo intervento di osteotomia chirurgica del femore prossimale per sublussazione/lussazione dell'anca, l'incidenza di lesioni cutanee era del 15%. Le ulcerazioni della cute possono essere generate dall'eccessiva pressione dell'apparecchio gessato sulla cute. In alcuni studi (Marson & Keenam 1993, Mohler *et al* 1996, Davis *et al* 1997) sono state misurate sperimentalmente le pressioni sulla cute dei diversi ma-

teriali utilizzati (fibra di vetro, materiale termoplastico, gesso tradizionale): tutti gli studi riportavano che il gesso sintetico esercita una maggiore pressione rispetto al gesso tradizionale ( $> 36$  mmHg).

Uno studio di coorte appena concluso sempre presso l'ospedale oggetto dell'indagine (Forni *et al* 2009) su 216 pazienti prevalentemente adulti ha permesso di individuare alcune popolazioni particolarmente a rischio di sviluppare lesioni da pressione in particolare al calcagno dovute al gesso: pazienti sottoposti a chemioterapia antitumorale per sarcomi primitivi dell'osso (incidenza di lesioni del 33,3%) e pazienti con cute arrossata al calcagno al momento del confezionamento dell'apparecchio gessato (incidenza del 42,9%) a fronte di una incidenza dell'8,7% nei pazienti non in trattamento chemioterapico e senza cute arrossata. Tale rischio, all'analisi multivariata, non era correlato alle tipologie di gesso utilizzato (sintetico vs tradizionale), alle diverse tecniche di confezionamento, alla estensione anatomica del gesso e neppure alla durata di permanenza dello stesso. Conoscendo quindi i principali fattori di rischio, era necessario identificare efficaci procedure preventive in queste specifiche popolazioni.

La decisione di sperimentare l'uso delle schiume di poliuretano è nata da un'attenta revisione della letteratura che ha permesso di trovare interessanti studi in vitro (Ashford *et al* 2001) sulle proprietà di queste schiume nel diminuire la pressione esercitata sul piede anche durante la marcia (Chockalingam *et al* 2001). Tale materiale è stato studiato anche rispetto alle sue capacità di gestione dei liquidi (idratazione e disidratazione e traspirabilità) (Young *et al* 2007). Le schiume appartengono al gruppo di "medicazioni avanzate" usate quindi per il trattamento delle ulcere da pressione, la cui efficacia è ben documentata in letteratura tanto da essere raccomandate nelle Linee Guida basate su prove d'efficacia (RNAO 2005). Lo studio e l'adozione nella pratica clinica delle schiume di poliuretano, nella prevenzione di lesioni da pressione, nella popolazione a rischio sono stati avviati già da diversi anni. Uno studio (Torra i Bou *et al* 2002) ha confrontato, in un Trial multicentrico non in cieco, l'uso di schiume di poliuretano in pazienti allestiti a rischio di lesioni da pressione rispetto all'uso di talloniere preventive usate normalmente in reparto

o a domicilio. Nel gruppo che utilizzava a scopo preventivo la schiuma l'incidenza diminuiva significativamente compensando la diversità di costo fra i due presidi. Gli stessi autori (Torra i Bou *et al* 2009) hanno poi pubblicato uno studio di costo efficacia sempre sull'argomento. Applicando i costi locali per materiale e personale e calcolando i costi incrementali per lesioni evitate, il rapporto costo efficacia era a vantaggio delle schiume di poliuretano rispetto alle talloni ere preventive (\$88,29 vs \$160,04). Mancano studi sull'efficacia di tali presidi all'interno di apparecchi gessati al fine di diminuire i rischi di lesioni, in particolare al calcagno.

Scopo di questo trial a confronto storico è quindi di indagare se l'incidenza delle complicanze cutanee precoci e tardive (in particolare la lesione da decubito al calcagno) da immobilizzazione da apparecchio gessato, nei pazienti a rischio, diminuisce applicando schiuma in poliuretano in regione calcaneare all'interno del gesso durante il confezionamento del sistema di immobilizzazione.

#### **MATERIALI E METODI**

Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti afferenti a all'Istituto Ortopedico Rizzoli dal novembre 2007 a gennaio 2009, con indicazione all'applicazione di apparecchio gessato o cartone agli arti inferiori inglobante il piede che presentassero arrossamento al calcagno e/o fossero sottoposti a trattamenti chemioterapici e fornirono il loro consenso informato a partecipare allo studio. A questi soggetti veniva posizionata una schiuma di poliuretano sterile a contatto con la cute prima di confezionare il gesso. Il confronto era rappresentato dai soggetti arruolati da maggio 2005 ad agosto 2006 con uguali modalità di confezionamento di gesso includente il piede, ma senza apposizione di schiuma di poliuretano.

I criteri di inclusione erano: pazienti a cui doveva essere confezionato apparecchio gessato/cartone agli arti inferiori includente il piede con patologia ortopedica e con tallone arrossato (Lesione grado 1) e/o sottoposti a chemioterapia con o senza arrossamento della cute al calcagno. Erano criteri di esclusione pazienti con immobilizzazione non comprendente il piede, pazienti con lesioni di grado superiore al primo e presenza di patologia ortopedica e cute integra.

L'outcome principale era rappresen-

tato dalla presenza/assenza di lesione da pressione nell'arto immobilizzato, in particolare al calcagno, ed eventualmente dal suo stadio utilizzando la scala del National Pressure Ulcer Advisory Panel (N.P.U.A.P.) (RNAO 2005). Il protocollo prevedeva l'osservazione della cute di ogni paziente al momento del confezionamento e della rimozione dell'apparecchio immobilizzante l'arto inferiore e la registrazione dei dati su apposita scheda.

Oltre all'outcome di interesse rilevato con la scala N.P.U.A.P., venivano anche rilevate tutte le possibili variabili influenzanti l'esito consentendo così il confronto con il gruppo storico riducendo possibili bias di selezione. Tali variabili comprendevano le caratteristiche demografiche dei pazienti (età e sesso), la diagnosi, le patologie concomitanti, la somministrazione o meno di Chemioterapia, le condizioni locali della cute del calcagno, l'esecuzione e la durata dell'intervento chirurgico, la tipologia e la modalità di confezionamento dell'apparecchio gessato, le complicazioni precoci nei primi 2-3 giorni (dolore alla base del 5° dito; bruciore al tallone) e conseguenti eventuali modifiche apportate all'apparecchio immobilizzante e la segnalazione se veniva modificata la schiuma di poliuretano (diminuite dimensioni).

Gli strumenti utilizzati, la metodologia per la raccolta dati e il personale coinvolto, erano gli stessi utilizzati nel periodo che fungeva da controllo storico ad eccezione delle voci relative alle schiume di poliuretano aggiunte nella scheda.

**Il trattamento** sperimentale consisteva nel posizionamento di una schiuma di poliuretano sterile di 10 cm per 10 cm in regione calcaneare, a contatto con la cute, durante il confezionamento dell'immobilizzazione con gesso/gesso aperto a valva includente il piede. La schiuma non doveva essere tagliata trasversalmente ma solo ridotta di dimensioni nel caso di pazienti pediatrici.

Il protocollo di ricerca è stato approvato dal Comitato Etico dell'ospedale.

#### **ANALISI STATISTICA**

Power analysis: la dimensione del campione è stata preventivamente calcolata ipotizzando un errore di primo tipo  $\alpha=0.05$  ed una potenza  $>0.8$  per entrambi i fattori di rischio. È stato necessario calcolare la dimensione del campione considerando separatamente le 2 popolazioni avendo queste

incidenza e numerosità diversa.

In riferimento alla popolazione del confronto storico con cute arrossata (lesione grado 1) che aveva una incidenza del 43% (21 pazienti su 49 trattati) e considerando i dati della letteratura che indicavano una incidenza delle lesioni da pressione in gesso di circa il 15%, si è ritenuto giustificabile, da un punto di vista del rapporto costo-beneficio, l'utilizzo delle schiume solo nel caso in cui consentissero di raggiungere un'incidenza non superiore al 14% e quindi il reclutamento complessivo di 80 pazienti per questo specifico fattore di rischio. La riduzione più piccola del rischio che sarebbe stato importante trovare, nel senso che qualsiasi efficacia minore non sarebbe stata clinicamente e statisticamente significativa, era quindi del 29%.

In riferimento invece alla popolazione del confronto storico in trattamento chemioterapico che aveva una incidenza del 33% (18 pazienti su 54 trattati) era sufficiente trovare una riduzione del rischio del 20% che richiedeva l'arruolamento complessivo di 144 pazienti per questo specifico fattore di rischio. Poiché in un interim analysis fatta dopo il reclutamento di 71 pazienti si è visto che la riduzione dell'incidenza si attestava stabilmente sopra al 25% si è considerato non etico proseguire nella sperimentazione. Tutti i dati continui sono stati espressi in termini di medie e deviazioni standard delle medie. È stata eseguita la One Way ANOVA per verificare le differenze fra le medie fra il gruppo sperimentale e quello di controllo. Tutte le volte che il test per l'omogeneità di Levene era significativo ( $p<0.05$ ) è stato usato il test di Mann Whitney. Per tutte le variabili dicotomiche sono state calcolate le incidenze, le riduzioni dei rischi relativi e il "number needed to treat" (NNT). Il test esatto di Fisher è stato utilizzato per verificare le differenze di incidenze degli effetti collaterali fra il gruppo sperimentale e quello di controllo.

**Per tutti i test è stata considerata significativa una  $p<0.05$ .**

#### **RISULTATI**

A fine gennaio 2009, erano stati arruolati complessivamente 158 pazienti, 86 nel gruppo di controllo e 72 nel gruppo sperimentale. Un paziente del gruppo di controllo è deceduto e uno nel gruppo sperimentale è stato perso al follow up essendo tornato nel suo paese d'origine (Romania). I pazien-

ti valutabili ai fini dello studio erano quindi 156, 85 nel gruppo di controllo e 71 nel gruppo sperimentale. Tutti i pazienti del gruppo sperimentale erano stati informati e avevano dato il consenso alla sperimentazione. Il gruppo sperimentale era simile al confronto storico per caratteristiche demografiche, patologie, protocolli chemioterapici e per le variabili oggetto di studio. Vedi tabella 1  
 Dei 2 fattori di rischio oggetto dell'indagine, 78 pazienti avevano la cute arrossata (lesione grado 1), 51 pazienti erano stati sottoposti a trattamento chemioterapico e 27 avevano entrambi i fattori di rischio.

#### Pazienti con fattore di rischio "cute arrossata"

Il confronto storico (da maggio 2005 ad agosto 2006) era rappresentato da 49 pazienti di cui 21 avevano sviluppato lesioni da pressione (42,9%). Nel gruppo sperimentale, dei 56 pazienti che avevano terminato lo studio, 54 all'asportazione del gesso presentavano cute integra senza lesioni mentre 2 hanno sviluppato lesioni da pressione di grado 2 (3,6%). Vedi Tabella 2  
 Il Rischio Relativo era di 0,08 (I.C. 0,02- 0,33), la Riduzione Relativa del Rischio del 92% (I.C. 58%-97%) e il valore NNT di 3 (I.C. 2-4).

#### Pazienti con fattore di rischio "trattamento chemioterapico"

Il confronto storico (da maggio 2005 ad agosto 2006) era rappresentato da 54 pazienti di cui 18 avevano sviluppato lesioni da pressione (33,3%). Dei 18 pazienti decubitati 18 avevano anche la cute arrossata al momento del confezionamento (doppio fattore di rischio). Nel gruppo sperimentale, 24 pazienti avevano terminato lo studio 23 all'asportazione del gesso presentavano cute integra mentre 1 ha sviluppato lesioni da pressione di grado 3 (4,2%). Tale paziente aveva anche la cute arrossata al momento del confezionamento del gesso. Vedi Tabella 3  
 Il Rischio Relativo era di 0,13 (0,01-0,88), la Riduzione Relativa del Rischio del 88% (I.C. 11%-98%) e il valore NNT è di 3 (2-11).

Altro dato considerato complessivamente fra i 2 gruppi a rischio, era l'incidenza dei disturbi/dolore nei primi 2-3 giorni al calcagno. Nei pazienti arrolati nel gruppo di confronto storico, risultava essere il fattore di rischio più importante con una incidenza di decubiti superiore al 48%. Non essendo prevedibile in partenza quali pazienti potessero andare incontro

**Tabella 1.** Le principali caratteristiche dei pazienti.

Variabili	Gruppo controllo (n=85)	Gruppo sperimentale (n=71)	Valore di p
<b>Sesso (%)</b>			
Femmine	44,7	36,6	ns
Maschi	55,3	63,4	
<b>Età (anni)</b>			
Media (deviazione standard)	28 (22)	30 (22)	ns
<b>Materiale gessi (%)</b>			
Gesso spolverato (tradizionale)	4,8	2,9	ns
Fibra di vetro	32,5	20,3	
Cartone	0	1,4	
Gesso a presa rapida	62,7	74,4	
<b>Tipo di apparecchio gessato (%)</b>			
Pelvipedalico	27	26,4	ns
Gesso di gamba	40	29,1	
Stivaletto gessato	33	44,4	

**Tabella 2**

Pazienti con cute arrossata	Numero pazienti	Decubiti da gesso	Incidenza (%)	Significatività esatta (2 vie)
Gruppo sperimentale	56	2	3,6%	P<0,0005
Gruppo di controllo	49	21	42,9%	

**Tabella 3**

Pazienti in chemioterapia	Numero pazienti	Con cute arrossata	Decubiti da gesso	Incidenza (%)	Significatività esatta (2 vie)
Gruppo sperimentale	24	9 (37,5%)	1	4,2%	P=0,005
Gruppo di controllo	54	18 (33,3%)	18	33,3%	

a questa complicanza, l'ipotesi dello studio era che, utilizzando le schiume di poliuretano, per l'effetto anche di diminuire la pressione esercitata dal calcagno contro il gesso, questo potesse aiutare a diminuire tale preoccupante incidenza.

Nei pazienti del gruppo di confronto l'incidenza è stata del 42,7% mentre nel gruppo sperimentale del 23%. La differenza è statisticamente significativa (p= 0,003).

#### **DISCUSSIONE**

Utilizzare schiume di poliuretano a contatto con la cute all'interno dei gessi riduce drasticamente l'incidenza di lesioni da pressione nella popolazione a rischio di sviluppo per la presenza di cute arrossata (lesione grado1) o perché in trattamento chemioterapico, aumentando anche il confort dell'immobilizzazione. Infatti nella popolazione con già lesione di grado 1

al calcagno la riduzione dell'incidenza è stata di circa il 39%, ben superiore quindi al 29% ritenuto accettabile. Nei pazienti in trattamento chemioterapico invece la riduzione è stata del 29%. Anche in questo caso superiore al 20% ipotizzato per poter giustificare, da un punto di vista dei costi aggiuntivi, l'uso delle schiume. Gli studi in vitro e in clinica in ambito preventivo indicavano già un possibile utilizzo di questi presidi non solo nel trattamento delle lesioni da pressione ma anche nella prevenzione del "piede diabetico" e nei pazienti allettati o sottoposti a lunghi interventi chirurgici. Interessante la similarità dei risultati di questo studio con quanto identificato da un altro studio (Torra i Bou *et al* 2002). Nel loro Trial multicentrico non in cieco nel gruppo che utilizzava a scopo preventivo la schiuma in poliuretano ci fu infatti un'incidenza del 3,3% (2 su 61) mentre, nel gruppo con la talloniera

standard, il 44% (12 su 50). I pazienti in studio non avevano apparecchi gestati ma erano allettati. La concordanza dei risultati conferma che il comportamento protettivo di queste schiume non si modifica anche all'interno di bendaggi occlusivi.

Lo studio ha diverse debolezze; in particolare il confronto storico e non parallelo che ha reso impossibile la randomizzazione dei soggetti, condizione indispensabile per garantire l'omogeneità dei gruppi a confronto, e la cecità dei rilevatori. D'altronde la rarità della patologia oncologica ortopedica, uno dei 2 fattori di rischio individuati in un precedente studio di coorte prognostico (Forni *et al* 2009), costringeva a tempi di arruolamento così estesi da pregiudicare l'esito della sperimentazione. La scelta di arruolare tutti i pazienti consecutivi accedenti alla struttura così come adottato nello studio precedente durato sempre 16 mesi che avessero i fattori di rischio individuati e l'uso di una scala oggettiva di rilevazione dell'outcome usando peraltro come end point primario la presenza/assenza dell'evento, si ritiene possa aver minimizzato i bias inevitabili dalla mancata randomizzazione e cecità.

Il punto principale di forza di questo studio è invece la rilevanza clinica situata. A fronte di un problema sollevato dai clinici infermieri e fisioterapisti dell'ospedale, lo studio ha permesso di individuare una risposta assistenziale precisa e implementabile, fornendo un miglioramento della qualità di vita per il paziente all'interno di un rapporto costo beneficio accettabile. A fronte infatti di un maggior costo (una schiuma di poliuretano sterile 10cm per 10cm, con la gara d'appalto in corso, costa all'ospedale circa 11 euro) dovuto all'uso del presidio, viene ridotta di circa il 20% la segnalazione di dolore/disturbi da parte dei pazienti e quindi la richiesta di intervento e modifiche ad opera dei gessisti e specialmente una riduzione relativa del rischio di sviluppo di lesioni da pressione del 92% nella popolazione con cute arrossata e del 88% nei pazienti in chemioterapia con i conseguenti tempi assistenziali e costi di medicazioni avanzate da utilizzare risparmiati. Questo dato è confermato anche da un recente studio (Torra i Bou *et al* 2009) che valutava, secondo il modello canadese, il costo delle schiume in poliuretano in ambito preventivo concludendo che il costo preventivo è comunque inferiore a quello sostenuto

per il trattamento delle lesioni che si sviluppano in assenza del presidio. Da segnalare inoltre i notevoli vantaggi per i pazienti, in termini di riduzione di disagi e dolori. I pazienti in chemioterapia sono in genere adolescenti che subiscono pesanti trattamenti farmacologici per più di 10 mesi e impegnativi interventi chirurgici volti a preservare l'arto colpito da tumore. Poter alleviare la sintomatologia dolorosa e i disagi correlati a un presidio rappresentano specifici obiettivi infermieristici per tutti i pazienti presi in carico ma risultano ancora più cogenti in popolazioni già così provate.

