



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

bologna@ipasvi.legalmail.it

Sito Internet: www.ipasvibo.it



IPASVI

PROFESSIONE *Infermiere*

SOMMARIO

EDITORIALE

Le previsioni del tempo per gli infermieri: Pag. 1
un autunno molto caldo - *Dott.ssa Bedetti*

PROFESSIONE

Gli iscritti parlano con l'Enpapi gratis Pag. 3

Avviso a tutti gli iscritti in possesso del Pag. 3
Libretto di Navigazione

Torna la Race for the Cure - Tre giorni di salute, Pag. 5
sport e benessere per la lotta ai tumori del seno

Le innovazioni del nuovo Regolamento Pag. 6
di Prevenza ENPAPI

Dott.ssa Tangenti / Dott.ssa Morselli

Il nuovo sistema di formazione continua Pag. 8
in medicina. La conferenza stato-regione
19 aprile 2012 e il ruolo dei collegi - *Dott.ssa Simmini*

FORMAZIONE

Collegio IPASVI Provincia di Bologna Pag. 10
"Corsi di formazione continua ECM

1 "Evidence Based Nursing (EBN)" II edizione 2012 Pag. 11

2 "Corso Basic Life Support Defibrillation Pag. 13
(BLSD)" - III edizione 2012

3 "Educazione terapeutica del malato e della Pag. 15
sua famiglia" - II edizione 2012

4 "Assistenza alla persona con Catetere Pag. 17
Venoso Centrale"

5 "Corso Basic Life Support Defibrillation Pag. 19
(BLSD)" IV edizione 2012

6 L'infermiere e la stomia: evidenze in Pag. 21
stomatoterapia

7 "Appropriatezza assistenziale nella gestione Pag. 23
delle ferite complesse"

8 "Assistenza alla persona con Catetere Pag. 25
Venoso Centrale" - II edizione 2012

9 "Sopravvivere all'organizzazione: Pag. 27
l'infermiere resiliente"

10 "La prevenzione delle malattie infettive Pag. 29
attraverso la pratica vaccinale"

11 "L'infermiere e la somministrazione dei Pag. 31
farmaci: aggiornamenti di farmacologia
e responsabilità professionale"

12 L'infermiere e la stomia: evidenze in Pag. 33
stomatoterapia - II edizione 2012

13 "Appropriatezza assistenziale nella gestione Pag. 35
delle ferite complesse" - II edizione 2012

Scheda di iscrizione ai corsi di formazione Pag. 37
continua ECM tenuti dal collegio IPSVI di
Bologna nel II semestre 2012

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

La terapia farmacologica - *Dott.ssa Negrini* Pag. 39

Clinical Risk Management Pag. 42
Ordini verbali" - *Dott.ssa Negrini*

Riflessioni su "L'importanza della formazione Pag. 45
nella realizzazione di cure palliative di qualità"
pubblicato sulla Rivista n. 1 del 2012
A cura del Prof. Biasco

L'educazione terapeutica dell'utente diabetico: Pag. 46
dalla teoria alla applicazione in reparto.

L'esperienza dell'unità assistenziale post acuti
Ospedale Bellaria - *Dott.ssa A. Lelli - M. Bentivogli,
T. Dall'Aglio, G. Giovanni, Giandonato C., Ruta G.*

Il bed manager: l'esperienza del Policlinico: Pag. 66
S.Orsola-Malpighi di Bologna - *Bandini A., Pellecchia C.,
Tabanelli C., Taddia P.*

AGENDA Pag. 68

Editoriale

Le previsioni del tempo per gli infermieri: un autunno molto caldo

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

Mai, per la nostra vita professionale, estate fu così rovente come questa del 2012, e non solo per le "ondate di calore" che ci hanno visti impegnati nei piani di prevenzione e assistenza dei cittadini.

L'attività parlamentare e istituzionale quest'anno non si è fermata neanche in pieno agosto.

Fra gli eventi per noi maggiormente significativi:

- le manovre messe a punto dal Governo per il contenimento della spesa pubblica fra cui, ovviamente, anche la spesa sanitaria (la cosiddetta *spending review* approvata il 9 agosto);

- i piani di riordino che, conseguentemente, le aziende sanitarie sono impegnate a definire e a mettere in pratica;

- la predisposizione del decreto di riforma del SSN i cui contenuti, secondo le dichiarazioni del Ministro Balduzzi riportate dalla stampa, andranno ad incidere pesantemente sull'organizzazione dei servizi e l'attività dei professionisti che vi operano;

- la predisposizione, da parte di Tavoli tecnici attivati presso il Ministero della Salute, di due documenti da proporre alla Conferenza Stato-Regioni per l'adozione dei relativi provvedimenti, su temi cruciali per la nostra futura vita

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
del 20/04/1989

PUBBLICAZIONE TRIMESTRALE

ANNO XXIV - N. 2 - SETTEMBRE 2012

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

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

professionale quali le modalità di formazione e inserimento degli OSS nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie e la proposta di ampliamento delle competenze degli infermieri con l'introduzione delle specializzazioni quali percorsi formativi successivi alla laurea.

Anche le attività dei Collegi provinciali IPASVI, dei Coordinamenti regionali e della Federazione Nazionale Collegi si sono quindi intensificate per partecipare al dibattito politico e istituzionale in corso e rappresentare, a livello locale e nazionale, sulle diverse questioni in campo, il "punto di vista" infermieristico.

Un "punto di vista" che, come abbiamo avuto più volte modo di dire, non fa riferimento a un modello ideale e statico ma che è andato maturando nel tempo, costruito in una relazione dinamica col contesto all'interno del quale operiamo, attraverso l'esperienza, lo studio, la sperimentazione e la ricerca, determinato dalla volontà di rispondere in modo sempre più qualificato ai nuovi bisogni di salute dei cittadini¹. Un "punto di vista" che ci induce a sostenere che per recuperare funzionalità ed efficienza la riforma del sistema di cure non ci si potrà limitare a un contenimento degli attuali capitoli di spesa e a un ritocco dell'impianto esistente ma prevedere, coerentemente con i cambiamenti sociali, culturali, demografici ed epidemiologici propri di questo tempo e con l'evoluzione delle professioni sanitarie fra cui quella infermieristica, anche un sostanziale ripensamento dei presupposti su cui si costruiscono i percorsi di cura dei cittadini e le relazioni fra i diversi operatori chiamati a realizzarli.

Come infermieri quindi la maggior criticità che ci troviamo ad affrontare e a rappresentare nelle diverse sedi di discussione non è solo quella economica, che riteniamo comunque molto critica², ma soprattutto quella culturale. La difficoltà cioè ad avviare un dibattito e un confronto costruttivo fra le parti interessate per superare l'attuale modello di offerta di servizi centrato sul medico e sull'ospedale organizzato per specialità mediche e quindi sull'ausiliarità delle altre figure professionali e sul ricovero come unica risposta possibile per ogni singolo episodio di malattia.

Oggi la disponibilità di competenze (di base, avanzate e, a breve,

specialistiche) acquisite in percorsi universitari da parte degli infermieri e delle altre professioni sanitarie offre, a nostro avviso, la possibilità di tracciare percorsi clinico-assistenziali che attraversano diversi luoghi di cura (domicilio, residenze sanitarie assistite, case della salute, poliambulatori, ecc..) dove le persone, nei loro lunghi percorsi di malattia (e oggi le patologie cronicodegenerative sono le prevalenti), possono trovare, oltre alla diagnosi e alla prescrizione terapeutica, quello che effettivamente loro serve: assistenza, supporto, presa in carico, continuità, accompagnamento.