### CONCLUSIONI

Questo studio consente di ampliare l'indicazione di utilizzo delle schiume di poliuretano in ambito preventivo anche all'interno delle immobilizzazioni gessate di qualsiasi tipologia di materiale, anche di cartone, nella popolazione a rischio di sviluppo di lesioni da pressione o già con uno stadio 1.

### Dichiarazione sui Conflitti di interesse

Fra i vari prodotti in commercio, la scelta di Allevyn® della Smith&Nephew, tra l'altro dimostratosi superiore alle altre schiume in termini di sollievo pressorio e traspirabilità in diversi studi in vitro, è stata dovuta pragmaticamente alla disponibilità del prodotto presso la farmacia dell'ospedale, in quanto la ditta produttrice era la vincitrice dell'appalto metropolitano per tali prodotti. Non ci sono dunque conflitti di interesse anche se la ditta produttrice, avendo saputo della ricerca già in corso, ha fornito diversi campioni del prodotto gratuitamente senza rientrare in alcun modo nella conduzione ed elaborazione dei dati raccolti.

### BIBLIOGRAFIA

Ashford RL, Freear ND, Shippen JM (2001) An in-vitro study of the pressure-relieving properties of four wound dressings for foot ulcers. *Journal of Wound Care* 10, 34-8.

Chockalingam N, Ashford RL, Dunning D (2001) The influence of four wound dressings on the kinetics of human walking. *Journal of Wound Care* 10, 371-4.

Davids JR, Frick SL, Skewes E, Blackhurst DW (1997) Skin surface pressure beneath an above the knee-cast: plaster casts compared with fiberglass casts. *The Journal of bone and joint surgery. American volume* 79, 565-9.

Forni C, Zoli M, Loro L, Tremosini M, Mini S, Pirini V, Turrini R, Durante S, Nicolini A, Riccioni F, Girolami R (2009) Cohort study of the incidence of heel pressure sores in patients with leg casts at the Rizzoli Orthopedic Hospital and

of the associated risk factors. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 28, 125-30. Italian

Illgen R 2nd, Rodgers WB, Hresko MT, Waters PM, Zurakowski D, Kasser JR (1998), Femur fractures in children: treatment with early sitting spica casting. *Journal of pediatric orthopedics* 18, 481-7.

Lubichy JP, Bernotas S, Herman JE (2003) Complications related to postoperative casting after surgical treatment of subluxed/dislocated hips in patients with cerebral palsy. *Orthopedics* 26, 407-11.

Marson BM, Keenan MA. (1993) Skin surface pressures under short leg casts. *Journal of orthopaedic trauma* 7, 257-8.

Mohler LR, Pedowitz RA, Byrne TP, Gershuni DH (1996) Pressure generation beneath a new thermoplastic cast. *Clinical orthopaedics* 1, 262-7.

Prior MA, Miles S. (1999) Casting: part two. *Nursing Standard* 13, 42-50.

RNAO (2005) *Risk assessment & prevention of pressure ulcers*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Torra i Bou JE, Rueda López J, Camañes G, Herrero Narváez E, Blanco Blanco J, Martínez-Esparza EH, Aneas Alcántara J, Verdú Soriano J (2002) Heel pressure ulcers. Comparative study between heel protective bandage and hydrocellular dressing with special form for the heel. *Revista de enfermería*. 25, 50-6. Spanish.

Torra I Bou JE, Rueda López J, Camañes G, Herrero Narváez E, Blanco Blanco J, Ballesté Torralba J, Martínez-Esparza EH, García LS, Soriano JV (2009) Preventing pressure ulcers on the heel: a Canadian cost study. *Dermatology Nursing* 21, 268-72.

Young S, Bielby A, Milne J (2007) Use of ultrasound to characterise the fluid-handling characteristics of four foam dressings. *Journal of Wound Care* 16, 425-8, 430-1.



**IPASVI**

## • *La problematica del dolore in radiologia interventistica ortopedica durante l'ago TAC ossea*

*Loretta Loro,<sup>1</sup>;  
Cristiana Forni,<sup>2</sup>;  
Gelsomina Volpa,<sup>1</sup>;  
Elettra Pignotti,<sup>3</sup>;  
Eugenio Rimondi,<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> *Infermiera del Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini*

<sup>2</sup> *Infermiera Responsabile del Centro Ricerca delle Professioni Sanitarie*

<sup>3</sup> *Statistica*

<sup>4</sup> *Medico del Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini; Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna.*

### Abstract

**Obiettivo:** Documentare i livelli di dolore percepiti prima, durante e immediatamente dopo la procedura di ago tac ossea, in relazione alla terapia antalgica eseguita, la sede del prelievo e le caratteristiche del paziente.

**Materiali e Metodi:** Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico locale e tutti i pazienti hanno dato il loro consenso informato. Dal 4/1/2008 al 13/7/2010 sono stati arruolati 282 pazienti sottoposti ad ago tac ossea. Il 51,8% (146) era di sesso maschile e l'età media era di 49 anni (DS 18,7). Il livello di dolore percepito veniva rilevato attraverso la Numeric Rating Scale (NRS). Venivano raccolte anche le informazioni anagrafiche del paziente (età, sesso), la sede della lesione, l'eventuale terapia antalgica in corso e il tipo di analgesia che veniva somministrata subito prima della procedura.

**Risultati:** I livelli di dolore medi pre procedura erano di 2.4 (DS 2,94) sulla scala da 0-10 NRS (mediana 1). Durante la procedura la media del dolore è stata di 6.5 (DS 3.19), in particolare 25% dei pazienti aveva un dolore  $\geq$  a 4 (71/282) e 53% (149/282) aveva un dolore  $\geq$  7. Il livello di dolore percepito a 15 minuti post procedura era di 3 (DS 2.99) ma persisteva un livello di dolore  $\geq$  7 nel 17% (34/204). Confrontando il dolore percepito prima e dopo la procedura si evidenzia che il dolore tende a ritornare nei valori iniziali senza sovrapporsi totalmente, permane infatti una differenza media di 1.27 (DS 3,20) nella scala NRS

che risulta statisticamente significativa ( $p < 0.0005$ ). La variazione del dolore fra prima e durante la procedura non è sensibile alle diverse sedi in cui si procede all'ago TAC, né al sesso del paziente e neppure al tipo di anestetico utilizzato (locale vs sistemico) ma è significativamente correlata con l'età ( $P < 0,0005$ ). Nei 70 pazienti già in terapia antalgica, i livelli di dolore crescono mediamente di meno rispetto ai pazienti non in terapia. Tale differenza è statisticamente significativa ( $P = 0,007$ )

**Conclusion:** Il problema del dolore in radiologia interventistica è un problema grave. E' urgente approntare protocolli di terapia antalgica/sedazione nei pazienti che devono essere sottoposti a ago tac ossea indipendentemente dalla sede oggetto di indagine.

### Introduzione

I continui progressi medici, anche da un punto di vista diagnostico, comportano un sempre maggior numero di procedure anche invasive. L'aumento della spesa sanitaria ha contemporaneamente forzato sempre più i sanitari e amministratori a ridurre la permanenza in ospedale comportando quindi l'espletazione di interventi anche relativamente cruenti in regime spesso ambulatoriale o di day surgery. C'è stato un rapido aumento delle procedure di radiologia interventistica negli ultimi anni<sup>1</sup> ma continuano ad esserci pochi studi rispetto al controllo del dolore durante questi interventi<sup>1,2</sup>. In tali studi viene segnalato come il controllo del dolore da procedura sia ancora un problema sottostimato e che necessita di azioni di miglioramento<sup>1,2</sup>. Ci sono diversi studi che indagano attraverso survey fra medici radiologi le conoscenze e preferenze rispetto ai modelli analgesici preferiti<sup>6,7</sup> concludendo che l'utilizzo della sedazione cosciente, ritenuto il trattamento d'elezione per il controllo del dolore<sup>8,9</sup> durante procedure di radiologia interventistica, è ancora sottoutilizzato. Lo scarso controllo del dolore risulta particolarmente critico nelle procedure interessanti l'osso di cui si è rinvenuto un unico studio che appunto evidenzia tale criticità<sup>1</sup>, mentre non mancano studi sull'utilità, sicurezza ed efficacia di tale procedura<sup>10-16</sup>. Le linee guida correnti rispetto alla gestione del dolore sottolineano il dovere di valutare, misurare e documentare il dolore regolarmente<sup>17,18</sup> e vengono indicati come ottimali livelli di dolore inferiori a 3-4 della scala Visual Analogue Scale (VAS)<sup>19</sup>. Nell'ospedale ortopedico sede del presente studio, sono state eseguite dal 1990 al 2011, 2605 ago biopsie TC,

882 al rachide e 1723 allo scheletro appendicolare con una media annua che è incrementata negli ultime tre anni, dal 2008 al 2011 infatti ne sono state eseguite 935 di cui 259 al rachide e 676 allo scheletro appendicolare con una media annua di 235. Non viene usata routinariamente la sedazione cosciente e gli infermieri operanti nel servizio hanno segnalato varie volte la problematica del dolore che affligge i pazienti ma, in assenza di dati, la problematica veniva sottostimata e considerata "marginale" dai clinici. Mancano infatti studi rispetto alla tollerabilità per il paziente, in particolare rispetto al controllo del dolore, di questa procedura allo scopo anche di produrre efficaci e sicuri protocolli di analgesia durante l'effettuazione di ago tac ossee. Scopo del presente studio è quello di documentare i livelli di dolore percepiti prima, durante e immediatamente dopo la procedura di ago tac ossea, in relazione alla terapia antalgica eseguita, la sede del prelievo e le caratteristiche del paziente.

### Materiali e Metodi

Questo studio osservazionale analitico prospettico è stato approvato dal Comitato Etico locale. A tutti i pazienti accedenti il servizio di radiologia interventistica per sottoporsi a Ago Tac ossea con i requisiti specificati nei criteri di inclusione, veniva richiesto il consenso a raccogliere i dati circa l'entità del dolore prima, durante e subito dopo la procedura diagnostica. Ai pazienti consenzienti l'infermiere di ricerca spiegava la modalità di utilizzo della scala Numeric Rating Scale (NRS) utilizzata nello studio per rilevare i livelli di dolore percepito. Prima di iniziare la procedura venivano poi raccolte le informazioni anagrafiche del paziente (età, sesso), la sede della lesione, l'eventuale terapia antalgica in corso e il livello di dolore percepito in quel momento. I criteri di inclusione per poter essere arruolati nello studio erano: tutti i pazienti afferenti al dipartimento di radiologia interventistica da gennaio 2008 a luglio 2010 che dovevano sottoporsi a ago tac ossea e che accettavano di partecipare allo studio. Erano esclusi i pazienti candidati a ago tac in narcosi. Il livello di dolore percepito veniva rilevato attraverso la scala NRS indicata come scelta d'elezione per i suoi livelli di validità, affidabilità e sensibilità<sup>5,19,20</sup>. Dal 4/1/2008 al 13/7/2010 sono stati arruolati 381 pazienti. 99 sono stati esclusi perché avevano eseguito l'ago tac in narcosi. Sono stati quindi valutati 282 pazienti.

### Ago tac ossea

Durante la procedura il paziente veniva posizionato in modo diverso in rapporto

alla regione anatomica sede della lesione da sottoporre a biopsia, in modo tale da potere aggredirla lungo la via d'accesso, ossia la linea di incisione chirurgica dove deve essere introdotto l'ago biopistico, indicata dallo specialista ortopedico. Si procedeva poi con la profilassi antibiotica endovenosa e la centratura della lesione attraverso aghi di calibro sempre maggiore (da 26G a 18G) ed alla effettuazione della anestesia locale generalmente con mepivacaina cloridrato 100mg. Attraverso una piccola incisione cutanea veniva inserito l'ago da biopsia (8G) che sotto controllo TAC viene diretto verso la parte attiva della lesione. Mediante successivi controlli con scansioni TAC (generalmente 3 - 4) si procedeva al progressivo inserimento dell'ago così da attraversare completamente la regione di interesse. Se la corticale opposta al punto d'introduzione era interessata dalla lesione si procedeva al prelievo del campione di tessuto inserendo l'ago direttamente nella corticale ossea; se invece, la corticale era sana, questa non doveva essere contaminata dalla punta dell'ago ed il campione veniva prelevato mediante successive aspirazioni con una siringa da 50 cc collegata all'impugnatura dell'ago da biopsia.

Appena terminata la procedura veniva nuovamente richiesto al paziente il livello massimo di dolore percepito durante la procedura appena conclusa, veniva registrata la terapia antalgica somministrata intra procedura e, infine, prima del ritorno in reparto veniva nuovamente richiesto il livello di dolore percepito. In genere l'ultima intervista veniva effettuata mediamente dopo 15 minuti dal termine dell'ago tac. Tutte le informazioni descritte venivano registrate su una specifica scheda dagli infermieri in servizio.

**Dimensione del campione e analisi statistica**

Per il calcolo della numerosità campionaria ci si è basati sullo dato storico dell'ospedale che evidenziava una deviazione standard della scala NRS pari a 3 punti; la minima differenza clinicamente significativa era stata fissata a 1 punto della scala NRS. Si è utilizzato un T test per dati appaiati a 2 code, con un errore alfa pari a 0.05 e con una potenza di almeno 0.8. Con 75 casi lo studio aveva una potenza di 0.813 e rendeva possibile osservare una differenza al 95% di CI pari a  $\pm 0.69$  punti.

I dati raccolti sono stati registrati su un foglio di Excel Microsoft® e elaborati con il programma statistico SPSS 15.0. Le variabili continue sono state sintetizzate da media e deviazione standard,

se la loro distribuzione non era normale si è usata anche la mediana; le variabili categoriche sono state sintetizzate da frequenza e percentuale di occorrenza rispetto al totale dei casi. La normalità della distribuzione è stata verificata con il test di Kolmogorov Smirnov. Per il confronto tra pre, durante e post trattamento è stata usata ANOVA per misure ripetute con the Bonferroni post hoc pairwise analysis. Il test del chi quadro è stato usato per confrontare le frequenze tra i gruppi, in particolare il Fisher Exact test è stato usato quando si mettevano a confronto gruppi dicotomici, in caso contrario è stato usato il Pearson chi square. L'influenza delle sedi sull'evoluzione del dolore è stata valutata con test non parametrico di Kruskal Wallis, l'influenza del sesso o del tipo di anestetico è stata valutata con test non parametrico di Mann Whitney; l'uso di test non parametrici è stato reso necessario dalla non omogeneità delle varianze verificata con il test di Levene. L'influenza dell'età sull'evoluzione del dolore è stata valutata con Spearman rank correlation. Si è accettato un valore soglia di significatività  $p < 0.05$ .

**Risultati**

Dal 4/1/2008 al 13/7/2010 sono stati arruolati 381 pazienti. 99 sono stati esclusi perché avevano eseguito l'ago tac in

narcosi. Sono stati quindi valutati 282 pazienti.

Tutti i 282 pazienti hanno dato il loro consenso alla raccolta dati. In 204 pazienti è stato possibile raccogliere il dato sul dolore percepito sia prima che durante che subito dopo la procedura. Nei restanti 78 il dato è stato raccolto sia prima che durante la procedura ma non prima della dimissione (dopo circa 15 minuti) per problemi organizzativi.

Le caratteristiche dei pazienti e della procedura sono illustrate nella tabella 1

A tutti i pazienti è stata somministrata una terapia antalgica immediatamente prima della procedura, nell'84% dei casi era rappresentata da infiltrazione locale di mepivacaina cloridrato all'1 o 2%, nel 16% è stata somministrata anche terapia antalgica sistemica. (vedi tabella 1)

I livelli di dolore medi pre procedura erano di 2.4 sulla scala da 0-10 NRS ma la mediana era di 1 poiché 93 pazienti, pari al 33%, avevano già un livello medio di dolore  $\geq 4$  e fra questi 54 (58%) pazienti non ricevevano terapia antalgica come trattamento stabile.

70 pazienti su 282 (25%) erano già in trattamento con terapia antalgica, in questi il 55.7% (39/70) aveva un livello di dolore  $\geq 4$  (media 4).

Il dolore è stato poi anche raggruppato in 3 classi ( $\leq 3, 4-6, \geq 7$ ).

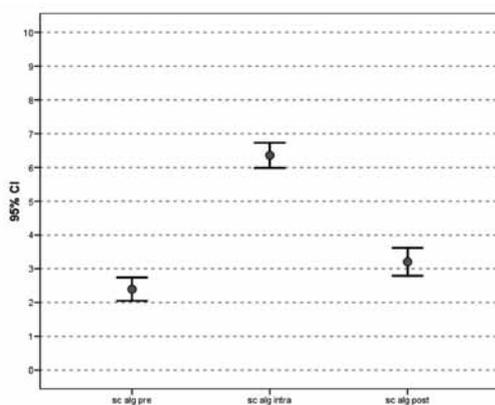
**Tabella 1:** caratteristiche dei pazienti

Caratteristiche	n. pazienti (282)	%
<b>Sesso</b>		
maschi	146	51.8%
femmine	136	48.2%
<b>Età</b>		
media (IC)	48.9 (DS18.7)	
range	13-84	
<b>Sede Ago Tac</b>		
- bacino	86	30.5%
- rachide	43	15.3%
- arto superiore	33	11.7%
- arto inferiore	101	35.8%
- tronco (scapola, sterno, clavicola)	19	6.7%
<b>Terapia antalgica in corso</b>		
- sì	70	25%
<b>Tipo di anestesia locale</b>		
- mepivacaina cloridrato 1%-2%	237	84.1%
- mepivacaina cloridrato 2% più paracetamolo endovena	28	9.9%
- mepivacaina cloridrato 2% più oppioide endovena	17	6%
<b>Livello del dolore pre- procedura</b>		
- scala NRS mediana	1	
- media	2.39 (DS 2.94)	

Durante la procedura la media del dolore è stata di 6.5 (DS 3.19), in particolare 25% dei pazienti aveva un dolore  $\geq$  a 4 (71/282) e 53% (149/282) aveva un dolore  $\geq$  7.

Nei 204 pazienti a cui è stato possibile valutare il livello di dolore percepito a 15 minuti post procedura, persisteva un livello di dolore  $\geq$  7 nel 17% (34/204), mentre la media complessiva del dolore di tutti i pazienti era di 3 (DS 2.99).

Le medie del dolore pre procedure, quella intra e post sono illustrate nel grafico. ANOVA repeated measures with the Bonferroni post hoc pairwise analysis effettuata sui livelli di dolore pre, durante e post procedura evidenzia una variazione significativa tra i 3 tempi. ( $P < 0.0005$ )



### Andamento del dolore durante la procedura

Nel 30.2% dei pazienti che afferiscono presso la diagnostica TAC con dolore da 0 a 3 della scala NRS a cui viene effettuata l'ago TAC ossea, il dolore durante la procedura rimaneva pressoché invariato, ma nel 24% aumentava fra 4 a 6 della scala NRS e più della metà, cioè il 57.7% arrivarono a percepire il massimo dolore (da 7 a 10). Vedi tabella 2

Anche nei pazienti con livelli di dolore pre procedura già fra 4 e 6 o  $\geq$  a 7, la percezione del dolore rimaneva molto alta. Se si valuta il dolore confrontando il dolore percepito prima e dopo la procedura si evidenzia che il dolore dopo almeno 15 minuti dopo la procedura stessa tende a ritornare nei valori iniziali senza sovrapporsi totalmente (tabella 3) risulta infatti che permane una differenza di 1.27 (SD 3,20) nella scala NRS che risulta statisticamente significativa ( $p < 0.0005$ ).

La variazione del dolore fra prima e durante la procedura non è sensibile alle diverse sedi in cui si procede all'ago TAC, né al sesso del paziente e neppure al tipo di anestetico utilizzato (locale vs sistemico) ma è significativamente correlata con l'età (Rho -0.235,  $P < 0,0005$ ) cioè all'aumentare dell'età diminuiscono i livelli di dolore percepiti.

**Tab 2:** Andamento dolore da pre a intra procedura di ago tac ossea

	Pazienti con dolore intra procedura $\leq$ a 3	Pazienti con dolore intra procedura da 4 a 6	Pazienti con dolore intra procedura $\geq$ a 7
Pazienti con dolore pre procedura $\leq$ a 3	N° 57 % 30.2	N° 46 % 24.3	N° 86 % 45.5
Pazienti con dolore pre procedura da 4 a 6	N° 3 % 5.5	N° 20 % 36.4	N° 32 % 58.2
Pazienti con dolore pre procedura $\geq$ a 7	N° 2 % 5.3	N° 5 % 13.2	N° 31 % 81.6

**Tab 3:** Andamento dolore da pre a post operatorio

	Pazienti con dolore post procedura $\leq$ a 3	Pazienti con dolore post procedura da 4 a 6	Pazienti con dolore post procedura $\geq$ a 7
Pazienti con dolore pre procedura $\leq$ a 3	N° 101 % 66.4	N° 36 % 23.7	N° 15 % 9.9
Pazienti con dolore pre procedura da 4 a 6	N° 9 % 28.1	N° 15 % 46.9	N° 8 % 25
Pazienti con dolore pre procedura $\geq$ a 7	N° 5 % 25	N° 4 % 20	N° 11 % 55

Nei 70 pazienti già in terapia antalgica, i livelli di dolore crescono mediamente di meno rispetto ai pazienti non in terapia, quando si confrontano i livelli pre, intra e post procedura come valori continui. La crescita media del dolore infatti fra i 70 pazienti già in terapia antalgica è di 2,9 (SD 3,7) mentre nei restanti 212 è di 4,3 (SD 4,3). Tale differenza è statisticamente significativa ( $P = 0,007$ )

### Discussione

Nonostante l'aumento di procedure di radiologia interventistica anche a livello di indagine diagnostica all'apparato muscolo scheletrico, pochi sono gli studi che documentano i livelli di dolore in questo specifico settore. Per questa ragione abbiamo condotto uno studio prospettico per valutare l'andamento del dolore intra e post procedura rispetto ai valori di base, valutando anche possibili variabili predittive per poter identificare protocolli di analgesia mirati. Per quantificare i livelli del dolore si è deciso di utilizzare la scala NRS ritenuta uno strumento valido, affidabile e con buona sensibilità meno complesso della Visual Analogue Scale<sup>5,19,20</sup>.

Nel presente studio, i livelli di dolore pre procedura già indicano che il problema del dolore è sottostimato anche al di fuori della radiologia interventistica. Infatti il 33,2% dei pazienti giunge in radiologia con un dolore superiore  $\geq$  a 4 della scala NRS considerato non più ottimale dalle

linee guida di riferimento<sup>19</sup>. Inoltre, fra i 70 pazienti già in trattamento antalgico, 39 (55,7%) percepivano un dolore  $\geq$  a 4 sempre della scala NRS, indice di scarsa efficacia della terapia antalgica. Nel nostro studio il livello medio di dolore durante la procedura di ago tac ossea è nettamente superiore ai livelli indicati in letteratura<sup>2,4</sup> anche rispetto all'unico studio che valutava il dolore anche durante biopsie ossee<sup>1</sup> dove, solo in questo gruppo di pazienti, veniva usato solo anestetico locale e non la sedazione cosciente come accade anche nel nostro centro. Nello studio citato<sup>1</sup> il dolore intra procedura per biopsie ossee era di 4,3 nettamente superiore confrontato a altre procedure di radiologia interventistica valutate mentre nel nostro la media era di 6,5 con una mediana di 7. Inaspettatamente, non sono state identificate correlazioni fra dolore e sede dell'Ago Tac ossea, ma questo può essere imputato al non controllo del dolore in generale dove il dolore da procedura era così intenso da coprire correlazioni di intensità minore. Anche il sesso risulta non correlato così come il tipo di analgesia utilizzata. In quest'ultimo caso il razionale sembra imputabile al timing di tale terapia piuttosto che al suo contenuto. Il 16% dei pazienti che riceveva anche analgesia per via sistemica la riceveva infatti subito prima di iniziare la procedura e questo può averne inficiato l'efficacia. I pazienti anziani risultano meno

suscettibili a alti livelli di dolore durante la procedura e questo può essere giustificato dalla diminuita sensibilità al dolore tipico dell'avanzare dell'età.

L'aver individuato una minor recettività al dolore nei pazienti già in terapia antalgica depone a favore di un approccio complessivo, pianificato e programmato per tempo come già consigliato in alcuni lavori<sup>5,8,9</sup>, per mettere il paziente nelle condizioni migliori per poter affrontare una procedura diagnostica invasiva. In questi lavori si consiglia l'utilizzo di sedazione cosciente in associazione all'anestesia locale e sicuramente occorrerà considerare strategie per ricondurre i livelli di dolore percepito entro limiti accettabili per i pazienti che devono sottoporsi a ago tac ossea rispetto a quanto evidenziato dal presente studio. Lo studio ha diversi limiti. Innanzitutto i dati sono stati raccolti da 2 unici infermieri di ricerca (LL e GV). Questo da un lato ha consentito un'alta omogeneità dei dati raccolti ma dall'altro, nei giorni in cui entrambi non erano in servizio, i pazienti accedenti al servizio non sono stati arruolati causando un possibile bias di selezione. Non è stato raccolto il dato relativo al radiologo che operava la procedura peraltro fatta da solo 4 medici tutti di grande esperienza.

In conclusione questo studio analitico prospettico conferma come il problema del dolore in radiologia interventistica è un problema grave e sottostimato. In particolare, è urgente approntare protocolli di terapia antalgica/sedazione nei pazienti che devono essere sottoposti a ago tac ossea indipendentemente dalla sede oggetto di indagine.

#### BIBLIOGRAFIA

- Mueller PR, Biswal S, Halpern EF, Kaufman JA, Lee MJ. Interventional radiologic procedures: patient anxiety, perception of pain, understanding of procedure, and satisfaction with medication—a prospective study. *Radiology*. 2000 Jun;215(3):684-8.
- England A, Tam CL, Thacker DE, Walker AL, Parkinson AS, Demello W, Bradley AJ, Tuck JS, Laasch HU, Butterfield JS, Ashleigh RJ, England RE, Martin DF. Patterns, incidence and predictive factors for pain after interventional radiology. *Clin Radiol*. 2005 Nov;60(11):1188-94.
- Kennedy PT, Kelly IM, Loan WC, Boyd CS. Conscious sedation and analgesia for routine aortofemoral arteriography: a prospective evaluation. *Radiology*. 2000 Sep;216(3):660-4.
- Skehan SJ, Malone DE, Buckley N, Matsumoto S, Rawlinson J, Ting G, Graham D, Alexander J, Somers S, Stevenson GW. Sedation and analgesia in adult patients: evaluation of a staged-dose system based on body weight for use in abdominal interventional radiology. *Radiology*. 2000 Sep;216(3):653-9.
- Hatsiopolou O, Cohen RI, Lang EV. Postprocedure pain management of interventional radiology patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2003 Nov;14(11):1373-85. Review
- Mueller PR, Wittenberg KH, Kaufman JA, Lee MJ. Patterns of anesthesia and nursing care for interventional radiology procedures: a national survey of physician practices and preferences. *Radiology*. 1997 Feb;202(2):339-43
- Trotteur G, Stockx L, Dondelinger RE. Sedation, analgesia and anesthesia for interventional radiological procedures in adults. Part I. Survey of interventional radiological practice in Belgium. *JBR-BTR*. 2000 Jun;83(3):111-5
- Arepally A, Oechsle D, Kirkwood S, Savader SJ. Safety of conscious sedation in interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2001 May-Jun;24(3):185-90
- Patatas K, Koukkouli A. The use of sedation in the radiology department. *Clin Radiol*. 2009 Jul;64(7):655-63. Epub 2008 Dec 30.
- Schratter M. CT-guided percutaneous biopsy in orthopedics. Indications—planning—technical—personal experiences, with special reference to the spine. *Radiologe*. 1990 May;30(5):201-13. Review.
- Puri A, Shingade VU, Agarwal MG, Anchan C, Juvekar S, Desai S, Jambhekar NA. CT-guided percutaneous core needle biopsy in deep seated musculoskeletal lesions: a prospective study of 128 cases. *Skeletal Radiol*. 2006 Mar;35(3):138-43. Epub 2005 Dec 9
- Rimondi E, Staals EL, Errani C, Bianchi G, Casadei R, Alberghini M, Malaguti MC, Rossi G, Durante S, Mercuri M. Percutaneous CT-guided biopsy of the spine: results of 430 biopsies. *Eur Spine J*. 2008 Jul;17(7):975-81. Epub 2008 May 8.
- Hau A, Kim I, Kattapuram S, Hornicek FJ, Rosenberg AE, Gebhardt MC, Mankin HJ. Accuracy of CT-guided biopsies in 359 patients with musculoskeletal lesions. *Skeletal Radiol*. 2002 Jun;31(6):349-53. Epub 2002 Mar 7.
- Gupta S, Madoff DC. Image-guided percutaneous needle biopsy in cancer diagnosis and staging. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2007 Jun;10(2):88-101. Review
- Heyer CM, Al-Hadari A, Mueller KM, Stachon A, Nicolas V. Effectiveness of CT-guided percutaneous biopsies of the spine: an analysis of 202 examinations. *Acad Radiol*. 2008 Jul;15(7):901-11.
- Rimondi E, Rossi G, Bartalena T, Ciminari R, Alberghini M, Ruggieri P, Errani C, Angelini A, Calabrò T, Abati CN, Balladelli A, Tranfaglia C, Mavrogenis AF, Vanel D, Mercuri M. Percutaneous CT-guided biopsy of the musculoskeletal system: Results of 2027 cases. *Eur J Radiol*. 2010 Sep 8. [Epub ahead of print]
- American Society for Pain Management Nursing (ASPMN); Emergency Nurses Association (ENA); American College of Emergency Physicians (ACEP); American Pain Society (APS). Optimizing the treatment of pain in patients with acute presentations. Policy statement. *Ann Emerg Med*. 2010 Jul;56(1):77-9.
- Gordon DB, Dahl JL, Miasowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, Lipman AG, Bookbinder M, Sanders SH, Turk DC, Carr DB. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med*. 2005 Jul 25;165(14):1574-80.
- Savoia G, Ambrosio F, Paoletti F, Bertini L, Mattia C, Amantea B, Branca L, Denicola A, Nicosia F, Nollì M, Pagnoni R, Paolicchi A, Rossignoli L, Sansone A, Santangelo E, Tufano R, Varrassi G, Venuti S; SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain. SIAARTI Study Group for Acute/Chronic Pain. *Minerva Anestesiol*. 2002 Oct;68(10):735-50.
- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *J Clin Nurs*. 2005 Aug;14(7):798-804. Review.

## • Nursing infermieristico e monitoraggio del neonato asfittico sottoposto a trattamento ipotermico selettivo

**Andrea Ugolini**

*Infermiere U.O. Terapia Intensiva Neonatale – Neonatologia  
Referente Formazione  
Dipartimento Salute della Donna,  
del Bambino e dell'Adolescente*

L'impiego dell'ipotermia selettiva nel trattamento dell'encefalopatia ipossico-ischemica di grado moderato-severo è stato recentemente oggetto di una meta-analisi che ha riportato, nei trattamenti con ipotermia rispetto ai controlli, una riduzione significativa di mortalità (jacobs S e cool. Cooling for newborn with hypoxic ischaemic encephalopathy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007). L'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale – Neonatologia del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, essendo un centro Hub (assistenza a elevata complessità), svolge da diversi anni questo tipo di trattamento, il quale richiede una stretta collaborazione tra i membri dell'equipe di reparto ed una assistenza infermieristica altamente specialistica.

#### ABSTRACT

L'encefalopatia ipossico-ischemica è una delle cause più comunemente riconosciute di paralisi cerebrale infantile (6-23%) (1) e, nonostante i progressi compiuti in campo ostetrico-neonatologico negli ultimi decenni, l'incidenza di sequele neurologiche ed in particolare di paralisi cerebrale non ha subito sostanziali variazioni.

Si comprende, quindi, l'esigenza di adottare modalità di gestione del neonato asfittico che possano definirsi appropriate, efficaci e condivise dal team di assistenza costituito principalmente dall'ostetrico, ginecologo, infermiere e neonatologo.

Il neonato asfittico è un neonato che presenta evidenza alla nascita di ipossia intrapartum, definita da almeno uno dei seguenti criteri (2-4)

- Punteggio di Apgar  $\leq 5$  a 10' minuti di vita o
- Necessità di proseguire la rianimazione con tubo endo-tracheale o maschera e pallone ancora a 10 min di vita o
- Acidosi fetale definita come - pH  $\leq 7.0$  o BE  $\geq 16$  mmol/L (da ega preferibil-

mente da arteria ombelicale ottenuta nei primi 60 min di vita); nel caso sia presente uno dei suddetti criteri è opportuno non riscaldare il paziente e trasferirlo o ricoverarlo in UTIN.

All'ingresso in reparto, o comunque entro le 6 ore di vita, viene eseguito dal medico l'esame obiettivo neurologico che permette di valutare il grado di encefalopatia ipossico-ischemica secondo la stadiazione di Sarnat & Sarnat (5), al fine di individuare i pazienti candidabili al trattamento ipotermico.

Viene successivamente effettuata da parte del personale infermieristico la valutazione dei parametri vitali quali, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, perfusione cutanea e saturazione tissutale periferica.

È di fondamentale importanza assicurare un accesso venoso centrale per l'eventuale infusione di farmaci (cardiocinetici, anticonvulsivanti e sedativi). (6) In presenza di un criterio di ipossia intrapartum e di encefalopatia di tipo moderato-severo si procede al posizionamento dell'elettroencefalogramma ad integrazione di ampiezza (aEEG).