Un'attenzione particolare dovrà essere posta a quello che viene definito il terzo settore³ all'interno del quale oggi operano una quota significativa di infermieri e molte altre figure che con essi collaborano fra cui gli operatori socio sanitari (OSS). Il documento sul "Ruolo, funzioni, formazione e programmazione del fabbisogno dell'operatore sociosanitario", ottenuto il consenso di tutte le componenti del Tavolo tecnico attivato presso il Ministero della Salute (oltre ai dirigenti del Ministero e del Coordinamento della Commissione Salute delle Regioni, le segreterie nazionali di Cgil-Fp, Cisl Fp, Uil Fpl, Fials, Fsi - Usae, Nursing Up, la Federazione Nazionale Collegi IPASVI, la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche ed Il Migep) è ora all'esame della parte politica, Ministero e Regioni. Vi sono affrontate le questioni relative al ruolo, alle funzioni svolte nei diversi contesti di cura dagli operatori socio-sanitari, alla loro attuale consistenza numerica (le ultime stime parlano di circa 150 mila OSS) e al loro reale fabbisogno nonché alla loro formazione attuale e futura. Il Tavolo ha concordato sulla necessità di intervenire in sinergia, congiuntamente a livello nazionale, regionale e territoriale, per:

- rilevare i numeri reali degli OSS, ad oggi formati e impegnati, nei settori sanitario e socio sanitario (pubblico, privato e terzo settore) e programmare, di conseguenza, gli eventuali nuovi fabbisogni;
- approfondire e analizzare i diversi modelli organizzativi, che prevedono l'impiego degli OSS, per evidenziarne eventuali criticità e differenze tra le regioni e i territori, promuovendo la diffusione delle sperimentazioni più avanzate;
- uniformare e migliorare l'attività

formativa destinata agli OSS, che dovrà essere svolta a cura e sotto la responsabilità dei Servizi Sanitari Regionali in collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali, monitorando il livello di competenza acquisita;

- completare senza ritardi la riqualificazione degli altri operatori esistenti (OTA, OSA, ASA, ADEST, ecc.)
- promuovere un corretto impiego degli OSS, in coerenza con l'Accordo Stato Regioni del 2001 istitutivo del profilo
- promuovere l'aggiornamento permanente anche dell'operatore socio-sanitario.

Più controverso invece il percorso del Tavolo sulla "Ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico" avviato dal Ministero della Salute per ampliare le competenze degli infermieri, a cui dovrebbe seguire, con i successivi provvedimenti, quelle delle altre professioni sanitarie e introdurre le specializzazioni.

Le bozze di testo predisposte e i relativi "allegati" contenenti elenchi di competenze evolute da attribuire agli infermieri in determinate aree di attività sanitaria (cure primarie, emergenze-urgenza, medicina, chirurgia, pediatria, salute mentale e dipendenze) hanno incontrato, oltre alla netta contrapposizione delle organizzazioni dei medici e delle altre professioni sanitarie che hanno intravisto in questo possibili invasioni di campo, anche quella delle rappresentanze della professione infermieristica che vi hanno intravisto invece un recupero del famigerato mansionario.

La Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI ha condiviso con i Presidenti dei Collegi Provinciali, (ben due Consigli Nazionali sono stati convocati a tale scopo) e le associazioni di infermieri presenti sul territorio nazionale, la validità del progetto di ampliamento delle competenze degli infermieri alla luce dei nuovi bisogni di salute dei cittadini e del potenziale ancora inespresso contenuto nella normativa che ne regola l'esercizio professionale (decreti istitutivi dei profili, leggi 42/99, 251/00 e 43/06) ma ha chiesto:

- che tali competenze siano specialistiche e non genericamente "evolute";
- che tali competenze specialistiche

siano acquisite attraverso l'effettuazione di moduli formativi attivati sinergicamente in parte nel Servizio Sanitario Regionale ed in parte nell'Università;

- che i moduli formativi eventualmente effettuati nel Servizio Sanitario Regionale vengano agganciati a quelli effettuati in Università attraverso il sistema dei crediti universitari e concorrano al raggiungimento del titolo di specializzazione così come definito dalla legge n.43 del 2006;
- che la formazione "specialistica" sia strutturata, riconoscibile ed omogenea su tutto il territorio nazionale.

Un'estate di attività molto intensa quindi che, dati i presupposti, continuerà anche nei prossimi mesi richiedendo l'attenzione e l'impegno non solo dei Collegi provinciali IPASVI, dei Coordinamenti regionali e della Federazione Nazionale Collegi ma di tutti noi, data la numerosità dei luoghi di dibattito politico e istituzionale in corso, il susseguirsi frenetico di eventi, l'importanza dei temi sul tappeto per il nostro futuro di cittadini e di professionisti.

NOTE

1. vedi la Relazione della Presidente Nazionale, d.ssa Silvestro, e Mozione Conclusiva del nostro XVI Congresso Nazionale - Bologna 22-24 marzo 2012 riportate nel precedente numero della rivista.
2. la cosiddetta *spending review* per la sanità (art.15) prevede riduzioni di spesa per 900 milioni di La cosiddetta *spending review* per la sanità (art.15) prevede ad esempio riduzioni di spesa per 900 milioni di euro nel 2012, 1.800 milioni nel 2013, 2 miliardi nel 2014 e 2.100 milioni a decorrere dal 2015. Per ottenerle, le misure della legge seguono quelle di razionalizzazione e contenimento introdotte dall'articolo 17 del decreto 98/2011. In particolare, si applicano immediatamente per il 2012 le norme per la razionalizzazione della spesa per acquisti di beni e servizi. Di immediata applicazione è, perciò, la riduzione del 5 % degli importi e delle prestazioni dei contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi stipulati da aziende ed enti del SSN. Le risorse disponibili per il personale del SSN per il triennio 2013- 2015 non potranno superare il fabbisogno del 2004 diminuito dell'1,4%. Le misure di contenimento riguardano anche il personale convenzionato con il SSN (medici di famiglia e pediatri di libera scelta).
3. terzo settore (definizione da <http://it.wikipedia.org>): istituzioni che all'interno del sistema economico si collocano tra lo Stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi di natura privata ma volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, Organizzazioni non governative, ONLUS, ecc.);

PROFESSIONE

Gli Iscritti parlano con l'ENPAPI gratis!

Gentilissimi,
dal 2 maggio 2012 è attivo il numero verde dell'ENPAPI

800.070.070

Ogni iscritto può raggiungere, sia da telefono fisso che da telefono mobile, il contact center specializzato istituito per fornire tutte le informazioni relative alle problematiche previdenziali ed assistenziali di proprio interesse e ottenere delucidazioni su ciascuna specifica posizione contributiva.

ENPAPI, in questo modo, rafforza un servizio utile ed efficace, confermando l'impegno e l'attenzione nei confronti dei propri iscritti.

Un grande valore, senza alcun costo.

Il Presidente
Mario Schiavon

• Riceviamo e volentieri pubblichiamo:



Ringrazio particolarmente il Servizio Infermieristico domiciliare del Poliambulatorio Mazzacurati per la sensibilità dimostrata, per il contributo, per il senso di responsabilità che hanno consentito di garantirmi il prelievo Tao con neve e ghiaccio.

Mi sono sentita trattata come Persona nel significato profondo del termine.

Grazie di cuore
N.D.

IMPORTANTE



A TUTTI GLI ISCRITTI IN POSSESSO DEL LIBRETTO DI NAVIGAZIONE

Si comunica che la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI con circolare n. 31/2012 Prot.P-4192/III.01 del 06/08/2012, a seguito di nota da parte del dr. Virgilio Costanzo del Ministero della Salute, ha fatto richiesta a tutti i Collegi IPASVI di censire il personale infermieristico in possesso del **Libretto di Navigazione** (quindi abilitato ad imbarcarsi quale "**Infermiere di Bordo**"), con lo scopo di prevedere un'apposita normativa e pervenire quindi alla predisposizione di un apposito **Albo degli Infermieri abilitati gestito dal Ministero**.

Si chiede pertanto a tutti gli iscritti che siano in possesso di tale libretto di voler comunicare al Collegio **entro e non oltre il 31 ottobre 2012** tale possesso.

Per farlo è possibile utilizzare il modulo riportato a pag. 4





Al Presidente del COLLEGIO PROVINCIALE
INFERMIERI PROFESSIONALI ASSISTENTI SANITARI
E VIGILATRICI D'INFANZIA DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA

Via G. Zaccherini Alvisi, 15/B - 40138 BOLOGNA
e-mail: bologna@ipasvi.legalmail.it - Fax (051) 34.42.67

OGGETTO: **Comunicazione possesso LIBRETTO DI NAVIGAZIONE**

__I__ sottoscritt__ _____

nat__ a _____ Prov. _____ il _____

Tel _____ cell _____

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

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445) ai sensi degli art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

DICHIARA

- Di essere in possesso del LIBRETTO DI NAVIGAZIONE di cui riporto gli estremi:

Comparto di iscrizione _____

Tipologia di Categoria (indicare se I o II) _____ n. matricola _____

Data di rilascio _____ qualifica di iscrizione _____

- Che il libretto di navigazione è in corso di validità come da codice della navigazione (limiti temporali 5 anni dall'ultimo sbarco o 5 anni dalla data di iscrizione nel caso di persone mai imbarcate).