Previa disinfezione della cute si procede all'inserimento degli elettrodi per via sottocutanea e al loro fissaggio mediante nastro adesivo (fixomul). La durata del tracciato aEEG deve essere di almeno venti minuti. Il tracciato dovrebbe essere valutato prima della eventuale somministrazione di terapia anticonvulsivante e cercando di ridurre al minimo stimoli in grado di alterare il tracciato. (7,8) La registrazione della attività elettrica deve essere protratta per tutta la durata del trattamento (72 ore più rewarming) devono essere, inoltre, segnalati dal personale infermieristico eventuali episodi convulsivi o qualsiasi manovra effettuata sul bambino in grado di modificare il fisiologico aspetto del tracciato (puntura tallone, rilevazione PA, aspirazione endotracheale). Di rilevante importanza è la segnalazione della somministrazione di terapia anticonvulsivante in grado di deprimere il tracciato aEEG. In presenza di un tracciato con pattern di tipo moderatamente o severamente anormale si procede nella preparazione del sistema Olympic Cool-Cap® per il trattamento ipotermico selettivo. (2,9) Mentre un operatore procede al settaggio della macchina vengono effettuate le ultime manovre cruente, come per esempio il posizionamento del catetere vescicale. Terminata la procedura di allestimento dei circuiti, vengono posizionate le tre sonde di temperatura, localizzate rispettivamente a livello rettale, della fontanella anteriore e dell'ipocondrio destro. A questo punto si procede con

la preparazione del neonato per il trattamento ipotermico, in particolare è necessario rimuovere il pannolino e porre l'isola neonatale in posizione orizzontale. Dopo il posizionamento del cappuccio isolante, costituito da cappuccio ad acqua, dispositivo di ritenzione di cappuccio ad acqua e cappuccio isolante, è necessario inserire lo schermo termico ed iniziare quindi il raffreddamento.

Durante le prime fasi del riscaldamento è bene controllare il riscaldatore radiante, in particolare si deve fare attenzione a non usarlo in modalità manuale e a non impostare la temperatura di tale riscaldamento oltre i 37,5 °C.

Per l'intera durata del trattamento ipotermico selettivo è di fondamentale importanza controllare che la temperatura rettale del neonato si trovi nel range di riferimento (34,0 °C-35,0 °C). L'equipe infermieristica è responsabile del monitoraggio della temperatura rettale e di quella dell'acqua del cappuccio, al fine di regolare in modo adeguato la temperatura dell'acqua, attraverso il display, per mantenere la temperatura rettale nel range di riferimento.

Le eventuali variazioni di temperatura devono essere effettuate con incrementi o decrementi di temperatura di 0,5 °C, con un successivo tempo di osservazione di circa 45 minuti.

La terapia anticonvulsivante riduce la temperatura rettale pertanto in corso di somministrazione del farmaco monitorare tale temperatura aumentando, se necessario, di 0,5 °C la temperatura dello scalpo al fine di mantenere la temperatura rettale nel range di riferimento.

Una temporanea sospensione dell'ipotermia viene effettuata per il controllo dello scalpo che si verifica ogni 12 h e nel caso sia richiesta l'esecuzione di un esame EEG. Tali pause non dovrebbero essere protratte per più di 30 minuti.

Sono riportati in letteratura diversi effetti avversi legati al trattamento ipotermico, in particolare sono segnalati bradicardia ed ipotensione, trombocitopenia, alterazioni della funzionalità epatica e renale, alterazioni cutanee e rialzo degli indici di flogosi. (4) Tali effetti pongono indicazione ad un monitoraggio medico-infermieristico basato sul rilevamento della PA ogni 6 ore, valutando l'opportunità di somministrare inotropi (10), sul monitoraggio quotidiano della diuresi e dell'integrità dell'epidermide a livello del cuoio capelluto ogni dodici ore. È necessario eseguire almeno un ECG al giorno per la valutazione del ritmo cardiaco, del QT, che può risultare allungato, e la presenza di segni di ischemia cardiaca. Gli esami di funzionalità epato-renale ed assetto coagulativo devono essere ese-

guiti quotidianamente fino al termine del trattamento ipotermico.

Per l'adeguata cura del neonato vanno ridotti al minimo gli stimoli rumorosi e va effettuata un'adeguata cura posturale e la valutazione dell'efficacia della sedazione. Terminate le 72 ore di trattamento ipotermico, si procede alla fase di riscaldamento, ottenuto incrementando la temperatura di circa 0,5 °C ogni ora fino al raggiungimento della normale temperatura rettale (2-4). Anche in questa fase è necessario il monitoraggio dei principali parametri vitali, della PA, della temperatura e il riconoscimento di eventuale sintomatologia convulsiva (11).

Terminata la fase di rewarming il personale infermieristico procede alla rimozione degli accessori dell'Olympic Cool-Cap® e alla disinfezione degli elementi riutilizzabili, ed infine vengono rimossi gli elettrodi del CFM.

### Conclusioni

Negli ultimi anni sono stati pubblicati due importanti trials sull'ipotermia cerebrale nel neonato a termine, (CoolCap trial e NICHD trial) che hanno dimostrato un outcome sfavorevole rispettivamente nel 66% e 62% dei neonati non trattati. Non sono ancora noti i risultati di tre studi internazionali (di cui il toby trial è sicuramente il più importante dal punto di vista numerico), che hanno reclutato 650 neonati. Ad oggi, molte Neonatologie non hanno ancora un atteggiamento definito sull'ipotermia e attendono i risultati degli ultimi trials prima di inserire questo trattamento nei loro protocolli, anche se l'evidenza sta diventando pressante ed impone valutazioni e scelte che possono avere risvolti medico-legali. È stato recentemente fatto notare che se anche tutti i trial in corso non dimostrassero efficacia, in ogni caso il Rischio Relativo (RR) avrebbe un intervallo di confidenza (CI) inferiore a 1 e il Number Needed to Treat (NNT) salirebbe a 15, quindi il trattamento ipotermico sarebbe comunque vantaggioso. Si pone quindi per tutte le Neonatologie Italiane il problema di organizzare un sistema che consenta il trattamento in tempi e modi adeguati dei neonati che ne presentino le indicazioni, tenendo presente che se l'ipotermia in sé non è una procedura difficoltosa, lo è invece la gestione del neonato in ipotermia, che deve necessariamente essere ricoverato in una Terapia intensiva di III° livello.

### BIBLIOGRAFIA

1. Blair E, Watson L. Epidemiology of cerebral palsy. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006;11:117-25.
2. Gluckman PD, Wyatt JS, Azzopardi D, Ballard R, Edwards AD, Ferriero DM, Polin RA, Robertson CM, Thoresen M, Whitelaw A, Gunn AJ. Selective head cooling with mild systemic hypothermia after neonatal encephalopathy: multicen-

- tre randomised trial. Lancet. 2005; 365:663-70.
3. Shankaran S, Laptook AR, Ehrenkranz RA, Tyson JE, McDonald SA, Donovan EE, Fanaroff AA, Poole WK, Wright LL, Higgins RD, Finer NN, Carlo WA, Duara S, Oh W, Cotten CM, Stevenson DK, Stoll BJ, Lemons JA, Guillet R, Jobe AH; National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. N Engl J Med. 2005; 353:1574-84.
  4. Jacobs S, Hunt R, Tarnow-Mordi W, Inder T, Davis P. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database Syst Rev. 2007; CD003311.
  5. Sarnat HB, Sarnat MS. Neonatal encephalopathy following fetal distress: a clinical and electroencephalographic study. Arch of Neurology. 1976; 33:696-705.
  6. Gruppo di Studio Analgesia e Sedazione nel Neonato. Società Italiane Neonatologia. Linee-guida per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato. CLEUP, Padova. Seconda Edizione 2008.
  7. Van Leuven K, Groenendaal, Toet MC, Schobben AF, Bos SA, de Vries LS, Rademaker CM. Midazolam and amplitude-integrated EEG in asphyxiated full-term neonates. Acta Paediatr. 2004; 93:1221-7.
  8. Shany E, Benzaquen O, Friger M, Richardson J, Golan A. Influence of antiepileptic drugs on amplitude-integrated electroencephalography. Pediatr Neurol. 2008; 39:387-91.
  9. al Naqeeb N, Edwards AD, Cowan FM, Azzopardi D. Assessment of neonatal encephalopathy by amplitude-integrated electroencephalography. Pediatrics. 1999; 103:1263-71.
  10. Lin Y, Greisen G. Analysis of the risk of brain damage in asphyxiated infants. J Perinat Med. 1996; 24:581-9.
  11. Battin M, Bennet L, Gunn A. Rebound seizures during rewarming. Pediatrics 2004; 114: 1369

## • Il consigliere di fiducia nelle aziende sanitarie

**Sabrina Colombari**  
Infermiera, Responsabile del progetto CDF, AUSL di Bologna

**Pasquale Ciccarelli**  
Medico, Consigliere di Fiducia, AUSL di Bologna

**Gruppo interaziendale dei Consiglieri di Fiducia**

### LA FIDUCIA

*Non è tanto dell'aiuto degli amici che noi abbiamo bisogno, quanto della fiducia che essi ci aiuterebbero nel caso ne avessimo bisogno.*

*Epicuro*

Il capitale sociale di un gruppo o istituzione è proporzionale al livello di fiducia che le persone nutrono reciprocamente. Le relazioni di fiducia sostengono l'identità collettiva e rafforzano le dinamiche della partecipazione e dell'identificazione personale, producendo benefici non solo per i singoli, ma per tutti gli appartenenti ad una collettività: divengono un capitale immateriale a disposizione di

tutti, fruttuoso per la vita economica, sociale e politica. Quando una società o una organizzazione è povera di capitale sociale manca di risorse per il suo sviluppo e la sua crescita civile, poiché la sfiducia, la diffidenza e lo scetticismo divengono i regolatori di ogni rapporto.

### IL CONSIGLIERE DI FIDUCIA

Il Consigliere di Fiducia (CdF) opera all'interno delle aziende per la promozione e la tutela della dignità sul lavoro. L'introduzione di questa figura discende dalla adozione di un codice di condotta che la preveda. Il codice di condotta è un atto di carattere volontario, assunto dal datore di lavoro al fine di promuovere un clima favorevole al rispetto della dignità della persona che lavora. Il codice integra, affianca e supporta le regole contenute nei contratti collettivi e nelle leggi. I requisiti fondamentali del Consigliere di fiducia sono la riservatezza, la terzietà, l'autonomia, l'indipendenza di giudizio e la capacità di ascolto. Non sono richiesti specifici titoli professionali o culturali, ma sono utili conoscenze di diritto, capacità di analisi e lettura organizzativa e competenze relazionali. Al di là di generiche definizioni, di scarni riferimenti normativi, e delle interpretazioni e visioni del ruolo offerte dalle professioni potenzialmente coinvolte, ogni CdF è espressione della specifica organizzazione in cui è chiamato ad operare. Il collegamento fra il CdF e l'organizzazione è, come detto, costituito dal codice di condotta che usualmente definisce, oltre agli ambiti di riferimento (discriminazioni, molestie, mobbing...) una procedura informale che il CdF attua in caso di richiesta del suo intervento. Sarà ancora il Codice, ovvero ulteriori atti (es. incarico o contratto) ad integrare la previsione di attività del CdF, sia in termini generali (es promozione della cultura e dei valori, informazione, ecc...) sia operativi (obiettivi, reportistica).

### CONTESTO NORMATIVO

La figura del Consigliere di Fiducia è stata prevista nella Raccomandazione della Commissione europea 92/131 relativa alla Tutela della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro e nella Risoluzione A3-0043/94 del Parlamento europeo "Designazione di un Consigliere nelle Imprese o Consigliere di Fiducia". Nel nostro ordinamento giuridico il diritto soggettivo violato dalle molestie morali e dal mobbing è in primo luogo quello alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione che recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'indivi-

duo e interesse della collettività [...]". Anche il Codice Civile contempla la tutela i lavoratori, all'art 2087: "L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro". La contrattazione collettiva di comparto, dal quadriennio 2002-2005 in avanti, ha affrontato il tema facendo rientrare, tra le competenze dei comitati antimobbing, anche quella di proporre, alle Amministrazioni, codici di condotta specifici. La fase di recepimento delle direttive comunitarie antidiscriminatorie (dir. 2000/43, 2000/78, 2002/73) e l'approvazione del testo unico di salute e sicurezza, D.lgs. 81/2008, hanno reso attuali la centralità e la necessità dei Consiglieri di Fiducia, chiamati ad operare nell'ambito definito da un codice di comportamento e di prevenzione adottato da un datore di lavoro pubblico o privato.

### L'ESPERIENZA AVVIATA A BOLOGNA

L'Azienda USL di Bologna e l'AOSP Universitaria S. Orsola - Malpighi, come naturale conseguenza della approvazione dei codici di condotta da parte dei rispettivi Direttori Generali, hanno attivato congiuntamente questa nuova funzione aziendale deputata alla prevenzione, alla gestione ed al monitoraggio di episodi di discriminazione, molestie o mobbing.

I CdF sono 10 dipendenti delle Aziende, in possesso di diploma di laurea e con anzianità di servizio di almeno 5 anni, individuati mediante procedura selettiva interna. Ad essi possono rivolgersi tutte le donne e gli uomini che, a qualunque titolo, lavorano all'interno delle strutture aziendali e che si ritengono vittime di molestie o discriminazioni.

I CdF, come previsto dai Codici di Condotta aziendali, realizzano inoltre iniziative finalizzate alla diffusione della conoscenza della propria funzione, ed attività di informazione e sensibilizzazione rivolte a tutto il personale dell'Azienda. Garantiscono l'ascolto al personale che si ritiene vittima di episodi di discriminazione, molestia o mobbing sul posto di lavoro, assicurando terzietà, competenza e riservatezza nella gestione dei casi segnalati. Il CdF opera su espresso incarico della persona interessata, concordando con la stessa ogni intervento ed astenendosi da qualunque azione non preventivamente convenuta. Il CdF può chiedere l'intervento di esperti (psicologi, avvocati) per formulare il proprio giudizio sulla scorta di pareri qualificati; può sentire l'autore/autrice dei comportamenti molesti e acquisire

eventuali testimonianze; può promuovere incontri di mediazione tra le parti in conflitto o proporre altre misure utili alla cessazione della discriminazione o molestia accertate.

### LA SELEZIONE

Le due Aziende hanno deciso di individuare i CdF tramite una procedura selettiva finalizzata a ricercare, oltre le conoscenze curriculari, persone in possesso di caratteristiche ed attitudini personali, indispensabili per ricoprire un ruolo tanto delicato, quali: orientamento all'ascolto, capacità di giudizio, gestione della relazione e delle emozioni, capacità di mediazione e di gestione del conflitto. La selezione è stata effettuata con la collaborazione di una terza parte esterna esperta in selezione del personale, che ha garantito competenza e massima oggettività nella valutazione delle attitudini e delle competenze dei candidati. Il percorso di selezione è stato il seguente:

1. Pubblicazione del Bando interno, raccolta delle domande ed analisi di congruenza con i prerequisiti e primo prescreening formale.
2. Prima selezione dei candidati effettuata attraverso la somministrazione collettiva di due prove (prova di comprensione verbale e prova di problem solving analitico).
3. Analisi approfondita delle attitudini dei candidati ammessi alla fase finale attraverso intervista motivazionale.
4. Valutazione dei risultati dell'Assessment e formulazione di una graduatoria che ha raggruppato i candidati in profili di competenza, in funzione delle caratteristiche emerse e valutate dall'assessment.
5. Decisione delle Aziende, comunicazione dei risultati ai candidati, nomina/assegnazione degli incarichi e feed back individuale a tutti i candidati che hanno completato il percorso selettivo.

chi e feed back individuale a tutti i candidati che hanno completato il percorso selettivo.

Le domande di partecipazione alla selezione sono state 70 per le due aziende, rappresentative di quasi tutte le professioni presenti nelle aziende. La varietà professionale ha caratterizzato anche la rosa di 33 candidati ammessi al colloquio, ed il gruppo dei 10 professionisti nominati dalle direzioni generali delle due aziende.

Il gruppo dei CdF incaricati è costituito da 2 Infermiere, 2 Medici, 1 Ostetrica, 1 Assistente Sociale, 1 Educatore, 1 Dirigente Amministrativo, 1 Collaboratore Amministrativo ed 1 Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.

### FORMAZIONE

Il progetto interaziendale prevede per i CdF nominati percorsi di formazione ad hoc, anche individuali, finalizzati a:

- uniformare nel gruppo il livello delle conoscenze attese relative ad aspetti giuridici in materia di molestie e discriminazioni;
- sviluppare la capacità di analisi dei contesti organizzativi e conoscenza della organizzazione del lavoro delle rispettive aziende;
- affinare le capacità nella gestione dei casi, capacità di ascolto, di gestione del colloquio, e negoziazione e mediazione.

Una iniziativa formativa essenziale, a parere di chi scrive, è costituita dal "Corso di Perfezionamento e di Aggiornamento professionale per Consiglieri di Fiducia, Esperte/i in prevenzione e risoluzione dei casi di molestie sessuali e mobbing nel lavoro pubblico e privato", dell'Università di Verona, che fornisce competenze rispetto agli approcci giuridici relativi a discriminazioni, molestie e mob-

bing, alla organizzazione del lavoro, valutazione dei rischi lavorativi psicosociali e gestione dei casi. La prima attività d'aula svolta ha avuto, il duplice obiettivo di affinare le tecniche di ascolto attivo e di gestione dei conflitti e potenziare, contemporaneamente, il senso di appartenenza al gruppo e la fiducia reciproca tra CdF.

Al fine di socializzare e capitalizzare le modalità di lavoro, le esperienze e la pratica operativa i CdF svolgono periodicamente, tra pari o con il supporto di un facilitatore, incontri di audit e revisione della pratica.

### CONCLUSIONI

Il benessere psicofisico di chi svolge una professione di aiuto e/o cura è condizione indispensabile alla buona qualità del lavoro. I professionisti che lavorano in sanità sono esposti, come è noto, ad elevati livelli di stress, che può pregiudicare la loro salute e compromettere il clima del contesto nel quale operano. Il turn - over del personale, i tassi di assenza per malattia o infortunio spesso trovano, in un clima lavorativo conflittuale, una causa importante.

Nell'ampio panorama di interventi destinati al benessere dei lavoratori che le aziende sanitarie attuano, il CdF è una figura nuova che potrà giocare un ruolo rilevante.