Mi impegno a comunicare per iscritto a questo Collegio ogni successiva variazione rispetto a quanto dichiarato.

Allego copia del mio documento di identità in corso di validità.

.....

Firma

Rosanna Banfi e Maria Grazia Cucinotta
madrine della Race



**TRE GIORNI DI
SALUTE, SPORT
E BENESSERE**

per la lotta ai tumori del seno

Bologna 28-29-30 settembre 2012

6^a edizione Giardini Margherita

Domenica - partenza ore 10

Sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica
e con il patrocinio di

in collaborazione con



SPONSOR NAZIONALE

Johnson & Johnson

Ti aspettiamo al **Villaggio Race**
già venerdì 28 e sabato 29
settembre

**...e domenica 30 settembre
tutti insieme
ai nastri di partenza!**

Info e iscrizioni
Susan G. Komen Italia

Comitato Regionale Emilia Romagna
c/o U.O. Anatomia Patologica Osp. Bellaria Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. 051.6225976 Fax 051.6225759 bologna.race@komen.it

cc bancario Banca del Fucino IBAN IT74 C031 24032020 0000 0231 229
cc postale n° 85950038 C.F. 06073831007 per donazione 5x1000

www.raceforthe cure.it www.facebook.com/komenitalia



OFFICIAL TIMING
MySDAM

ORGANIZZAZIONE
TECNICA
Circolo G. D'Adda

• **Le innovazioni del nuovo Regolamento di Previdenza ENPAPI**

Dott.ssa Marilena Tangenti
Dott.ssa Silvia Morselli

ENPAPI, con il nuovo Regolamento di Previdenza approvato il 07/03/2012, si è dato quattro importanti obiettivi:

- Riclassificare la popolazione assicurata;
- Adeguare le prestazioni;
- Permettere agevolazioni contributive;
- Semplificare gli adempimenti.

Vediamo sinteticamente come ha perseguito queste finalità.

Riclassificazione della popolazione assicurata

Rispetto all'art. 1 "Iscritti all'Ente" del precedente Regolamento, il nuovo inserisce il diritto/dovere di iscrizione per tutti coloro che svolgono un'attività libero professionale senza vincolo di subordinazione, anche sotto forma di prestazione non abituale; l'obbligo di iscrizione non sussiste se la prestazione ha il carattere dell'occasionalità, nei limiti stabiliti dalla legge¹.

La formula "in una qualsiasi forma diversa da quella subordinata", contenuta nell'art. 1, permette di comprendere anche eventuali nuove forme di esercizio libero professionale che in futuro potranno essere previste dall'ordinamento generale.

Adeguatezza delle prestazioni

ENPAPI, con questa riforma del Regolamento di Previdenza, ha voluto sostenere con ancora più vigore il diritto² dei lavoratori che siano loro preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria, migliorando il trattamento pensionistico ero-

gato ai professionisti al termine della loro carriera.

ENPAPI per legge deve applicare il sistema contributivo e le aliquote precedentemente in vigore potevano non garantire un trattamento pensionistico adeguato al costo della vita corrente, specie per le persone con un'anzianità contributiva poco significativa. Grazie alle modifiche introdotte la situazione è stata radicalmente mutata, per esempio per una persona con un'anzianità contributiva di circa quarant'anni il tasso di sostituzione³ è passato dal precedente 27% ad un prospettico 62%.

Per aumentare il montante contributivo a disposizione di ogni singolo contribuente ENPAPI ha preso le seguenti misure:

1. Il primo strumento si è reso disponibile con l'entrata in vigore della legge del 12/07/2011 n. 133, che ha consentito l'incremento dell'aliquota su cui si determina la misura del contributo integrativo fino ad un massimo del 5%. Dal 01/01/2012 il contributo è stato portato dal precedente 2% del volume di affari effettivamente conseguito, al 4% (art. 5). Questo aumento è stato destinato per il 2% all'incremento del montante contributivo e per il 2% al Fondo per le spese di gestione e per la solidarietà.

La maggiorazione percentuale del 4% sui corrispettivi lordi deve essere riscossa direttamente dall'iscritto che svolge autonomamente la libera professione, o dall'Associazione, Cooperativa o Agenzia a cui esso partecipa. Fanno eccezione le prestazioni rese a favore delle pubbliche amministrazioni, per le quali si continua ad applicare un contributo integrativo pari al 2%. Oltre all'aumento dell'aliquota è stato disposto l'incremento del contributo integrativo minimo che è passato da € 120 a € 150.

2. Per aumentare la base del calcolo della pensione era inevitabile adeguare anche la percentuale della contribuzione soggettiva da applicare al reddito netto, pertanto EN-

³ Il Tasso di sostituzione è il rapporto fra la prima pensione e l'ultima retribuzione ed indica l'importo della pensione in percentuale dell'ultima retribuzione percepita.

PAPI ha previsto nel nuovo Regolamento di Previdenza un graduale passaggio dell'aliquota da un iniziale 10% al 16% in cinque anni. Il primo aumento è stabilito a partire dal 01/01/2012 con il passaggio dal 10% al 12%. Anche l'ammontare del contributo soggettivo minimo subirà un progressivo aumento a partire dal 2012 fino al 2016 con la seguente modalità:

Euro 760,00

a partire dal primo gennaio 2012;

Euro 970,00

a partire dal primo gennaio 2013;

Euro 1.180,00

a partire dal primo gennaio 2014;

Euro 1.390,00

a partire dal primo gennaio 2015;

Euro 1.600,00

a partire dal primo gennaio 2016;

Il contributo soggettivo minimo potrà essere annualmente rivalutato, con delibera del Consiglio di Amministrazione, in base all'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati calcolato dall'ISTAT (art.4).

3. Poiché nel sistema contributivo l'importo della pensione annua è determinato moltiplicando il montante individuale dei contributi versati per il coefficiente di trasformazione relativo all'età dell'assicurato al momento del pensionamento, ENPAPI ha apportato due significative modifiche a beneficio dei professionisti assicurati:

- ha innovato la tabella dei coefficienti di trasformazione relativi all'età, applicando tassi ora più favorevoli a chi va in pensione oltre i 65 anni;

- ha stabilito che la decorrenza della pensione e la relativa applicazione del coefficiente di trasformazione faccia riferimento al primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda di pensione, anziché alla data di maturazione del diritto alla pensione stesso⁴ come

⁴ Il diritto alla pensione di vecchiaia si consegue al compimento del sessantacinquesimo anno di età e a condizione che risultino versati dall'iscritto in suo favore almeno 5 anni di contribuzione effettiva ovvero a 57 anni con almeno 40 anni di anzianità contributiva.

² Sancito dall'art 38 della Costituzione.

precedentemente previsto (art.li 24-25).

Si possono avvantaggiare di questi nuovi coefficienti anche coloro che, già in pensione, continuano a fare versamenti per ottenere un supplemento di pensione (art. 26).

ETÀ	VALORI	ETÀ	VALORI
57	4,42%	69	6,53%
58	4,54%	70	6,80%
59	4,66%	71	7,10%
60	4,80%	72	7,42%
61	4,94%	73	7,77%
62	5,09%	74	8,15%
63	5,26%	75	8,57%
64	5,43%	76	9,02%
65	5,62%	77	9,51%
66	5,82%	78	10,05%
67	6,04%	79	10,65%
68	6,27%	80	11,30%

Fig. 1 - Tabella Coefficienti di Trasformazione

4. ENPAPI ha considerato la possibilità di rivalutare in base alle più adeguate nuove aliquote quanto già versato in precedenza al 2012, dando facoltà agli assicurati di adeguare al nuovo regime contributivo le annualità già versate. Le somme a tal fine corrisposte saranno destinate all'incremento del montante contributivo a decorrere dall'anno di versamento.

Agevolazioni contributive

Le agevolazioni contributive previste dal nuovo regolamento sono:

1. Riduzione del 50%/Esonero del contributo soggettivo minimo e riduzione aliquota soggettivo del 50%

ENPAPI all'art.4 prevede una riduzione del 50% del contributo soggettivo minimo nei seguenti casi:

- qualora l'attività professionale venga sospesa per sei mesi continuativi nel corso dell'anno solare;
- fino al compimento del trentesimo anno di età;
- per i possessori di partita IVA per i primi quattro anni di iscrizione all'ENPAPI.

Inoltre per i professionisti già titolari di trattamento pensionistico è previsto sia il totale esonero dal versamento del contributo soggettivo minimo, sia la riduzione del 50% delle aliquote soggettive. E' a discrezione del con-

tribuyente la possibilità di scegliere di versare i contributi utilizzando la normale aliquota.

Come già previsto dal precedente Regolamento di Previdenza, sono esonerati dal versamento del contributo minimo i professionisti titolari di rapporti di lavoro dipendente, anche a tempo parziale, purché disposto con orario superiore alla metà del tempo pieno. Per coloro che svolgono contemporaneamente attività di lavoro dipendente, con contratti di lavoro a tempo parziale e prestazioni rese con orario inferiore o pari alla metà del tempo pieno, il contributo minimo è ridotto nella misura del 50%. L'esonero e la riduzione del contributo soggettivo minimo non sono cumulabili e sono concesse su dichiarazione dell'iscritto inviata ad ENPAPI.

2. Esonero dal versamento del contributo integrativo

Con il nuovo regolamento i professionisti, già titolari di trattamento pensionistico, possono godere dell'esenzione dal versamento del contributo integrativo minimo come già previsto per i lavoratori dipendenti a tempo pieno o con un part-time superiore al 50% (art.5).

3. Rateizzazione dei contributi

E' stata prevista dal Regolamento di Previdenza la possibilità di fare richiesta al Consiglio di Amministrazione ENPAPI di ottenere la rateizzazione degli importi dovuti per contributi, sanzioni e interessi, purché non superiori a € 2.000,00 e per un periodo di tempo non superiore a 48 mesi e comunque non oltre la data di maturazione del diritto a pensione.

Semplificazione degli adempimenti

ENPAPI, con il nuovo Regolamento di Previdenza, al fine di semplificare e snellire i rapporti con gli assicurati ha previsto la possibilità di utilizzare l'autocertificazione e, anche al fine di ridurre i costi, ha dato vita ad una forte incentivazione dell'utilizzo delle modalità informatiche di cui si riportano alcuni esempi:

- comunicare con l'Ente e di inoltrare dichiarazione e domande tramite l'utilizzo di posta elettronica certificata (PEC);
- accedere, attraverso una propria area riservata presente nel sito

- dell'ENPAPI, ai propri dati anagrafici, reddituali, all'estratto conto contributivo ed al montante maturato;
- presentare telematicamente la dichiarazione dei dati reddituali.

BIBLIOGRAFIA

- Costituzione della Repubblica Italiana*
Regolamento di Previdenza ENPAPI approvato il 31 luglio 2008
Regolamento di Previdenza ENPAPI approvato il 7 marzo 2012
Schiavon, Mario, "Editoriale" - Providence, n.1 gennaio/febbraio 2012, ENPAPI
Schiavon, Mario, "Il nuovo regolamento di Previdenza" - Providence, n.1 gennaio/febbraio 2012, ENPAPI
Schiavon, Mario, Slide presentate al ciclo di incontri "ENPAPI INCONTRA GLI ISCRITTI", 2012



• **CONFERENZA STATO - REGIONI - 19 aprile 2012**

Il nuovo sistema di formazione continua in medicina: Linee guida per i Manuali di accreditamento dei provider, albo nazionale dei provider, crediti formativi triennio 2011/2013, Federazioni, Ordini, Collegi e Associazioni Professionali, sistema di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità, liberi professionisti.

Il nuovo sistema di formazione continua in medicina.

La conferenza stato- regione 19 aprile 2012 e il ruolo dei collegi

**A cura della Dott.ssa
Simmini**

Premessa

Come ormai noto, in Italia il programma ECM è stato istituzionalizzato con il decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n 502 e conseguentemente, ha preso avvio con il decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999. Con tale disciplina, lo Stato italiano ha stabilito che la partecipazione alle attività di formazione continua dei professionisti della salute, costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista.

L'istituzione dell'ECM, nel corso di degli anni trascorsi, ha indubbiamente rappresentato una scelta finalizzata soprattutto al miglioramento dell'assistenza sanitaria e della qualità delle prestazioni, e pur tra luci ed ombre, rappresenta un patrimonio significativo che qualifica la realtà sanitaria italiana.

La professione infermieristica ha da sempre riconosciuto nella formazione, il principale strumento che promuove, stimola e realizza cambiamenti e comportamenti che si traducono nella pratica, nel migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali dei professionisti con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario

Come professionisti della salute, abbiamo l'obbligo deontologico di met-

tere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile.

Nel periodico "Professione Infermiere del gennaio/aprile 2011 del nostro collegio provinciale, la Dottoressa Orietta Valentini, nell'articolo "**Il programma ECM entra lentamente "a regime"**", oltre a descriverci gli aspetti innovativi del Sistema ECM, ci aveva anche presentato lo scenario che si stava prefigurando sul territorio nazionale, le nuove regole e norme, gli organismi e gli strumenti per la ridefinizione delle strutture a supporto della Commissione Nazionale della Formazione Continua.

L'analisi fornita faceva riferimento soprattutto all'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto del 2007 e all'accordo del 5 novembre del 2009 in quanto, determinati nella nuova organizzazione e le nuove regole del sistema ECM.

Sono stati così, i ruoli, le specifiche funzioni e i relativi livelli d'integrazione, in una stretta sinergia istituzionale fra il sistema nazionale e quello delle Regioni, tenendo conto degli equilibri fra le Regioni designati dalla governance descritta nei richiamati Accordi.

Questo mio breve intervento, oltre a descrivere sinteticamente gli elementi significativi del nuovo programma, vuole soprattutto evidenziare il ruolo e le competenze definitivamente riconosciute alle Federazioni, Ordini, Collegi e Associazioni Professionali, attraverso appunto l'accordo del 19 Aprile definito dalla CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO ACCORDO e che di seguito se ne illustrano gli elementi fondamentali.

IL SISTEMA ECM: IL NUOVO ACCORDO

Il Sistema ECM è un sistema Integrato e solidale tra il livello regionale e il livello nazionale, basato su regole comuni e condivise che ne assicurano l'omogeneità su tutto il territorio nazionale e una chiara ripartizione di compiti tra i rispettivi ambiti di azione.

E' anche definito Sistema Policentrico perché costituito da soggetti, istituzioni con responsabilità e ruoli diversi, con il compito di concorrere complessivamente alla governance e alla formazione continua: Ministero della salute,

Regioni e Province autonome, rappresentanze ordinarie professionali.

L'accordo definisce:

- i criteri minimi che devono essere adottati da tutti gli enti accreditati (nazionale/regionali/provinciali) per l'accREDITAMENTO dei provider;
- le procedure per la costituzione dell'albo nazionale dei provider nel quale annotare eventuali criticità segnalate dagli organismi di controllo e monitoraggio di livello nazionale o regionale per garantire nel tempo ai professionisti sanitari efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza dell'offerta formativa;
- i crediti formativi (150 per il triennio 2011/2013);
- i compiti degli ordini, collegi, associazioni professionali e le rispettive federazioni;
- i sistemi di verifiche, controlli e monitoraggio della qualità;
- l'ampliamento dell'offerta formativa in favore dei liberi professionisti.

LE REGOLE PER L'ACCREDITAMENTO DEI PROVIDER ECM

L'accREDITAMENTO si basa su un sistema di requisiti minimi considerati indispensabili per lo svolgimento di attività formative (ECM) e viene rilasciato ad ogni provider da un solo Ente accreditante a seguito della verifica del possesso di tutti i requisiti minimi previsti secondo standard definiti.

I requisiti richiesti riguardano: il rispetto delle procedure di registrazione e reporting degli eventi e dei crediti formativi assegnati; le caratteristiche del soggetto da accreditare; la sua organizzazione; il rigore qualitativo nella offerta formativa proposta e l'indipendenza da interessi commerciali; tutti i requisiti necessari a garantire una attività formativa efficiente, efficace ed indipendente (Linee Guida per i Manuali di accreditamento dei provider nazionali e regionali/province autonome: requisiti minimi e standard). I Manuali di accreditamento dei provider, adottati dalle Regioni e Province autonome per le Aziende di cui sopra, saranno sottoposti alla valutazione di congruità da parte della Commissione nazionale per la formazione continua. Al fine di garantire l'omogeneità del sistema di accreditamento regionale con quello delle altre Regioni e Province autonome, la Commissione na-



zionale per la formazione continua, acquisito il richiamato parere positivo del Comitato Tecnico delle Regioni, tramite la competente sezione, prende atto del Manuale/i prodotto/i dalle Regioni/Province autonome.