La definizione del Codice di Condotta e la istituzione del Consigliere di Fiducia, non derivando da un dettato normativo, si configurano come una libera scelta da parte dei vertici organizzativi. Le scelte effettuate dalle aziende evidenziano, accanto alla attenzione per la promozione e salvaguardia di relazioni "corrette" fra i componenti della organizzazione, il coraggio di rendere espliciti temi che usualmente non lo sono, riconoscendone in tal modo l'importanza per la vita all'interno dell'organizzazione. Alcuni elementi del percorso effettuato ci appaiono particolarmente positivi e qualificanti. Il processo attivo e partecipato attraverso cui si è giunti alla stesura del codice ha coinvolto attivamente una ampia rappresentanza di professionisti e le organizzazioni sindacali, consentendo la definizione di un documento condiviso che esplicita - oltre ad elementi valoriali e di principio - impegni ed attività concretamente verificabili. La scelta di procedere ad una selezione "qualificata" e l'attivazione dei consiglieri tramite nomina fiduciaria costituiscono elementi amplificanti dei contenuti del codice, dell'attenzione e delle attese dei lavoratori. Riteniamo infine che la costituzione di un gruppo di CdF unico interaziendale sia stata una scelta

### La mediazione dei conflitti

I CdF sono chiamati ad affrontare situazioni di disagio lavorativo nelle quali, frequentemente, la crisi è determinata dalla presenza di conflitto tra colleghi o tra capo e collaboratore. Se il conflitto appartiene alla natura umana, ed è utopico pensare ad un mondo senza conflitti, la mediazione si pone come una delle possibili alternative per ridurre gli effetti indesiderabili e distruttivi di una situazione conflittuale. Nel conflitto esiste un'opportunità di sviluppo e crescita, non deve essere messo a tacere, o curato come un male della società, piuttosto gestito perché è un segnale utile a ridefinire la situazione. La mediazione è il percorso d'elezione per la gestione trasformativa dei conflitti. E' un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti "patologici" di un grave conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti per raggiungere un obiettivo concreto: la costruzione di relazioni che risultino il più possibile soddisfacenti per tutti. La negoziazione ragionata spinge le persone in lite al cambiamento, il quale può avvenire soltanto se esse sono disposte ad ascoltarsi reciprocamente con attenzione, a porsi in una qualche relazione che consenta di dare luogo ad una situazione "terza" innovativa e risolutiva rispetto al punto di partenza, a riconoscersi reciprocamente come interlocutori validi sul piano del rispetto e della dignità.

vincente per diversi motivi. Il gruppo svolge una funzione fondamentale di supporto e consulenza reciproca tra i diversi soggetti che ne fanno parte, fattori importanti nella costruzione di una funzione nuova e sensibile. Tale scelta offre, inoltre, la possibilità al personale delle due aziende, di potersi rivolgere a CdF della propria o dell'altra azienda, qualora sia ricercato un ascolto del tutto estraneo al proprio ambito lavorativo. La condivisione del progetto tra le due aziende, infine, ha permesso di effettuare economie rispetto ai costi di selezione e formazione e consente di capitalizzare una maggior esperienza e casistica trattata.

Pur nella consapevolezza delle difficoltà da affrontare e dell'impegno necessario per migliorare la qualità della vita all'interno dei nostri luoghi di lavoro, crediamo che il ruolo dei Consiglieri di Fiducia possa contribuire in maniera significativa a costruire e ri-costruire il capitale di fiducia circolante nelle organizzazioni.

**BIBLIOGRAFIA**

Azienda USL di Bologna, Il Codice di Condotta, 2009.  
 Belardinelli S., Allodi L., Sociologia della cultura, Franco Angeli Ed. 2006.  
 Calafà L., Il Consigliere di Fiducia tra nuovi rischi, codici di condotta e buone prassi, Atti Convegno "Il mobbing: Complessità, Prospettive, Indirizzi", Univ. degli Studi dell'Insubria, 2009.  
 Cendon P. a cura di, Lavoro, Wolter Kluwer Italia, 2009.  
 Corbizzi Fattori G., Simonini F., Stress lavoro-correlato: valutazione e gestione pratica, Wolter Kluwer Italia, 2010.  
 Fisher R., Ury W., L'arte del negoziato, Mondatori, Ed. 1985.  
 Garfinkel H., La fiducia, Armando Ed., 2005.  
 O'Neill O., Una questione di fiducia, Vita e Pensiero Ed. 2003.  
 Rao R., La costruzione sociale della fiducia, Li guori Ed., 2007.

• **Tubercolosi: storia di una malattia infettiva.**

*(prima parte)*

**Dott. Sergio Sabbatani**

**Unità Operativa di Malattie Infettive – Policlinico S. Orsola - Malpighi.**

**RIASSUNTO**

Sono stati considerati tre importanti capitoli per ricostruire la storia della Tubercolosi (TB):

- 1) Le evidenze paleo patologiche
- 2) Storia e sviluppo delle conoscenze
- 3) Storia ed evoluzione dell'assistenza sanitaria ai malati di TB.

Nel primo paragrafo, attraverso una ricerca bibliografica, si è stabilito da quanto tempo la specie umana deve fronteggiare l'infezione tubercolare e quale è la provenienza. Molto probabilmente già nel paleolitico l'uomo era interessato dal contagio, le comunità di cacciatori- raccoglitori entrarono in contatto con il micobatterio quando, cacciando i bovini selvaggi, dovevano poi macellarli. Sicuramente alla fine del periodo mesolitico e all'inizio del neolitico, quando si affermò la prima domesticazione dei bovini, il contatto divenne più stretto e continuo ed aumentarono le possibilità di contagio. Le attestazioni su scheletri retrodatati fino 7-8 000 anni fa sono relativamente numerose, in particolare è possibile rilevare i classici reperti di interessamento del rachide (*Morbo di Pot*) in mummie egizie ed in soggetti vissuti in Italia durante il neolitico.

In America del Sud sono stati rilevati identici reperti in mummie pre-colombiane e ciò sta a dimostrare che la TB non è stata portata nel nuovo mondo con la sua scoperta, ma coinvolgeva gli amerindi prima del viaggio di Colombo. Ricerche effettuate utilizzando tecniche biomolecolari (PCR) hanno confermato che si trattava nei casi citati di infezione da *Micobacterium tuberculosis*, pertanto oggi si può affermare con certezza che l'*homo sapiens* convive con l'infezione tubercolare da molti millenni. Una recente scoperta, avvenuta in Turchia, avrebbe dimostrato, in un cranio appartenuto ad un *homo erectus* retrodatato a 500 000 anni fa, la presenza di granulazioni all'interno della scatola cranica, che riproducono aspetti tipici della meningite tubercolare.

Nel secondo paragrafo si è ripercor-

so, necessariamente in maniera sintetica, il sentiero tracciato dalle più importanti scoperte scientifiche che dal XVI secolo hanno portato ad un sempre maggiore sapere sulla tubercolosi; Fracastoro, Bernardino Ramazzini, Morton, Bayle, Laennec, Louis, Jean Antoine Villemin, Robert Koch, Madame Curie, Forlanini, sono i grandi scienziati che, grazie ai loro studi, hanno aperto la strada della conoscenza sui meccanismi patogenetici e sulle basi infettive microbiologiche della TB.

Nel terzo paragrafo si è infine delineato il percorso che dalla fine del XVII secolo è stato fatto per organizzare l'assistenza ai malati di tubercolosi. La comprensione della necessità di isolare i malati, per evitare il contagio (Lucca 1699), il raggruppamento dei malati in zone separate dell'ospedale (Napoli 1776), la necessità di trasportare i malati in lettighe speciali che tutelavano gli addetti al trasporto (Napoli 1783) e poi la nascita, a metà dell'Ottocento, dei primi sanatori montani in Germania, in Svizzera, in Inghilterra ed in Italia sono i capisaldi su cui si è costruita l'organizzazione dell'assistenza. In seguito, nel XX secolo, la costruzione della rete dispensariale per l'assistenza e la prevenzione della diffusione del contagio, costituì il passo decisivo che tra le due guerre e poi al termine del secondo conflitto, consentì un significativo miglioramento della dimensione epidemica.

**Premessa**

La tubercolosi ha arrecato all'umanità da millenni danni importanti sia in termini di morbilità che mortalità, questi danni si sono accentuati da quando le aggregazioni umane nei centri urbani sono divenute più consistenti dal punto di vista demografico. Con le prime manifestazioni proto industriali ed in seguito, nell'Ottocento, con la Rivoluzione Industriale e con la colonizzazione nei nuovi continenti che progressivamente erano toccati dalla civilizzazione europea, la diffusione globale è diventata sempre più un problema sanitario coinvolgente larga parte delle popolazioni europee e dei nuovi continenti.

Oggi la TB è la malattia infettiva più diffusa al mondo e interessa specialmente i Paesi in via di Sviluppo e i paesi emergenti come Cina, India, Paesi del Sud Est Asiatico, Brasile e Sud Africa. In sintesi si può affermare che la pandemia tubercolare costituisce un blocco importante per il decollo



economico e per lo sviluppo sociale per alcuni miliardi di persone.

Vista l'importanza del ruolo svolto dalla TB nel condizionare lo sviluppo dell'umanità gli studiosi si interessano non solo ai complessi aspetti epidemiologici, diagnostici e terapeutici che riguardano questa malattia, ma volgono la loro attenzione alla ricostruzione della sua storia ed ai tentativi di interpretazione scientifica che sono stati compiuti per svelarne le cause.

Un interesse intrigante è quello che i paleo patologi hanno sviluppato all'interno della comunità scientifica, dopo che Sir Marc Armand Ruffer, nel 1921, descrisse il primo caso di TB ossea in una mummia vissuta più di 3.000 anni fa (1). Da quella data, grazie anche alle nuove tecniche biomolecolari e radiologiche (figura 1), è stato possibile stimare da quando l'umanità si deve confrontare con questo problema. Oggi, alla luce dei contributi scientifici degli ultimi anni, si è autorizzati a pensare che la retrodatazione del coinvolgimento dell'uomo da parte dell'infezione tubercolare è tutt'altro che definita. E' possibile che nuove scoperte archeologiche e paleo antropologiche, unitamente all'affinamento delle tecniche immunologiche e bio molecolari, possano fornire ulteriori sorprese, spostando indietro ulteriormente (dal periodo paleolitico) la lancetta del coinvolgimento umano. Infine la storia dei primi tentativi di assistenza ai malati suscita un particolare interesse in quanto si intreccia con l'evolversi della visione epistemologica sulla malattia tubercolare. Tutto inizia con il pensiero religioso medievale: ai Re Taumaturghi Franchi era riconosciuto un potere terapeutico che costoro esercitavano mediante l'apposizione delle mani sul capo dei malati; per questo motivo folle di malati scrofolosi si affidavano a loro nella speranza di guarire. In seguito, nel XVI secolo, Fracastoro, seppure sprovvisto di uno strumento che gli consentisse di studiare il mondo microscopico immagina, con un' intuizione strabiliante, l'esistenza di una entità che chiama *seminaria contagiorum*, come responsabile della tisi.

La storia dell'assistenza ai malati e dei tentativi di ridurre il contagio mediante misure contumaciali nei confronti dei tisici, si intreccia con il confronto scientifico, tra le due tesi contagionista e anti-contagionista, che per un lungo periodo ha diviso il mondo scientifico. Questa contrapposizione comportava riflessi importanti sulle politiche sani-

tarie che venivano implementate per ridurre l'impatto epidemico.

Obiettivo di questo articolo è quello di soffermarsi su questi tre argomenti, che costituiscono capitoli fondamentali per ricostruire la storia della tubercolosi.

### Le evidenze paleopatologiche.

La transizione dalla primitiva economia, caratterizzata dalla caccia e raccolta, verso un'economia più strutturata, ove la produzione di cibo era dovuta alla domesticazione di animali e piante (cereali), ha influito sensibilmente sulla qualità della vita dell'uomo e conseguentemente ha permesso un sensibile incremento demografico. Questa crescita di popolazione si è inizialmente realizzata nelle civiltà più ricche ed evolute, fiorite nel territorio medio-orientale compreso tra i bacini del Tigri ed Eufrate, la penisola anatolica, la regione corrispondente agli attuali Palestina-Siria-Libano e l'Egitto. L'incremento demografico ha permesso che limitati settori "aristocratici" della popolazione potessero specializzarsi e dedicare la propria vita ad attività speculative di tipo intellettuale e speculativo (religiose, politiche, artistiche, filosofiche, studio della matematica e della trigonometria non ché all'osservazione della natura), mentre la rimanente popolazione continuava ad essere dedicata ad attività manuali e mercantili. Questi processi di specializzazione, sempre però collegati all'intera popolazione che costituiva il motore produttivo ed economico, ha consentito il fiorire delle arti, delle religioni e l'introdu-

zione delle prime innovazioni tecnologiche (ruota, carro, tecniche marinare, tecniche irrigatorie agricole, rotazione delle coltivazioni, metallurgia, ecc.).

Il concentrarsi della popolazione in aree aggregative favorevoli, lungo i corsi dei fiumi, sulle rive del Mediterraneo, ove gli scambi economici godevano di particolari vantaggi ha infine permesso che i primi nuclei di civilizzazione che si andavano a formare potessero entrare in contatto. Tutto ciò permise una più facile circolazione delle idee e delle innovazioni tecnologiche.

Se questi furono gli indubbi effetti positivi, dettati dall'introduzione della zootecnia e dall'agricoltura, vi furono aspetti che potremmo definire, con una definizione entrata ormai nel linguaggio comune, *effetti collaterali* che arrecarono nuovi problemi alla popolazione che si andava espandendo sul pianeta. In particolare con la zootecnia cominciarono a circolare numerosi microrganismi pericolosi per l'uomo, il cui ospite naturale era la specie bovina; in particolare quelli che ebbero il maggiore impatto sulle primitive aggregazioni umane furono, a partire dalla fine del periodo Mesolitico e poi con sempre maggiore peso durante il Neolitico, il virus del vaiolo ed i germi responsabili della brucellosi e della tubercolosi.

Secondo studi di retrodatazione genomica il ceppo ancestrale, da cui si sarebbe originato il *M. tuberculosis* umano, il *M. africanus* (ancora oggi isolato in soggetti viventi in Africa occidentale) ed altre varianti di micobatteri che colpiscono gli animali, sareb-



Fig. 1 - Mummia egizia, all'interno del sarcofago, sottoposta ad esame radiologico mediante tomografia computerizzata.

be il *M. prototuberculosis*. (2) Questo antenato comune ancestrale si sarebbe originato in Africa occidentale circa 40 000 anni fa, quando le popolazioni di *Homo sapiens* (dedite alla caccia ed alla raccolta) stavano iniziando la loro migrazione da questo continente verso l'Asia, l'Europa e poi, proseguendo, intorno a 20.000 anni fa verso l'Australia ed infine, circa 15.000 anni fa, attraverso lo stretto di Boering verso le Americhe.

La prima scoperta certa di infezione da *M. tuberculosis* in mammiferi sarebbe stata attestata dal riscontro del

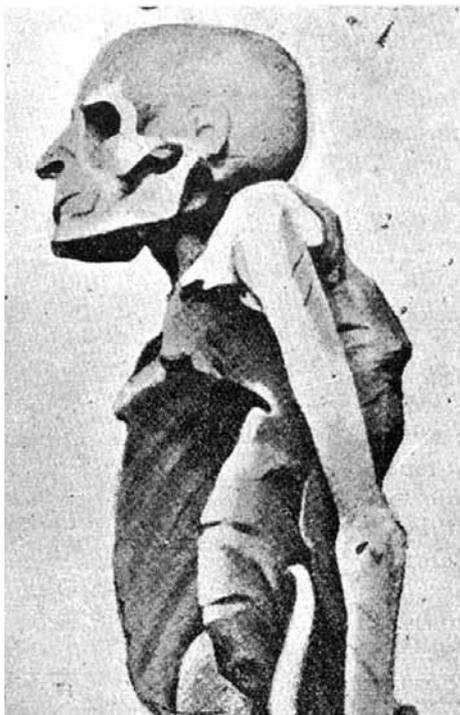


Fig. 2 - Mummia del Sacerdote Nesperhan, vissuto in Egitto ai tempi della XXI dinastia.



Fig. 3 - Reperto paleopatologico di tubercolosi ossea localizzata al rachide lombo-sacrale.

suo DNA nei resti di un bisonte vissuto circa 17 000 anni fa (3), è pertanto verosimile che già i primi cacciatori, intenti a macellare le loro prede possano avere avuto un primo contatto con il micobatterio. In questa fase le possibilità di diffusione da uomo a uomo erano più limitate, seppure potenzialmente possibili, in quanto gli aggregati umani rimanevano molto ridotti e le piccole comunità vivevano sostanzialmente isolate su vasti territori.

Premesso che la paleopatologia umana è una branca dell'anatomia patologica che si occupa di studiare su resti antichi scheletrici e su mummie (artificiali e naturali) la presenza di malattie di natura infettiva, tossicologica, genetica, degenerativa e carenziale, queste indagini possono essere eseguite, in una fase iniziale, al tavolo settorio, proseguite poi mediante studi istologici e, molto recentemente, approfondite con tecniche biomolecolari. Inoltre per eseguire indagini non invasive su mummie avvolte in bendaggi o rinchiusi in preziosi sarcofagi di legno di valore artistico i ricercatori hanno a disposizione la tomografia assiale computerizzata, che mediante "tagli" radiologici e successive ricostruzioni consente di ottenere immagini "anatomiche" ad altissima definizione.

Come già anticipato il primo riscontro paleo patologico di tubercolosi si deve a Sir Marc Armand Ruffer che nel 1921 pubblicò al Cairo la scoperta, in una mummia egizia, di un ascesso localizzato a livello del muscolo psoas, associato ad un morbo di Pot (gibbo tubercolare); questa mummia presentava inequivocabilmente le classiche lesioni della colonna vertebrale (1).

Si trattava dei resti del sacerdote Nesperhan, vissuto circa 3 000 anni fa (XXI dinastia) (figura 2).

In seguito lo studio sistematico non solo dei resti umani egizi, ove già il quadro macroscopico deponesse per TB ossea con localizzazione vertebrale (figura 3), ma anche indagini eseguite su soggetti ove non erano evidenti tali reperti, mediante puntuali ricerche biomolecolari, hanno consentito di stabilire che la malattia era relativamente diffusa nella valle del Nilo nel periodo in cui fiorì questa civiltà (4,5,6). In particolare nel 2001 è stato pubblicato un lavoro ove venivano presentati i dati relativi ad uno studio su 37 scheletri provenienti da Tebe Ovest, datati ad un tempo che va dal 2150 al 500 a.C. e 4 provenienti da Abidos, vissuti intorno al 3 000

a.C.. In 30 dei 41 casi analizzati è stato estratto il DNA del *M. tuberculosis*. Non solo è stato dimostrato DNA specifico in soggetti con lesioni ossee, compatibili con TB, ma anche in soggetti con lesioni dubbie e in due senza alterazioni ossee. Sulla scorta di questi dati è possibile dedurre che la TB fosse relativamente frequente nell'antico Egitto (7, 8).

Uno studio più recente eseguito su materiale ritrovato in un sito archeologico oggi sommerso, ubicato sulla costa israeliana del Mediterraneo, mediante tecnica biomolecolare convenzionale, ha consentito di stabilire che una donna ed un neonato vissuti circa 9.000 anni fa avrebbero sofferto di tubercolosi (9). Questa indagine avrebbe confermato che l'infezione tubercolare coinvolgeva persone viventi in un villaggio affacciato sul Mediterraneo orientale ove si pratica l'agricoltura e la zootecnia in tempi molto remoti.

Che Africa, Asia e Europa siano stati coinvolti dalla diffusione della TB in successione rapida, mano a mano che l'incremento demografico e la civilizzazione dell'umanità si rafforzava grazie al passaggio alla zootecnia e agricoltura, è evidente. Risulta meno chiaro stabilire quando l'infezione tubercolare si è diffusa alle Americhe.

L'identificazione di DNA specifico di *M. tuberculosis* in una mummia pre-Colombiana mummificatasi spontaneamente e vissuta circa 1.000 anni fa, ha permesso di chiarire inequivocabilmente che prima del viaggio del Genovese, le Americhe erano già coinvolte nell'epidemia tubercolare (10). Come è noto sono disponibili mummie Sud americane (ritrovate nel deserto di Atacama) retrodatate a circa 9.000 anni dall'oggi. Forse in futuro potrà essere possibile chiarire quando l'infezione tubercolare è giunta nel Nuovo Mondo. Per ora, sulle basi delle evidenze paleo patologiche è solo possibile supporre che il passaggio sia avvenuto quando durante una delle ultime glaciazioni, grazie all'unione della punta estrema della Siberia Nord-orientale con l'Alaska, tribù di nomadi siberiani riuscirono a raggiungere il continente americano. Tale supposizione deve essere comunque supportata da evidenze bio-molecolari e paleo patologiche.

Sembrerebbe, alla luce di quanto pubblicato dagli autori citati, tutto "relativamente" chiaro, però recentemente, è stata data comunicazione che i resti fossili di un ominide (*Homo erectus*), vissuto nella Turchia occidentale circa



Fig. 4 - Battesimo di Clodoveo capostipite della Dinastia Franca dei Merovingi.

500.000 anni fa (Pleistocene medio), presentavano sulla faccia interna di due frammenti dell'osso frontale, un quadro macroscopico compatibile con aspetti che ricordano la leptomeningite tubercolare (11). Se tale reperto fosse confermato ci sarebbe l'evidenza che la malattia tubercolare coinvolgeva i nostri antenati ominidi in ere in cui ancora *Homo sapiens* non era comparso. Purtroppo analisi di tipo molecolare non sono praticabili su resti fossilizzati così antichi.

Alla luce di queste brevi note si può comprendere quanto le conoscenze siano in movimento e quanto siano subordinate ai nuovi ritrovamenti archeologici e antropologici.

Concludendo è opportuno prevedere che anche la paleontologia umana aiuterà nello studio delle malattie che hanno coinvolto le specie di ominidi precedenti *Homo sapiens*. Come abbiamo visto il riscontro suggestivo di leptomeningite tubercolare nei fossili di *Homo erectus* ritrovati in Turchia, ha contribuito ad allargare le nostre conoscenze paleo patologiche, proponendo una retrodatazione del coinvolgimento umano per la TB a circa 50.000 anni fa.

#### Storia e sviluppo delle conoscenze.

Ripercorrere la storia dello sviluppo delle conoscenze che hanno portato al sapere attuale sulla TB è compito non facile. Le conoscenze e le pratiche assistenziali hanno risentito del costume e del "comune pensare" dell'umanità nel corso del tempo; è pertanto necessario che il lettore contestualizzi le notizie che ora ci accingiamo a proporre facendo uno sforzo d'inquadramento storico.

Prerogativa del Re Franco Clodoveo<sup>1</sup>,



Fig. 5 - Girolamo Fracastoro.

dopo la sua conversione al Cristianesimo il 24 dicembre del 496 d.C., era la facoltà di guarire le scrofole con il tocco della mano destra, quale segno tangibile dell'avvenuta consacrazione (figura 4). Questo costume si protrasse fino al regno di Carlo X. Ai tempi di San Luigi IX, i re francesi si preparavano alla cerimonia mediante una serie di pratiche religiose, poi "toccavano" migliaia di malati. È interessante sottolineare che la Corona risarciva i pellegrini malati per le spese relative al vitto ed al viaggio. Anche i Re d'Inghilterra nel periodo in cui detenevano anche la corona di Francia conservarono questa "sacra" ritualità, estendendo tale prerogativa alle Regine, inoltre ci fu il trasferimento di questa sacra prerogativa anche oltre Manica. La Regina Elisabetta Tudor fece chiamare la scrofola Morbo della Regina, mentre nei trattati di medicina la malattia veniva denominata *Morbus Regius*. Ancora nel 1609 Andrea De Laurens, in un volume a titolo *De mirabilis sanandi vi*, accetta e conferma questo potere concesso al re per grazia divina (12). Nella medesima opera l'Autore, definiva la scrofola come malattia contagiosa ed ereditaria (13), ciò ebbe in seguito una ripercussione significativa nell'organizzazione dell'assistenza.

Nel XVII secolo cominciano le prime osservazioni concepite con criteri scientifici. Bernardino Ramazzini (1633-1714) osserva per primo che la tisi era frequente tra i lavoratori e tagliatori di pietra, sia per i vapori corrosivi che venivano prodotti durante la lavorazione sia per l'inalazione del pulviscolo.

In precedenza, con un'intuizione geniale, Girolamo Fracastoro (ca. 1483-

1553) (figura 5) aveva postulato che esistevano corpi viventi invisibili, *seminaria contagiorum*, caratterizzati da specificità per le singole affezioni, che avevano anche la peculiarità di presentare "simpatia" per quegli individui in cui trovavano un terreno costituzionale idoneo all'attecchimento. Fracastoro si spingeva ad affermare che il contagio si sarebbe realizzato per via diretta o per mezzo di un agente intermedio, subito o dopo qualche tempo. Secondo questo studioso la trasmissione si poteva realizzare anche a distanza attraverso l'aria e l'acqua e, considerazione interessante, le cause del contagio non andavano attribuite a fattori occulti o metafisici. Infine questi *seminaria contagiorum* invisibili avevano un'affinità elettiva per il polmone (14).

Riteniamo importante sottolineare che Fracastoro non poteva contare sul microscopio, inoltre il mondo microbiologico, così come si è andato a palesare nel XIX secolo grazie agli studi di Pasteur, era ancora lontano da essere pensato. Purtroppo queste importanti intuizioni non vennero prese nel giusto riguardo dal mondo accademico scolastico, ancora impastoiato in elucubrazioni metafisiche e filosofiche, ove l'osservazione scientifica era vista con sospetto e sottoposta al giudizio severo della Santa Inquisizione.

Già nel 1537 Giovan Battista Montano (1468-1550), nel suo *Consulationes*, aveva scritto che era opportuno evitare lo sputare sulle mura o sul letto, in quanto anche solo l'appoggio del piede nudo sullo sputo di un tifico avrebbe causato la malattia (13). In questo periodo si affermano le prime osservazioni di carattere epidemiologico. Il Settala, nel suo *Commentario ad Aristotele*, riportava un caso di infezione interconiugale, mentre il Valerliola attribuiva al contagio le morti osservate in membri della stessa famiglia. Paolo Zacchia nel suo *Questiones Medico-legales* (1601) asseriva che la convivenza matrimoniale poteva dare luogo alla trasmissione della malattia (13).

Se il mondo accademico appariva impermeabile alle osservazioni di carattere epidemiologico, più attento era il ceto politico ed amministrativo. Il popolo, principale bersaglio della tisi, stimolava i governanti con richieste legittime. La gente comune avvertiva sempre più prepotentemente il problema in quanto le attività proto industriali e l'inurbamento favorivano l'aumento dei malati e ciò rendeva palese



Fig. 6 - Jean Antoine Villemin

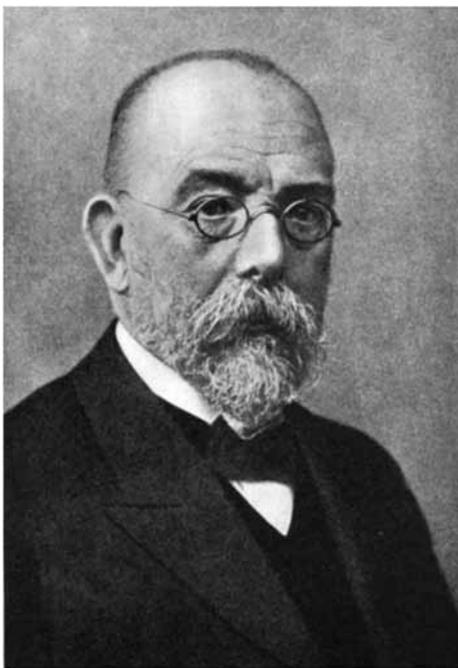


Fig. 7 - Robert Koch

la diffusione del contagio. Per questo motivo si cominciarono a varare, nel corso dei secoli XVII e XVIII, provvedimenti di sanità pubblica indirizzati alla prevenzione del contagio<sup>2</sup> (15). Da un punto di vista scientifico il mondo medico era diviso su due posizioni. Esisteva una scuola più moderna denominata *contagionistica*, che si andava affermando sulla spinta delle osservazioni pratiche ed una corrente di pensiero più tradizionalistica, che valorizzava la tesi orientata a credere che i fattori determinanti nell'influenzare lo sviluppo clinico della tisi fossero le predisposizioni ereditarie e/o acquisite<sup>3</sup>. Abbiamo accennato al limite di non

potere contare, in quel periodo storico, su di uno strumento come il microscopio, indispensabile per lo studio delle malattie infettive. E' però importante ricordare che erano già in atto i primi tentativi per costruirne uno. In Olanda nel 1590, nel laboratorio degli ottici Hans e Zacharias Jansen, padre e figlio, fu concepita la prima idea di "*microscopio composto*", così chiamato perché si trattava di un cannocchiale rovesciato, dotato di due lenti convesse, con quella con il fuoco più corto usato come obiettivo. Sulla base di questa prima invenzione, nel 1609, Galileo Galilei (1584-1642) perfezionò un "*perspicillum*", munito di un oculare biconcavo e di un obiettivo convesso. Grazie a questo strumento era possibile, come Egli scrisse, osservare "*la mirabile struttura delle parti e membra degli insetti*"; fu poi Giovanni Faber (1574-1629) a battezzare il *perspicillum* di Galilei microscopio. Ma in questa fase il microscopio continua ad essere poco più di una curiosità con cui era possibile, al massimo, svelare il segreto che consente alle mosche di camminare sulle pareti e sui soffitti. Il salto di qualità si realizzò grazie al contributo di Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723); questo olandese inventa un sistema per molare e lucidare le lenti con particolari curvature, tale perfezionamento consentì al microscopio di migliorarne la potenza, tanto da raggiungere poco meno di 300 ingrandimenti. In seguito l'inglese Robert Hooke (1635-1703) perfezionò ulteriormente lo strumento e condusse numerose osservazioni su organismi molto piccoli. Con la ripresa degli studi anatomo-patologici alla fine del Seicento, grazie anche alle osservazioni al microscopio di Marcello Malpighi (1628-1694), a cui si deve la descrizione della struttura anatomica di rene e polmone, le conoscenze crebbero notevolmente. In Gran Bretagna, affrancata già da tempo dalle ingerenze dell'Inquisizione ed ove il pensiero scientifico empirista godeva di maggiore libertà, Richard Morton (1637-1698) nel 1689, stabiliva che la TB polmonare era associata alla presenza di tubercoli. Più di un secolo dopo, nel 1810, grazie all'estendersi delle pratiche autoptiche in tutta Europa, veniva chiarito da Gaspar Laurent Bayle (1774-1816) che i tubercoli potevano essere rilevati anche in organi diversi dal polmone. Questo Autore parlava di forme diffuse a tutto l'organismo o di "*TB miliarè*". Nel 1819, Théophile H. Laennec

(1781-1826) proponeva un inquadramento nosografico della malattia, che Egli vedeva collegata ad una infezione. Questa posizione era però contrastata da Francois Broussais (1772-1838); l'Autore riteneva i tubercoli espressione di una reazione infiammatoria, pertanto non sarebbero stati il prodotto specifico dell'infezione. Nel dibattito si inseriva Louis che, supportato da ben 167 autopsie, dimostrò che i tubercoli erano veramente conseguenza di una produzione specifica e a suo parere, l'infiammazione avrebbe avuto un ruolo accessorio.

Nei primi decenni del XIX secolo, con la spinta dettata dal nuovo pensiero medico frutto del pensiero illuminista, si realizzò una ripresa dello studio oggettivo del malato e della malattia. E' in questo momento che si pongono le basi della semeiotica medica e del metodo analitico nello studio del malato. Un contributo fondamentale alla conoscenza medica fu dato sempre da Laennec. Egli perfezionò la tecnica della percussione toracica, inoltre mediante l'invenzione dello stetoscopio fu possibile un ulteriore sviluppo della semeiotica. I malati vengono ora visitati e ci si accosta a loro con un'attenzione ed una sensibilità sociale diversa.

L'influenza della rivoluzione, dettata dal pensiero illuminista, aveva portato a mettere l'uomo malato, il paziente, al centro dell'interesse dei medici, inoltre era cresciuto anche l'impegno sociale della classe medica<sup>4</sup>. I riflessi nei confronti di una malattia come la TB, ove le inferenze sociali erano enormi, furono indubbiamente molto importanti.

Il 5 dicembre del 1865 Jean Antoine Villemin (1827-1892) (figura 6) comunica all'Accademia di Francia che la TB era causata da un agente specifico, da Lui chiamato virus. Il suo disegno sperimentale lo aveva portato ad inoculare nel coniglio materiale tubercolare (caseum, escreato, pus proveniente da linfonodo) di origine umana e animale, ottenendo dopo alcune settimane, lesioni tubercolari. Egli aveva così dimostrato la specificità della malattia, concludendo che poteva essere attribuibile ad un agente inoculabile. Tre anni dopo si affermò il riconoscimento sociale della malattia tubercolare. Sempre Villemin pubblicava il suo saggio: "*Etudes sur la tuberculose. Preuves rationnelles et experimentales de sa specificité*". L'Autore in questo saggio scientifico aggiunse importanti considerazioni di carattere epidemio-

logico facendo notare che la malattia era più frequente negli agglomerati urbani industriali più affollati e nei distretti minerari. Inoltre veniva reso noto che in regioni indenni prima della colonizzazione, come la Nuova Zelanda, l'Australia e l'Oceania la malattia era comparsa con l'avvento dei coloni europei, provocando vere e proprie stragi tra gli indigeni.

Se gli studi di Louis Pasteur (1822-1895) hanno creato le basi per l'affermarsi della microbiologia e quindi le indispensabili premesse per la scoperta del micobatterio, la scoperta dell'agente etiologico della TB è ascrivibile solo al rigore scientifico di Robert Kock (1843-1910) (figura 7). Il grande tedesco approntò nuove metodiche di coltivazione sia su terreni solidi, sia su terreni trasparenti e giunse ad applicare anche la microfotografia alle sue scoperte. Il 25 marzo del 1882, intervenendo a Berlino all'Annuale Assemblea della Società di Fisiologia Tedesca, Robert Kock presentò le sue ricerche. Egli era riuscito a coltivare il germe, grazie ad un'incubazione di 10-12 ore a 37° C, utilizzando come terreno nutritivo del siero ottenuto da sangue di bovini sani appena macellati.

Se la ricerca microbiologica con la scoperta di Kock aveva compiuto un passo enorme, anche il mondo dei medici pratici negli stessi anni segnava un significativo progresso. Il 23 agosto del 1882, cinque mesi dopo la comu-

nicazione del Tedesco, Carlo Forlanini (1847-1918) proponeva il trattamento della TB con il pneumotorace terapeutico, che veniva definito dall'Autore collasso terapia. Forlanini aveva osservato che i pazienti che sviluppavano, come complicanza della malattia polmonare, un pneumotorace andavano meglio degli altri ed in alcuni casi non progredivano irrimediabilmente. La tecnica da Lui proposta consisteva pertanto nell'insufflare nello scavo pleurico aria, mediante un ago collegato a due recipienti di vetro, in modo da fare collassare gradualmente il polmone e così si metteva a riposo l'organo per un congruo periodo. La figura n 8 consente di apprezzare l'apparecchio utilizzato da Forlanini.