Pertanto:

- 1) per le aziende sanitarie/soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie pubblici o privati sussiste l'obbligo di accreditarsi presso la Regione o la Provincia autonoma in cui insiste la sede, sempre che la Regione o la Provincia autonoma abbia attivato un proprio sistema di accreditamento;
- 2) in base al monitoraggio su tale tipo di accreditamento si valuterà l'opportunità di individuare la percentuale massima di eventi (rispetto a quelli che compongono il piano) che potranno essere accreditati ed essere realizzati al di fuori della Regione o Provincia autonoma di riferimento;
- 3) si sottolinea la necessità della tracciabilità delle attività FAD con accesso limitato agli operatori sanitari della Regione o Provincia autonoma di riferimento nella quale svolgono prevalentemente l'attività sanitaria;
- 4) le Università, le Società scientifiche, gli IRCCS, gli II.ZZ.SS, gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali, le relative Federazioni, gli enti di diritto pubblico e i soggetti privati possono scegliere il soggetto accreditante (Commissione nazionale per la formazione continua o Regione/Provincia autonoma) purché rispettino i limiti conseguenti.

ALBO NAZIONALE DEI PROVIDER

La Commissione nazionale per la formazione continua, di concerto con gli altri Enti accreditanti a livello regionale e provinciale, predispone l'Albo Nazionale dei provider ECM (che include sia i provider accreditati a livello nazionale che quelli accreditati a livello regionale/provinciale) e ne cura l'aggiornamento sistematico, rendendolo pubblicamente consultabile con il rilievo delle eventuali sanzioni ricevute.

CREDITI FORMATIVI TRIENNIO 2011/2013

Confermato il debito complessivo dei crediti a 150 per il triennio 2011-2013 (50 crediti annui, minimo 25 massimo 75). Si prevede la possibilità per tutti i professionisti sanitari di riportare dal triennio precedente (2008-2010) fino a 45 crediti.

I liberi professionisti possono acquisire i crediti formativi attraverso modalità flessibili per crediti/anno.

Elemento imprescindibile dell'accREDITamento dei provider e dei singoli eventi formativi, resta la trasmissione - direttamente dai provider al Consorzio che gestisce l'anagrafe dei crediti formativi delle professioni sanitarie (di seguito indicato come **Co.Ge.A.P.S.**) dei crediti formativi, attestati ai professionisti sanitari che hanno partecipato ai corsi accreditati, per riconoscere agli stessi validità su tutto il territorio nazionale.

Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie: (Co.Ge.A.P.S.)

Il Co.Ge.A.P.S. è, nelle sue funzioni, già definite da precedenti accordi Stato Regione del 01/08/2007 e 05/11/2009,

uno strumento funzionale degli Ordini/Collegi/Associazioni accreditate, poiché detiene e gestisce l'anagrafica nazionale dei crediti formativi.

Il Co.Ge.A.P.S. è pertanto l'organo deputato a trasmettere a tutti gli Ordini, Collegi, e associazioni professionali presenti sul territorio affinché gli stessi possano certificare al termine del triennio formativo i crediti formativi acquisiti. In questo modo permette ai Collegi la verifica della congruità dei crediti ECM del singolo professionista utili alla certificazione.

Il Consorzio Gestione Anagrafe Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S), raccoglie da Enti accreditanti e Provider i crediti ECM maturati da professionisti per attività organizzate da soggetti con capacità formativa quali FAD, FSC, Residenziale.

Ad Ordini, Collegi, Associazioni Professioni Sanitarie, spetta la registrazione nell'anagrafe Nazionale dei crediti formativi maturati individualmente dai Professionisti esclusivamente per le seguenti attività:

- Formazione all'estero
- Tutor per tirocini e per Medici di medicina generale
- Autoapprendimento

Per tale tipologie di formazione, l'Ordine, Collegio, Associazione territoriale di competenza valuta, previa visione della relativa documentazione, l'attività formativa svolta e assegna, (accredita) il credito formativo e lo trasmette a Co.Ge.A.P.S. per la registrazione nella banca dati Nazionale ECM.

ORDINI, COLLEGI, ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI e FEDERAZIONI

Come appena anticipato, è evidente il ruolo centrale in carico ad Ordini, Collegi e Associazioni ed in specifico per **la verifica della continuità formativa dei professionisti** come già peraltro individuato dal decreto del Ministro della salute 19 giugno 2006 e dall'accordo del 2007, in quanto... **garanti della professione e di certificatori della formazione continua e dell'aggiornamento**".

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le Federazioni sono presenti anche nella posizione di **Auditor** dell'Osservatorio Nazionale per la qualità della formazione continua nonché negli Osservatori Regionali.

Con propri designati, che operano nel

territorio di riferimento, sarà costituita una rete presso gli Enti accreditanti che vedrà gli Ordini, i collegi e le Associazioni Professionali, unitamente alle rispettive Federazioni, monitorare la qualità dell'offerta formativa.

Gli Ordini, i Collegi, le Associazioni professionali e le rispettive Federazioni rivestono anche un ruolo "produttivo" nella formazione continua in quanto la loro "offerta" potrà consentire ai professionisti di aggiornarsi su tematiche di particolare rilevanza tecnico-professionale, consentendo anche un'offerta formativa rivolta ai professionisti senza forme di condizionamento commerciale, trattandosi, nella quasi totalità, di formazione continua priva di sponsorizzazioni commerciali.

Contrariamente al precedente modello, per l'offerta formativa pianificata ogni anno da ciascun Ordine, Collegio o Associazione professionale, non sono previste, limitazioni in merito ai temi e ai settori disciplinari da sviluppare nelle attività formative.

Rispetto all'attività formativa pianificata annualmente da ciascun Ordine, Collegio o Associazione Professionale, è consentita la possibilità di implementare l'offerta formativa - nel limite massimo del 50% - utilizzando gli obiettivi formativi contenuto nel corrente accordo.

Almeno il 50% delle attività effettivamente pianificate nel piano formativo devono riguardare le tematiche di etica, deontologia, legislazione, informatica, inglese e comunicazione

Con la legge del 14/09/2011 è intervenuta la conversione in legge del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138 determinando un cambiamento di prospettiva per Ordini, Collegi e Associazioni, che dovranno svolgere **un ruolo attivo di controllo e sanzione**. Per i professionisti sanitari che non ottemperano all'obbligo di «seguire percorsi di formazione continua permanente, è disciplinato quanto segue:

Previsione dell'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai Consigli Nazionali, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM).

*La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un **illecito disciplinare** e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale che dovrà integrare tale previsione.*

Assegnazione dei crediti formativi alle attività di tutor

L'Accordo Stato Regioni, affida ai Collegi un ruolo attivo nella registrazione solo delle seguenti tipologie di crediti, secondo quanto stabilito nel documento "Criteri per l'assegnazione di crediti alle attività ECM":

- **Attività di tutoraggio**
- **Formazione individuale**
- **Autoformazione**

Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha previsto che vengano assegnati crediti tramite un progetto formativo promosso dalle Aziende Sanitarie e assegnati dal Collegio di appartenenza del professionista.

Il Collegio a fronte della documentazione prodotta dal professionista e certificata dall'ente presso cui si è svolta l'attività di tutoraggio, assegna i crediti al professionista.

Tali attività di tutoraggio definiti da CNFC sono:

- docenti tutor che ospitano i colleghi in formazione;
- tutor valutatori degli operatori che devono sostenere l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione.

Il limite massimo di crediti ottenibili con questa modalità di formazione è il 50% dei crediti previsti per il triennio.

E' possibile per il professionista acquisire crediti per attività di tutoring, nelle diverse tipologie di attività di tutoraggio, considerando che nel computo del triennio vanno inseriti anche i crediti ottenuti tramite attività di docenza e l'ammontare complessivo considerati validi nel computo fino al raggiungimento del limite del 50% dei crediti previsti nel triennio.