Anche la nascente chirurgia toracica portò in questa fase il suo contributo. Nel 1876 Jakob A. Eastlander (1831-1881) eseguì la prima resezione costale sottoperiosteale (*toracoplastica*) in corso di empiema pleurico cronico. Nel 1883 Theodor Tuffer (1831-1881) realizzò la prima *pneumolisi extrapleurica* in un soggetto che aveva presentato un'importante emottisi. Lo stesso anno Giuseppe Ruggi (1844-1925) (figura 9) a Bologna effettuava la prima resezione polmonare per TB cavitata (15).

Da un punto di vista diagnostico la scoperta di Kock non solo consentì di stabilire la stretta relazione tra l'infezione da micobatterio, la malattia clinica ed il riscontro anatomo-patolo-

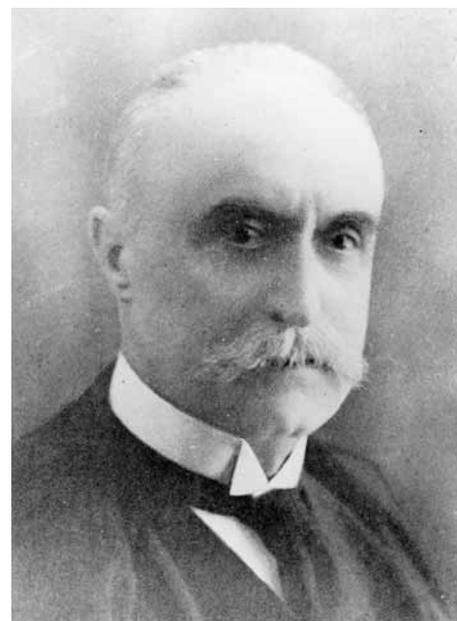


Fig. 9 - Giuseppe Ruggi



Fig. 10 - Wilbehim Conrad Roentgen

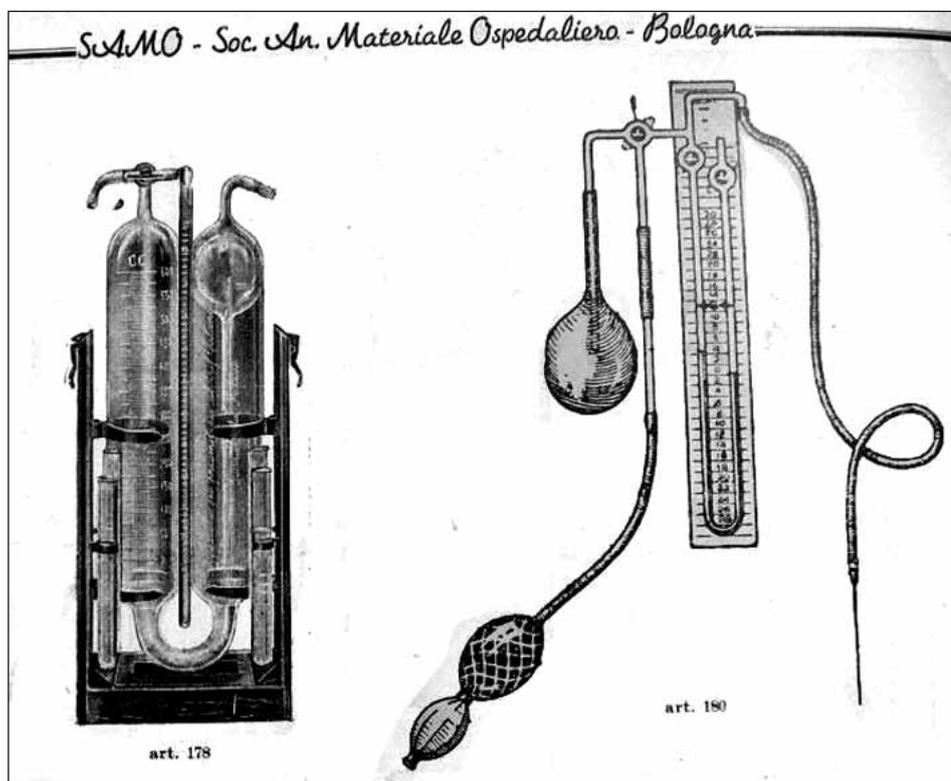


Fig 8 - Dispositivo utilizzato da Carlo Forlanini per procurare il pneumotorace terapeutico.

gico, ma permise anche di realizzare la produzione, lavorando su un filtrato di colture di bacilli tubercolari di un composto di tossine che il grande tedesco chiamò tubercolina. Questo principio attivo, una volta iniettato sottocute in modesta quantità, in soggetti che avevano avuto un contatto con il micobatterio, dava luogo ad una reazione eritemato-papulosa circoscritta, che testimoniava l'avvenuta infezione anche in soggetti in buona salute, oltre che in individui con la malattia in atto. Potendo contare su questo semplice strumento diagnostico fu possibile sviluppare inchieste epidemiologiche estese, oltre che porre la diagnosi di TB in soggetti che sul piano clinico presentavano tutte le stigmate della malattia.

Il XIX secolo si chiude con una scoperta eccezionale per il progresso



Fig 11 - Modalità di osservazione radiologica del torace all'inizio del Novecento.

medico in generale ed in particolare per la diagnostica della Tuberculosis. Il 28 dicembre 1895 Wilhelm Conrad Roentgen (1845-1923) (figura 10) dà l'annuncio ufficiale della scoperta dei raggi X. Il 12 aprile del 1898 M.me Marie Sklodowska Curie (1867-1934) riferisce all'Accademia delle Scienze di Parigi sulla sua scoperta del Polonium-Radium. Con la nascita della radiologia diagnostica l'interno del corpo umano può ora essere "fotografato", la diagnosi radiologica di tubercolosi polmonare è possibile, ed è possibile correlarla al riscontro puntuale del micobatterio nell'escreato e in altri liquidi biologici (sangue, urine, sperma). Probabilmente è con lo studio del distretto polmonare che si realizza una delle prime massicce introduzioni della diagnostica radiologica in medicina (figura 11).

La vicenda delle scoperte scientifiche fondamentali collegate alla TB s'interrompe per circa mezzo secolo, riprenderà con la realizzazione della streptomina e degli altri antibiotici utili nella cura di questa malattia.

#### Storia dell'assistenza ai malati.

La storia dell'assistenza ai malati s'intreccia con la storia delle conoscenze scientifiche, mano a mano che queste crescevano sempre più significativi erano i provvedimenti che venivano pensati per assistere i malati. Con il passare del tempo, grazie alla maturazione della consapevolezza che si trattava di una malattia infettiva ad impatto sociale, si sviluppò in diver-

si paesi una normativa sanitaria tesa a ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione.

Al fine di prevenire il contagio della tisi polmonare nel 1621 il Magistrato di Sanità di Padova vietò agli Ebrei<sup>5</sup> di comprare mobili, biancheria, letti, ecc. provenienti da persone decedute per questa malattia, senza la licenza dell'Ufficio di Sanità e sotto pena di un'ammenda di 50 ducati (16).

In Francia, dopo l'ammissione del De Laurens (1609), che vedeva nei pazienti con scrofolo la possibilità di essere fonte di contagio, sorse a Reims nel 1645 l'Ospedale di San Marcul, creato solo con lo scopo di accogliere i malati portatori di scrofolo. Purtroppo questa antesignana iniziativa non ebbe un seguito nella nazione forse in quel momento più potente ed avanzata d'Europa.

A Lucca, nel 1699 si ravvisò la necessità, al fine di prevenire i danni derivati "dalle robe, che restano dopo la morte di persone infette di etisia e altri (morbi) simili", di convocare il Collegio dei Medici. Lo stesso anno, dopo che il Collegio dei Medici aveva redatto l'elenco delle persone tifiche, nonché le sospette, i Conservatori di Sanità ordinarono misure di espurgo, autorizzando i medici ad eseguire autopsie per studiare la causa di malattia. Nel 1733, nella stessa Città si adottò l'obbligo di denuncia da parte dei medici curanti, chiedendo la collaborazione dei famigliari per la pratica di provvedimenti profilattici, come la disinfezione, in caso di morte o di mutamento di alloggio del tifico, associando anche il divieto di commercio degli effetti personali dei malati. Questi poi, in base alle disposizioni sarebbero stati isolati in un reparto speciale. Quattro anni dopo le stesse misure furono adottate nella città spagnola di Valencia.

I riflessi del dibattito scientifico a cui abbiamo fatto brevemente cenno nel paragrafo precedente si palesarono chiaramente a Firenze. La necessità di programmare una profilassi pubblica era l'oggetto della diatriba; la domanda che si pose il Collegio Medico Universitario verteva sulla seguente questione: la tisi è o no contagiosa? Si discusse molto, ma sul problema del "contagio" si rimase sul vago. I provvedimenti presi nell'incertezza furono i soliti, ovvero quelli che si adottavano usualmente in tempo di peste, ma non si andò oltre. A Venezia invece nel 1722 si andò un poco oltre, in quanto si stabilì l'obbligo di denuncia della

malattia, limitatamente ai casi con esito infausto e veniva impedita la vendita degli effetti personali dei deceduti, se non fossero stati "espurgati". Tra il 1733 e il 1734 le Municipalità di Bologna, Ferrara e Roma adottarono i provvedimenti varati a Venezia.

Nel 1776 a Napoli, Domenico Cirillo (1739-1799) cominciò a raggruppare i tifici in una sala separata dell'ospedale, mentre in precedenza, nel 1772, una commissione di sette medici della Facoltà di Medicina aveva presentato una relazione al Governo in cui si chiedeva che il Tribunale della Sanità ordinasse la denuncia di tutti i tifici senza eccezione di classe sociale. Napoli era all'avanguardia in Italia ed in Europa e grazie alla collaborazione di Cirillo con Domenico Cotugno (1736-1822), si giunse nel dicembre del 1782 all'emanazione delle "Istruzioni al pubblico sul contagio della tifichezza". Grazie a queste disposizioni l'anno seguente i poveri venivano trasportati in ospedale mediante lettighe e fu destinata una prima sala per tifici nell'ospedale dedicato solamente a questi malati. Sempre nel Regno di Napoli, a Siracusa, l'anno seguente fu progettato un fondo per l'istituzione di un Monte, dotato di un capitale di 100.000 ducati destinati al soccorso dei poveri colpiti da tisi; inoltre erano istituiti sussidi indirizzati ai proprietari di case ove avevano dimorato i malati con l'obiettivo di effettuare gli opportuni interventi igienici. Questa si può definire storicamente come la prima iniziativa a carattere sociale (13). E' interessante notare che questa normativa, varata a sostegno dei pazienti tifici e dei loro parenti e congiunti, costituì la prima legge specifica in ambito socio-sanitario.

Se la tesi contagionista, una volta accettata dalle autorità pubbliche presupponeva una spesa sociale ed un impegno per il tempo non trascurabile, la tesi anti-contagionista, che favoriva gli argomenti che vedevano nella predisposizione familiare la causa principale per lo sviluppo della malattia, fu strumentalmente adottata da quelle amministrazioni che osteggiavano un intervento pubblico, implicante anche un impegno finanziario. La paura di essere coinvolta nei provvedimenti contumaciali, previsti da quelle amministrazioni che attribuivano al contagio infettivo un ruolo nella diffusione della tisi, incuteva timore però alla cittadinanza dedita ai commerci, che si vedeva inibita nel muoversi liberamente in Italia. Nella Peni-



Fig. 12 - Sanatorio di Bournemounth nel Regno Unito.

sola da diversi secoli, i numerosi stati autonomi durante le epidemie di peste, si rinserravano impedendo l'entrata nelle città mediante cordoni sanitari rigidi. Il danno economico, con l'andar del tempo, divenne alto e presto si dovette cambiare politica. Nel 1783 le misure adottate a Firenze furono revocate, modificate in senso moderato a Napoli, ed abolite dai Francesi a Venezia nel 1793. Sopravvissero invece i provvedimenti di sanità pubblica istituiti a Roma e a Milano (14).

Vi era un motivo preciso per cui nella realtà dei fatti queste misure erano fallite. Non conoscendo la causa della malattia e le modalità del contagio, venivano adottati provvedimenti indirizzati a prevenire la diffusione di malattie contagiose acute, come la peste, mentre occorreva un'organizzazione comprensiva di assistenza sociale e di normative atte a prevenire il contagio, per una malattia che presentava la peculiarità di essere cronica e con andamento subdolo. A parte qualche caso le manifestazioni cliniche erano, seppur altamente debilitanti, non frequentemente vistose nelle fasi iniziali in soggetti che, altrimenti, erano contagiosi.

Nei primi 50 anni del XIX secolo in Inghilterra, in Francia e in Germania gli "effetti collaterali" della Rivoluzione Industriale si fecero sempre più acuti. Inchieste come quella fatta da Friedrich Engels (1820-1895) sulle "Conditions of the Working Class in England" ponevano in risalto le cattive condi-

zioni di salute dei lavoratori ed individuavano tale disagio nello sfruttamento selvaggio a cui erano sottoposti in città ove l'inurbamento massivo dalle campagne costringeva masse di proletari (termine coniato per distinguere chi possedeva solo la sua prole) a vivere in abitazioni sovraffollate (18). Nei paesi industrializzati più avanzati, grazie a studi epidemiologici, si era osservato che le probabilità di contrarre la tisi era direttamente correlata al sovraffollamento ambientale sia nel luogo di lavoro, sia nelle abitazioni. Frequentemente nello stesso ambiente dormivano e vivevano durante il giorno, in stretta contiguità, tutti i membri della famiglia. Kurgler calcolò il rap-



Fig. 13 - Giuseppe Barellai

porto fra densità abitativa e mortalità per TB: quanto maggiore era il numero di stanze abitate (per mille abitanti) tanto minore era la percentuale di deceduti a causa della TB (19).

Inoltre nelle città europee la qualità dell'aria si andava rapidamente deteriorando a causa di un inquinamento industriale selvaggio. La penuria alimentare, collegata anche all'esplosione demografica registrata in quegli anni, causava in numerosi soggetti un difetto di apporto di energia a cui si sommava l'eccesso di dispendio energetico secondario al superlavoro.

Engels nel suo studio non solo indicava chiaramente il nesso esistente tra arretratezza e malattia, ma si spingeva anche a cogliere lo stadio successivo ovvero l'interdipendenza esistente tra malattia e progresso (18).

Per quanto riguarda i tentativi di cura, negli anni quaranta del XIX secolo si brancolava nel buio; si raccomandavano, per i pazienti più abbienti, passeggiate a cavallo in quanto si era visto che il movimento sussultorio imposto dal trotto del cavallo favoriva l'espettorazione, inoltre i soggetti malati riacquistavano un poco di appetito dopo le passeggiate all'aria aperta.

Un curioso tentativo fu effettuato tra il 1838 e il 1845 dal Dottor John Croghan (1790-1849). Egli era proprietario della Mammuth Cave (Kentucky-USA), avendo osservato che l'aria in questa grotta era particolarmente pura e la temperatura costante vi trasferì un gruppo di tisici, sperando che in queste condizioni climatiche potessero essere curati; il risultato fu disastroso in quanto morirono tutti e il motivo era semplice: i pazienti non potevano giovare dell'esposizione ai raggi del sole che rimaneva uno dei pochi presidi utili per contrastare la tisi.

A metà del XIX secolo, pur non possedendo evidenze scientifiche, si era largamente fatta strada la consapevolezza che i malati di tisi miglioravano la loro salute se, abbandonato l'ambiente urbano, si trasferivano in zone rurali e meglio ancora se in montagna. Cominciarono così a sorgere i primi sanatori. Nel 1858 a Bournemouth (figura 12), nel Regno Unito, ne entrò in attività uno e l'anno seguente venne indetta una sottoscrizione per ottenere fondi per il suo mantenimento. Questa informazione la possiamo desumere da una pubblicità apparsa sul Times del 15 gennaio del 1859. In Germania a Gorbardsdorf, nel 1859 fu aperto da Herman Brehmer (1826-1889) un primo sanatorio, inizialmen-

te costituito da un piccolo gruppo di cottage, in seguito questo si estese e giunse ad ospitare fino a 300 posti letto. I malati rimanevano in questi luoghi isolati per lunghi periodi, venendo sottoposti a regimi alimentari ipercalorici.

In Italia, il dottor Giuseppe Barellai (1813-1884) (figura 13), nel 1862 fondò a Viareggio il primo ospizio per bambini portatori di scrofola, nella convinzione che l'aria salso-iodica del mare apportasse benefici, specialmente delle forme ghiandolari tubercolari ulcerate. Circa un secolo prima, nel 1756, era uscito a Londra il volume *The use of voyages in medicina and particularly in a consumption* che ebbe un buon successo di pubblico nel Regno Unito (20). Che l'aria di mare potesse dare un certo giovamento nei pazienti affetti da tisi era tempo noto anche in Italia. Già nel 1750 era uscito il saggio *Dei bagni di Pisa* di Antonio Cocchi (21) e sulla scorta di questa pubblicazione i medici toscani indirizzavano i pazienti più facoltosi verso i soggiorni marittimi in Versilia.