Liberi professionisti

L'accordo prevede per i liberi professionisti una maggiore flessibilità nell'acquisizione dei crediti annuali. Proprio per rispondere alle loro esigenze formative si è data la possibilità ad Ordini, Collegi e associazioni professionali di organizzare corsi su materie tecnico-professionali, che però

non potranno avere sponsorizzazioni commerciali e dovranno essere gratuiti o a costo minimo.

Nel manuale di accreditamento dei provider è regolata la valorizzazione dei crediti formativi acquisiti con autoformazione anche attraverso il riconoscimento di attività tutoriali gestite dagli Ordini, Collegi e Associazioni Professionali di riferimento.

Il nuovo sistema di formazione continua in medicina messo a regime dalla Conferenza Stato - Regioni 19 aprile 2012; pur mantenendo la filosofia e i principi di una formazione responsabile e sempre attenta ai bisogni di salute, porta delle novità certamente per quanto riguarda gli assetti organizzativi chiamando in causa direttamente Ordini e Collegi.

Per quanto riguarda La Federazione Ispasvi e tutti i Collegi Provinciali, ritengo che sia stato raggiunto un significativo traguardo, ma molto è ancora da costruire: serviranno l'impegno, le proposte e la professionalità di tutti auspicando così forme maggiori di dialogo e confronto su questo tema da parte di tutti. E' il desiderio, ma anche l'impegno del nostro collegio e pertanto sarà nostra cura aggiornarvi periodicamente sui futuri e sviluppi.

FORMAZIONE

**• Collegio IPASVI
Provincia di Bologna**

**"Corsi di formazione
continua ECM"**

1

COLLEGIO IPASVI PROVINCIA DI BOLOGNA



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

**“Evidence Based Nursing (EBN)”
II edizione 2012**

Obiettivi del corso:

- Conoscere il modello decisionale dell'evidence based nursing; riflettere sulla pratica e identificare le aree di incertezza e tradurre queste aree in quesiti a cui è possibile dare risposta;
- Conoscere le banche dati, ricercare in letteratura gli studi che utilizzano disegni appropriati per aiutare a rispondere al quesito;
- Valutare criticamente gli studi primari, estrarre le relative evidenze;
- Valutare criticamente gli studi secondari.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI	SEDI DEL CORSO
3 Ottobre 2012 Ore 14.30 – 18.30	- Definizione, metodi e strumenti dell'EBP; - Caratteristiche della letteratura biomedica; - Disegni degli studi. Docente: Dott. Matteo Chiarabelli	Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I Bologna
10 Ottobre 2012 Ore 14.30 – 18.30	- Strategie per la gestione della letteratura scientifica; - Ricerca nelle principali banche dati. Docente: Dott. Matteo Chiarabelli	Aula Informatica Centro Studi EBHC Via Albertoni, 15 Bologna
17 Ottobre 2012 Ore 14.30 – 18.30	Ricerca nelle banche dati di studi primari e secondari (revisioni sistematiche e linee guida) Docente: Dott.ssa Daniela Mosci	Aula Informatica Centro Studi EBHC Via Albertoni, 15 Bologna
22 Ottobre 2012 Ore 14.30 – 18.30	Studi sperimentali: - Disegno degli studi sperimentali; - Errori metodologici; - Misure di associazione - Valutazione dell'applicabilità dei risultati degli studi. Docente: Dott.ssa Daniela Mosci	Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I Bologna
30 Ottobre 2012 Ore 14.30 – 18.30	Esercitazione di lettura critica di uno studio sperimentale Docente: Dott.ssa Daniela Mosci	Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I
6 Novembre 2012 Ore 14.30 – 18.30	Revisioni sistematiche: - Caratteristiche delle revisioni sistematiche; - Criteri per la definizione della qualità di una revisione sistematica; - Metaanalisi. Docente: Dott. Matteo Chiarabelli	Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I Bologna
14 Novembre 2012 Ore 14.30 – 18.30	Linee guida: Caratteristiche delle linee guida basate sulle evidenze, sistemi di grading e grade, criteri di valutazione delle linee guida Docente: Dott.ssa Daniela Mosci	Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I Bologna
Ore 18.30 – 18.45	Compilazione questionario ECM e consegna dichiarazioni di presenza	Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/I

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docenti:

- Dott. Matteo Chiarabelli, infermiere presso Laboratorio di Emodinamica Branzi - Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi
- Dott.ssa Daniela Mosci, Coordinatore Infermieristico presso Centro Studi Evidence Based Nursing, Direzione Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo - Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Sant'Orsola Malpighi.

Metodi di lavoro:

- Lezioni frontali;
- Esercitazioni;
- Metodologia interattiva.

Nelle aule sono presenti le seguenti attrezzature e tecnologie per la didattica:

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

Posti disponibili:

n. 20

Sedi del corso:

- **Aula Formazione Collegio IPASVI Bologna** – Via Giovanna Zaccherini Alvisi **15/I** – Bologna, **per le date del 03/10/2012, 22/10/2012, 30/10/2012, 06/11/2012 e 14/11/2012**
- **Centro Studi EBHC** – Via Albertoni, 15 – Bologna, **per le date del 10/10/2012 e 17/10/2012**

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: “**Evidence Based Nursing (EBN)**” - **II edizione 2012** 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 ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso:

ore **28**

Crediti previsti:

N. 42 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

**dal 19 Settembre 2012
al 01 Ottobre 2012**

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) 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**

In collaborazione con il Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria (CIVES)

**“Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)”
III edizione 2012**

Obiettivi del corso:

- 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 indi le manovre per il trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico;
- Acquisire capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
9 Ottobre 2012 Ore 08.30 – 08.45	Registrazione partecipanti
Ore 08.45 – 09.00	Presentazione del corso
Ore 09.00 – 09.45	Lezione in aula: obiettivi e strategie di intervento in BLSD
Ore 09.45 – 11.45	Addestramento a gruppi: - Tecniche BLSD; - Apertura delle vie aeree; - Ventilazione pallone maschera; - Compressioni toraciche; - Attivazione individuale del DAE, posizionamento piastre, analisi, DC shock; - Posizione laterale di sicurezza, Heimlich.
Ore 11.45 – 13.00	Sequenze BLSD a 2 soccorritori con DAE immediatamente disponibile
Ore 13.00 – 14.00	Pausa
Ore 14.00 – 16.40	Addestramento a gruppi: - Sequenza con chiamata del DAE da altra sede; - Sequenza con ritmo iniziale non defibrillabile; - Sequenza BLS senza disponibilità di DAE; - Sequenza BLSD con DAE immediatamente disponibile.
Ore 16.40 – 17.00	Valutazione teorica
Ore 17.00 – 18.10	Skill test
Ore 18.10 – 18.30	Conclusioni e consegna dichiarazioni di presenza

Destinatari:

- Infermieri
- Assistenti Sanitari
- Infermieri Pediatrici

Docenti: Dott. Simone Bini, Dott. Gabriele Giulini, Dott. Marco Neri, Dott. Nunzio Francesco Sapuppo

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. 24

Sede del corso:

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

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: "**Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)**" – III edizione 2012 è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari e 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:

€ 89,00 comprensivi di kit, manuale IRC, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 9

Crediti previsti:

N. 13,5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

**dal 19 Settembre 2012
al 05 Ottobre 2012**

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), 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”
II edizione 2012***

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 caregivers;
- Utilizzare l'approccio sistemico nell'educazione terapeutica.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
16 Ottobre 2012 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).

DATE E ORARI	CONTENUTI
17 Ottobre 2012 Ore 09.00 – 09.15	Presentazione docenti.
Ore 09.15 – 10.30	L'approccio sistemico applicato all'educazione terapeutica: - Diagnosi educativa; - Contratto di sicurezza; - Analisi ASCID.
Ore 10.30 – 10.45	Pausa
Ore 10.45 – 13.00	L'approccio sistemico: - Strumenti e metodi didattici; - Strategie educative; - Strumenti di valutazione.
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 – 18.00	Conclusioni e verifica di apprendimento sugli argomenti trattati.
Ore 18.00 – 18.15	Compilazioni questionario di valutazione ECM e consegna attestato di partecipazione.

Docenti: Dott. Leopoldo Bonadiman, 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, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici.

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" II edizione 2012** 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, comprensivi di kit, bibliografia 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 19 Settembre 2012

al 12 Ottobre 2012

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), 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**

“Assistenza alla persona con Catetere Venoso Centrale”

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella gestione diretta dell'accesso venoso, nell'informazione e nell'educazione della persona e/o del caregiver.