Nella seconda metà dell'Ottocento l'arco alpino fu prescelto per fondare diversi sanatori, in Svizzera, Francia, Italia, Austria e Germania. Si trattava in alcuni casi di aggregazioni di edifici e si giunse, per esempio a definire la cittadina di Arco di Trento *La Città dei sanatori* (figura 14). Anche località marittime con clima particolarmente salubre come Sarzana, in Liguria, vennero prescelti come sede di sanatori. Queste strutture ospedaliere venivano edificate in luoghi ameni, ben areati, con ottime esposizioni solari, gli am-



Fig. 14 - Sanatorio di Arco di Trento.

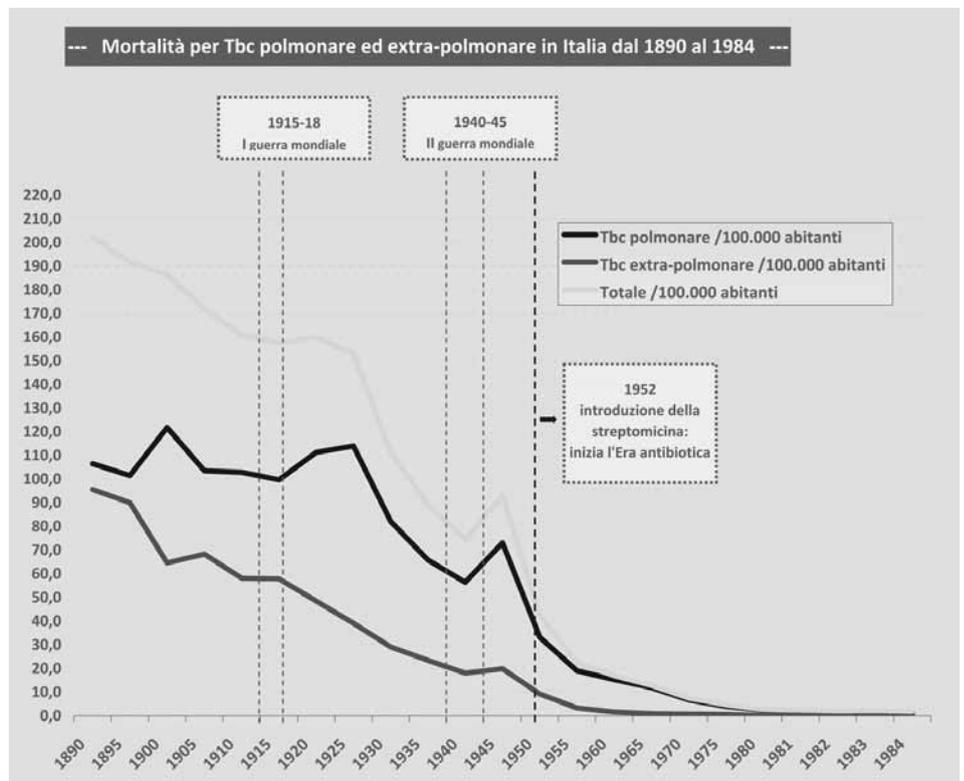


Fig. 15 - Tassi di morbosità, di mortalità e complessivi (per 100 000 abitanti) per tubercolosi in Italia dal 1890 al 1984

bienti erano luminosi e le stanze ove i pazienti alloggiavano presentavano un'ottima disponibilità di metri cubi per singolo paziente. Questi edifici erano forniti di terrazze coperte ove i malati respiravano aria pura, mentre venivano esposti per ore ai raggi del sole, anche nella stagione invernale. Il vitto era garantito sia in termini quantitativi che qualitativi ed i malati, non raramente, rifiorivano anche se non potevano contare su terapie antibiotiche efficaci sul micobatterio.

Sul finire dell'Ottocento ed all'inizio del XX secolo i paesi europei con legislazioni sanitarie più avanzate si attrezzarono con reti sanatoriali diffuse sul territorio, si cercava così non solo di curare i malati, ma anche di allontanarli dai contesti famigliari e sociali ove avrebbero comunque diffuso il contagio.

Di frequente si trattava di giovani pazienti che, sradicati anche per anni dal loro ambiente, finivano per diventare dei veri e propri casi sociali in quanto, ammesso che la malattia si fosse arrestata, avrebbero avuto in seguito un difficile reinserimento. Anche da questo punto di vista, seppure con le limitazioni dettate dalla cultura sociale del tempo, si tentava, quando era possibile, un reinserimento. Questo reinserimento era difficoltoso perché la malattia era vissuta nella società con una forte connotazione negativa, era ormai dimostrata la pericolosità del

contagio e l'evidenza che i mezzi terapeutici disponibili erano inefficaci.

In Italia ad emulazione di paesi più avanzati, come la Germania, che si erano attrezzati con legislazioni avanzate già intorno agli anni ottanta del XIX secolo, la rete sanatoriale fu istituita più tardi. Nel nostro paese solo dopo il primo conflitto mondiale l'impegno divenne reale, con l'istituzione di una rete sanatoriale collegata ai dispensari anti tubercolari. L'Organizzazione per la lotta alla TB fu una realtà che incise nel ridurre l'impatto epidemico della TB, ma solo intorno al 1930 se ne cominciarono ad intravedere i risultati (figura 15). Nel 1945, a causa dei gravissimi disagi, conseguenza di cinque anni di guerra, si rilevò una ripresa dell'epidemia che forse le inchieste statistiche, a causa dei problemi organizzativi del periodo, non riuscirono a definire (per difetto) con la dovuta precisione.

Le migliorate condizioni economico-sociali e l'avvento della streptomicina, a partire dagli anni cinquanta del secolo scorso, migliorarono sensibilmente la situazione con una rapida discesa dal 1955 in poi, raggiungendo tassi molto modesti nel ventennio dal 1970 al 1990.

Basando questa scelta sul trend epidemiologico favorevole, a partire dal 1970 la rete sanatoriale e dei dispensari fu smantellata. Oggi che, anche a causa dell'incremento dei flussi mi-

gratori, le segnalazioni di casi sono in ripresa è la dimostrazione che il problema in Italia sussiste e la tubercolosi è un problema sanitario tutt'altro che risolto.

E' necessario ricordare che dopo le discutibili scelte strategiche operate, oggi i malati di tubercolosi vengono ricoverati prevalentemente nei reparti di malattie infettive, ove non possono essere garantite quelle condizioni favorevoli di accoglienza offerte dalle vecchie strutture sanatoriali.

## NOTE

- 1 - Clodoveo (466-571 d.C) fu il fondatore della Dinastia dei Merovingi. La sua conversione al Cristianesimo coincide con la conversione dei Franchi.
- 2 - Nel terzo paragrafo presenteremo un excursus sui primi e più significativi provvedimenti adottati.
- 3 - Nel prossimo paragrafo vedremo quale influenza ebbe l'una scelta o l'altra sulle normative di legge che le diverse amministrazioni pubbliche adottarono nel corso dei secoli XVII e XVIII .
- 4 - Ricordiamo l'impegno dei medici in Italia sia nelle lotte risorgimentali (molti di loro erano massoni e garibaldini), sia con l'Unità nelle battaglie politiche a favore delle classi subalterne.
- 5 - All'epoca agli ebrei in diversi paesi europei erano interdette alcune attività professionali, oltre che inibita la disponibilità di accumulare beni immobili, le uniche attività tollerate erano quelle mercantili. In tempo di pestilenza il loro ruolo assumeva un peso particolare per la raccolta dei beni lasciati dai defunti. Per questo motivo durante il Medio Evo in occasione di riaccensioni epidemiche furono attribuite agli Ebrei responsabilità nella diffusione della peste e furono per questo vittime di persecuzioni e di veri e propri *progrom*.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1) Ruffer M.A. Studies in the Paleopathology of Egypt. University Press. 1921. Chicago
- 2) Wirth et al. Origins, spread and demography of *M. tuberculosis complex*. PLoS Pathogens 4(9): e1000160 doi: 10.1371/journal.ppat.1000160, 2008.
- 3) Rothschild B. et al. Mycobacterium tuberculosis complex DNA from an extinct bison dated 17,000 years before the present. Clin. Infect. Dis. 33 (3): 305-311.
- 4) Morse D. Brothwell D.R., Ucko P.J. Tuberculosis in ancient Egypt. Amer. Rev. Resp. Dis. 90, (4) 524-530, 1964.

- 5) Morse D. Tuberculosis. (in) Diseases in antiquity, ed D. brotwell and A.t. sandison, 249-271, H. Thomas. 1967. Springfield.
- 6) Bloom V., Murray C.I. J. tuberculosis commentary on a reemergent killer. Science 257, 1055-1064, 1992.
- 7) Zink A. et al. Molecular analysis of skeletal tuberculosis in an ancient Egyptian population. J. Med. Microbiol. 50, 355-366, 2001.
- 8) Zink A. et al. Characterization of *Mycobacterium tuberculosis* complex DNAs from Egyptian Mummies by Spoligotyping. J. Clin. Microb., 41(1), 359-367, 2003.
- 9) Hershkovitz I. et al. detection and Molecular Characterization of 9000-Year-Old *Mycobacterium tuberculosis* from a Neolithic Settlement in the Eastern Mediterranean. PloS, 3 (10), e3426.
- 10) Salo W.L. et al. Identification of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in a pre-Columbian mummy. Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 91, 2091-2094, 1994.
- 11) Kappelman J. et al. Brief communication: Fist *Homo erectus* from Turkey and implications for Migrations into temperate Euroasia. Am. J. Phi. Antropol. 135110-116. 2008.
- 12) De Laurens A. De mirabili strumans sanandi vi. (Marco Orry Edt.), 1609. Paris
- 13) Ilvento A. La tubercolosi attraverso i secoli. Storia di un'idea. (Edito da: Federazione Italiana Nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi), 1933, XI, Roma.
- 14) Fracastoro G. De contagiose et contagiosis morbi set eorum curatione, libri tres (Ludguni Edt.) 1546. Venezia.
- 15) Sabbatani S. L'intuizione di Girolamo Fracastoro sul contagio della tisi ed i suoi oppositori. Storia di un'idea. Infez. Med. 4, 284-291, 2004.
- 16) La tubercolosi tra Ottocento e Novecento. Aspetti epidemiologici e ruolo del risanamento urbano nella prevenzione della tubercolosi a Bologna. Infez. Med. 1, 48-56, 2005.
- 17) Morpurgo P. Lo studio di Padova, le epidemie, i contagi durante il governo della Repubblica Veneta (1405-1793). La Garagnola ed.) 1922, Padova.
- 18) Cosmacini G. L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi. Editori Laterza. 1997 Roma-Bari.
- 19) Boselli A. Sullo stato igienico delle abitazioni povere in Bologna. Bull. Sc. Med. , IV, 45-61, 1904.
- 20) Gilchist H. The use of sea voyages in Medicine and particularly in a consumption, 1756. London.
- 21) Cocchi A. Dei Bagni di Pisa. 1750, Firenze.

## NOTA DEL REDATTORE

*La seconda parte dell'articolo sulla **Tubercolosi** sarà trattata nel prossimo numero della rivista "Professione Infermiere"*



**IPASVI**

# CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



## **Corsi e Seminari tenuti dal Collegio IPASVI di Bologna**

Seminario **“Prendersi cura delle persone assistite”** Bologna, 26 settembre 2011

Corso **“Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica”** 2ª Edizione Bologna, dal 3 al 31 ottobre 2011

Corso **“Basic Life Support Defibrillation (BLS-D)”** 2ª Edizione 2011 Bologna, 7 ottobre 2011

Corso **“Oltre Le emozioni e le ragioni nell'assistere. Corso di approfondimento per lo sviluppo delle competenze comunicativo-relazionali”** Bologna, dal 12 al 26 ottobre 2011

Corso **“Terapia Farmacologica in sicurezza”** 2ª Edizione 2011 Bologna, dal 20 al 22 ottobre 2011

Corso **“Le tecniche non farmacologiche per il dolore del bambino”** 2ª Edizione 2011 Bologna, 7 novembre 2011

Corso **“Il Laboratorio di medicina narrativa e scrittura clinica: approfondimenti e sviluppi di riflessività professionale”** Bologna, dal 21 novembre al 5 dicembre 2011

Corso **“Educazione terapeutica del malato e della sua famiglia”** 2ª Edizione 2011 Bologna, dal 22 al 23 novembre 2011

Corso **“Dono di cellule, tessuti, organi”** Bologna, dal 24 al 26 novembre 2011

Corso **“Assistere, sostenere e donare il sorriso” (1° annuncio)** Bologna 3 dicembre 2011

## **ALTRI CORSI E CONVEGNI**

Associazione Culturale Nautilus  
Convegno **“L'evoluzione della Pubblica Amministrazione e la professione infermieristica”**

Terrasini (PA) - Hotel Village Città del Mare  
**5 - 6 - 7 settembre 2011**  
Informazioni: Tel. 329/4116056  
e-mail: info@associazionenautilus.it

A.I.O.S.  
**“Corso avanzato di sterilizzazione: reprocessing dei dispositivi medici riutilizzabili”**

Pesaro - Viale Trieste 296 - Pesaro Studi  
**17 settembre 2011**  
Informazioni: CSR Congressi Tel. 051/765357 - Fax 051/765195  
e-mail: info@csrcongressi.com

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna  
**Seminario in occasione dei Vent'anni di vita del Centro per la Salute delle donne straniere e dei loro bambini**  
Bologna - Hotel Aemilia,  
via Zaccherini Alvisi 16  
**21 settembre 2011**  
Informazioni:  
e-mail: ilaria.simonelli@ausl.bologna.it

FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze  
Convegno Regionale Emilia-Romagna

**“I giovani... Consumi e dipendenze... Reti di Approdo”**  
Bologna - Aula Magna Regione Emilia-Romagna  
**23 settembre 2011, ore 9.00 - 17.00**  
Informazioni:  
Tel. 031/748814 - Fax 031/751525  
e-mail: federserd@expopoint.it

FORMAT  
**“Aspetti giuridici, responsabilità del coordinatore e dell'infermiere in sala operatoria”**  
Bologna, **29 settembre 2011**  
Informazioni: tel. 0533/713275  
e-mail: info@formatsas.com

Rivista Prospettive Sociali e Sanitarie  
**“Disegniamo il welfare di domani”**  
**Un convegno per i primi 40 anni di “Prospettive Sociali e Sanitarie”**  
Milano - via Mosè Bianchi, 94  
**29 settembre 2011**  
Informazioni:  
www.pss.irs-online.it/convegnowelfare

GIMBE  
Workshop  
**“Introduzione al Governo clinico”**  
Bologna, **5 - 6 - 7 ottobre 2011**  
Informazioni: tel. 051/5883920  
e-mail: info@gimbe.org

Collegio IPASVI L'Aquila  
**“L'evoluzione del nursing italiano negli ultimi 150 anni”**  
Avezzano (AQ) - Castello Orsini  
**7 - 8 ottobre 2011**  
Informazioni: e-mail: collegio@ipasviaq.it

Medicus Mundi Italia  
**Corso di aggiornamento in Malattie Tropicali**  
**Dal 10 al 28 ottobre 2011**  
Informazioni: Medicus Mundi Italia  
Segreteria Corso Malattie Tropicali  
Tel. 030/3752517 - Fax 030/43266

A.I.O.S.  
XII Congresso Nazionale  
Temi: **“Sicurezza - Apparecchiature - Responsabilità - Formazione”**  
Riccione - Palazzo dei Congressi  
**11 - 12 - 13 ottobre 2011**  
Informazioni: CSR Congressi  
Tel. 051/765357 - Fax 051/765195  
e-mail: info@csrcongressi.com

S.I.G.I.A.V. 2011  
**“III Congresso Nazionale della Società Italiana di Gestione e Impianto degli Accessi Vascolari”**  
Roma - Ergife Palace Hotel  
**20 - 21 - 22 ottobre 2011**  
Informazioni:  
Tel. 055/6800389 - Fax 055/683355  
e-mail: info@fimo.biz

ANIARTI  
30° Congresso Nazionale Aniarti  
**“Infermieri, area critica e le sfide dell'economia”**  
Roma - Ergife Palace Hotel  
16 - 17 - 18 novembre 2011  
Informazioni: Tel. 055/434677  
e-mail: aniarti@aniarti.it

Associazione Italiana di Ricerca sull'Entanglement in Medicina e Chirurgia  
Congresso Nazionale AIREMP  
**“Medicina, Psicologia e Fisica Quantistica. La crisi delle certezze e l'umanizzazione della cura”**  
Bologna - Hotel Savoia  
**19 - 20 novembre 2011**  
Informazioni: tel. 338/6577648  
e-mail: info.airemp@gmail.com

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Age.Na.S., Fondazione per la Sicurezza in Sanità  
6° Forum sul  
**“Risk Management in Sanità”**  
Arezzo, Fiere e Congressi  
Dal 22 al 25 novembre 2011  
Informazioni:  
Tel. 0575/408673 - Fax 0575/20394  
e-mail: info@gutenbergonline.it

## **MASTER**

**UNIVERSITA' DI BOLOGNA**  
Sono in corso di pubblicazione i Bandi dei Master che saranno organizzati dall'Università degli Studi di Bologna nell'Anno Accademico 2011/2012. Si segnalano in particolare i seguenti master:

- **Assistenza Infermieristica in Area Critica** - MASTER I LIVELLO  
Sede Bologna
- **Assistenza Infermieristica in Ortopedia e Traumatologia**  
MASTER I LIVELLO - Sede Bologna
- **Evidence-Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico-Assistenziale** - MASTER I LIVELLO  
Sede Bologna
- **Funzioni di coordinamento nelle professioni sanitarie**  
MASTER I LIVELLO - Sede Rimini
- **Funzioni direttive e gestione dei Servizi Sanitari** - MASTER II LIVELLO - Sede Bologna

Per maggiori informazioni consultare il sito <http://www.unibo.it/Portale/Offerta+formativa/Master/default.htm>