Il corso ha l'obiettivo di uniformare i comportamenti degli operatori nella gestione del dispositivo, alla luce delle evidenze scientifiche.

Obiettivi generali:

Conoscere:

- i tipi di cateteri venosi centrali;
- le indicazioni alla scelta del catetere;
- la gestione del presidio;
- la prevenzione e gestione delle complicanze.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
22 Ottobre 2012 Ora: 08.30 – 12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Descrizione dei tipi di catetere; - Indicazioni di scelta del dispositivo; - Gestione del dispositivo: medicazione, prelievo, lavaggio, eparinizzazione; - Gestione delle vie infusive; - Criteri di prevenzione delle complicanze. <p>Docente: Sig.ra Isabella Cavazza</p>
Ora: 12.30 – 12.45	- Compilazione questionario di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docente:

ICM Isabella Cavazza - Day Hospital Oncologia Medica – Radioterapia AOSP Sant'Orsola Malpighi di Bologna

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- 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: "**Assistenza alla persona con catetere venoso centrale**" 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, comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 4

Crediti previsti:

N. 5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 01 Ottobre 2012

al 18 Ottobre 2012

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), 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**

In collaborazione con il Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria (CIVES)

**“Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)”
IV edizione 2012**

Obiettivi del corso:

- 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 indi le manovre per il trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico;
- Acquisire capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
25 Ottobre 2012 Ore 08.30 – 08.45	Registrazione partecipanti
Ore 08.45 – 09.00	Presentazione del corso
Ore 09.00 – 09.45	Lezione in aula: obiettivi e strategie di intervento in BLSD
Ore 09.45 – 11.30	Addestramento a gruppi: - Tecniche BLSD; - Apertura delle vie aeree; - Ventilazione pallone maschera; - Compressioni toraciche; - Attivazione individuale del DAE, posizionamento piastre, analisi, DC shock; - Posizione laterale di sicurezza, Heimlich.
Ore 11.30 – 11.45	Pausa
Ore 11.45 – 13.00	Sequenze BLSD a 2 soccorritori con DAE immediatamente disponibile
Ore 13.00 – 14.00	Pausa
Ore 14.00 – 16.30	Addestramento a gruppi: - Sequenza con chiamata del DAE da altra sede; - Sequenza con ritmo iniziale non defibrillabile; - Sequenza BLS senza disponibilità di DAE; - Sequenza BLSD con DAE immediatamente disponibile.
Ore 16.30 – 16.40	Pausa
Ore 16.40 – 17.00	Valutazione teorica
Ore 17.00 – 18.10	Skill test
Ore 18.10 – 18.30	Conclusioni e consegna dichiarazioni di presenza

Destinatari:

- Infermieri
- Assistenti Sanitari
- Infermieri Pediatrici

Docenti:

Dott. Simone Bini, Dott. Gabriele Giulini, Dott. Marco Neri, Dott. Nunzio Francesco Sapuppo

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. 24

Sede del corso:

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

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: "**Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)**" – IV edizione 2012 è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari e 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:

€ 89,00 comprensivi di kit, manuale IRC, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 9**Crediti previsti:**

N. 13,5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 01 Ottobre 2012
al 22 Ottobre 2012

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), 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**

L'infermiere e la stomia: evidenze in stomaterapia

Obiettivi generali:

- Fornire strumenti e metodi per l'assistenza, gestione e riabilitazione della persona portatrice di stomia nei diversi contesti di cura.
- Favorire lo sviluppo delle competenze infermieristiche nella gestione della persona portatrice di stomia con obiettivo di aiutarla a raggiungere capacità autonome nella gestione dello stoma.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
26 Ottobre 2012 Ora: 14.00 -18.00	<ul style="list-style-type: none"> - Cenni di anatomia e fisiologia delle stomie intestinali e urinarie; - Identikit della persona portatrice di stomia; - La presa in carico e la preparazione all'intervento della persona candidata all'allestimento di una stomia; - La gestione del post operatorio immediato e la fase di dimissione dello stomizzato; - La gestione quotidiana della stomia e la pratica dell'irrigazione; - Le complicanze dello stoma; - Il trattamento delle lesioni cutanee peristomali.
Ora: 18.00 – 18.15	- Compilazione questionario di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docente:

Sig.ra Maria D'Elia, infermiera coordinatrice esperta in Stomaterapia e Wound Care - Azienda USL Bologna.

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- 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.**

segue a pag. 22 →

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“L’infermiere e la stomia: evidenze in stomaterapia”** 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**, comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore **4**

Crediti previsti:

N. 5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 01 Ottobre 2012

al 22 Ottobre 2012

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), 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**

“Appropriatezza assistenziale nella gestione delle ferite complesse”

Obiettivi generali:

- Conoscere i principi della riparazione tissutale;
- Saper valutare una ferita;
- Saper valutare quando una ferita presenta le caratteristiche cliniche di una colonizzazione batterica o di una infezione;
- Conoscere le caratteristiche dei materiali di medicazione e il loro corretto utilizzo a seconda delle condizioni della ferita;
- Conoscere le evidenze scientifiche e modalità di utilizzo della terapia a pressione negativa;
- Favorire lo sviluppo delle competenze infermieristiche nell’assistenza al paziente portatore di ferite complesse.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
6 Novembre 2012 Ora: 08.30 -12.30	- la riparazione tissutale e la valutazione delle ferite e del paziente con lesioni; - le ferite infette; - i materiali di medicazione; - cenni sulla prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione.
Ora: 12.30 -12.45	Compilazione questionario di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri;
- Infermieri Pediatrici;
- Assistenti Sanitari.

Docenti:

Sig.ra Maria D’Elia, infermiera coordinatrice esperta in Stomaterapia e Wound Care - Azienda USL Bologna.

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- 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: “**Appropriatezza assistenziale nella gestione delle ferite complesse**” 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 comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore 4

Crediti previsti:

N. 5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 15 Ottobre 2012

al 31 Ottobre 2012

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), 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**

***“Assistenza alla persona con Catetere Venoso Centrale”
II edizione 2012***

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella gestione diretta dell'accesso venoso, nell'informazione e nell'educazione della persona e/o del caregiver.

Il corso ha l'obiettivo di uniformare i comportamenti degli operatori nella gestione del dispositivo, alla luce delle evidenze scientifiche.

Obiettivi generali:

Conoscere:

- i tipi di cateteri venosi centrali;
- le indicazioni alla scelta del catetere;
- la gestione del presidio;
- la prevenzione e gestione delle complicanze.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
13 Novembre 2012 Ora: 14.00 – 18.00	- Descrizione dei tipi di catetere; - Indicazioni di scelta del dispositivo; - Gestione del dispositivo: medicazione, prelievo, lavaggio, eparinizzazione; - Gestione delle vie infusive; - Criteri di prevenzione delle complicanze. Docente: Sig.ra Isabella Cavazza
Ora: 18.00 – 18.15	- Compilazione questionario di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docente:

ICM Isabella Cavazza - Day Hospital Oncologia Medica – Radioterapia AOSP Sant'Orsola Malpighi di Bologna

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- 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: **“Assistenza alla persona con catetere venoso centrale” – II edizione 2012** 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**, comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.**Durata del corso:** ore 4**Crediti previsti:****N. 5 per i partecipanti sempre presenti****Preiscrizioni e iscrizioni:****dal 15 Ottobre 2012****al 09 Novembre 2012****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), 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**

“Sopravvivere all’organizzazione: l’infermiere resiliente”

Obiettivi generali:

Il corso si propone di consentire ai partecipanti di compiere nuove esperienze, in modo da contribuire a sviluppare:

- La conoscenza di processi interni di adattamento alle situazioni esterne;
- Una maggiore consapevolezza delle proprie strategie di sopravvivenza all’organizzazione;
- Il riconoscimento degli aspetti funzionali e disfunzionali di queste strategie;
- Nuove competenze nella gestione dello stress derivante dall’attività professionale;
- L’elaborazione di nuove modalità di coping, che portino alla resilienza del professionista.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
15 Novembre 2012 Ore 09.00 – 13.00	- Apertura corso: obiettivi, modalità, accordi; - Aspettative individuali; - Le spinte sul professionista: esterne ed interne; - Esercitazione: le mie spinte; - La reazione adattiva: cos’è lo stress; - Visione di un filmato; - Esercitazione: le mie strategie di coping; - La gestione dello stress: ridurre gli stressor e agire su di sé.
Ore 13.00 – 14.00	Pausa
Ore 14.00 – 18.00	- Agire su di sé: il corpo come risorsa; - Esercitazione: la visualizzazione; - Esercitazione: la respirazione; - Esercitazione: il rilassamento; - Ridurre gli stressor: come fare; - Esercitazione: piano personale di riduzione degli stressor; - Retrospectiva sulla giornata: cosa ho appreso?
19 Novembre 2012 Ore 09.00 – 13.00	- Apertura giornata: retrospectiva sul lavoro fatto; - Agire su di sé: i pensieri disfunzionali e le abitudini; - Esercitazione: rappresentazione artistica; - Cambiare la propria abitudine compiendo atti più liberi; - Esercitazione: rappresentazione fisica della mia abitudine e suo cambiamento con atto più libero.
Ore 13.00 – 14.00	Pausa
Ore 14.00 – 18.00	- Agire su di sé: il corpo come risorsa; - Esercitazione: auto massaggio; - Esercitazione: il contatto ed il rilassamento; - Lo stress: da sfida ad opportunità di crescita personale e professionale; - Esercitazione: le mie opportunità nascoste; - Esercitazione: progettare i miei prossimi passi concreti; - Retrospectiva sul corso: cosa ho imparato?
Ore 18.00 – 18.15	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docenti:

- Dott. Gian Luca Cacciari, consulente per lo sviluppo organizzativo, formatore, coach e counsellor ad approccio psico-corporeo (Sistema Rio Abierto);
- Dott.ssa Gabriella Vigo, formatore, coach e counsellor ad approccio sistemico socio-costruzionista;

Metodi di lavoro:

- lezioni frontali;
- esercitazioni;
- 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. 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: **“Sopravvivere all'organizzazione: l'infermiere resiliente”** 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** comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 16

Crediti previsti:

N. 19 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

**dal 15 Ottobre 2012
al 12 Novembre 2012**

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), 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**

“La prevenzione delle malattie infettive attraverso la pratica vaccinale”

Obiettivi del corso:

- Conoscere le Politiche e i Piani strategici nazionali e regionali per la prevenzione delle malattie infettive attraverso la pratica vaccinale;
- Condividere i presupposti giuridici ed etici per migliorare la collaborazione fra le diverse figure professionali coinvolte nel percorso vaccinale;
- Conoscere e saper attuare le pratiche vaccinali di competenza coerentemente con quanto previsto dalla letteratura scientifica disponibile.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
20 Novembre 2012 Ore 14.00 – 18.00	Le malattie infettive prevenibili con la vaccinazione: - Epidemiologia; - Sistemi di sorveglianza; - Costi/benefici. Docente: Dott.ssa Anna Rosa Gianninoni
27 Novembre 2012 Ore 14.00 – 18.00	Le malattie infettive prevenibili con la vaccinazione: - Epidemiologia; - Sistemi di sorveglianza; - Costi/benefici. Docente: Dott.ssa Anna Rosa Gianninoni
04 Dicembre 2012 Ore 14.00 – 18.00	I piani e le strategie vaccinali: - L'accordo Stato/Regioni del 22.02.2012 su “Piano Nazionale Vaccinali 2012 - 2014” - Piano vaccinale Regione Emilia Romagna; - Delibera di Giunta della Regione Emilia- Romagna n.256/2009. Docente: Dott.ssa Maria Grazia Pascucci
05 Dicembre 2012 Ore 14.00 – 18.00	Linee Guida alla buona pratica vaccinale: - Componenti dei principali vaccini e relativa risposta anticorpale; - Principali controindicazioni; - Possibili reazioni avverse. Docente: Dott.ssa Maria Grazia Pascucci
11 Dicembre 2012 Ore 14.00 – 18.00	Aspetti etici e giuridici inerenti le vaccinazioni Docenti: Dott.ssa Gabriella Negrini – Avv. Giannantonio Barbieri
12 Dicembre 2012 Ore 14.00 – 17.45 Ore 17.45 – 18.00	- Gli aspetti organizzativi della seduta vaccinale; - Ambiti di responsabilità; Interventi Docenti: ASV Claudio Gualanduzzi, ASV Laura Moschella
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- n. 20 Assistenti Sanitari
- n. 20 Infermieri e Infermieri Pediatrici

Docenti:

Avvocato Giannantonio Barbieri - Consulente Legale Collegio IPASVI di Bologna;
Dottoressa Anna Rosa Gianninoni - Responsabile U.O.S. Prevenzione Malattie Infettive - Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Bologna;
Assistente Sanitario Claudio Gualanduzzi - Servizio di Sanità Pubblica - Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia Romagna;
Assistente Sanitaria Laura Moschella - Servizio di Sanità Pubblica - Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia Romagna;
Dottoressa Gabriella Negrini - Dirigente Struttura Complessa - Azienda USL di Bologna;
Dottoressa Maria Grazia Pascucci - Servizio Sanità Pubblica - Assessorato Politiche per la Salute - Regione Emilia Romagna.

Metodi di lavoro:

- Lezioni frontali
- Discussioni

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

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

Posti disponibili:

Totale posti disponibili n. 40

Sede del corso:

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

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: "**Malattie infettive: dal controllo alla sorveglianza, alla prevenzione e promozione della salute**" è aperta a tutti gli Assistenti Sanitari, Infermieri, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Assistenti Sanitari, Infermieri, 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 comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell'attestato ECM.

Durata del corso: ore 28

Crediti previsti:

N. 34 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 29 Ottobre 2012

al 16 Novembre 2012

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) 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.**

N.B. I professionisti che partecipano al corso sono invitati a rileggere e conservare l'insero relativo all'Accordo Stato/Regioni su: "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014" riportato nella rivista "Professione Infermiere" n. 1/2012



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

***“L’Infermiere e la somministrazione dei farmaci:
aggiornamenti di farmacologia e responsabilità professionale”***

Obiettivi generali:

- Fornire approfondimenti riguardanti la farmacologia clinica;
- Fornire aggiornamenti in ambito di terapia antibiotica;
- Analizzare gli aspetti di sicurezza e responsabilità legati al processo di gestione della terapia farmacologia;
- Conoscere e valutare le raccomandazioni di buona pratica e le innovazioni tecnologiche per la prevenzione dei rischi connessi al processo di gestione della terapia farmacologia.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
21 Novembre 2012 Ore 14.30 – 18.30	- I farmaci, i principi attivi; - Le vie di somministrazione, azione ed eliminazione dei farmaci; - L’interazione tra i farmaci; - La corretta somministrazione dei farmaci secondo la prescrizione medica. Docente: Dott.ssa Chiara Sacripanti
26 Novembre 2012 Ore 14.30 – 18.30	- La somministrazione degli antibiotici: linee guida per la corretta gestione della terapia e responsabilità infermieristica. Docente: Prof. Pierluigi Viale
6 Dicembre 2012 Ore 14.30 – 18.30	Docente: Dott. Patrizio Di Denia - Rischi ed errori di terapia legati all’uso dei farmaci: tipologie e dimensioni del fenomeno; - Raccomandazioni di buona pratica per la prevenzione dei rischi nel processo di gestione clinica dei farmaci: i documenti di riferimento ministeriali e regionali; - Processo di ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica per la “continuità terapeutica”: pratiche raccomandate e responsabilità dei professionisti; - Gestione dei farmaci ad alto livello di attenzione (farmaci “FALA”) e dei farmaci a rischio di confondimento (farmaci “LASA”).
10 Dicembre 2012 Ore 14.30 – 18.30	- Foglio unico di terapia (FUT) per la tracciabilità della prescrizione e somministrazione dei farmaci: requisiti dello strumento e modalità di utilizzo; - Preparazione e somministrazione dei farmaci: responsabilità professionali e raccomandazioni di buona pratica; - Gestioni particolari (autosomministrazione della terapia, terapia al bisogno, farmaci personali, campioni medicinali, ecc.); - Segnalazione degli eventi indesiderati legati all’uso dei farmaci: sistemi di reporting obbligatorio e volontario; - Tecnologie informatizzate nell’uso dei farmaci: vantaggi e possibili criticità. Docente: Dott. Patrizio Di Denia
Ore 18.30 – 18.45	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docenti:

Dott.ssa Chiara Sacripanti - Servizio di Farmacia Azienda Ospedaliera Sant'Orsola - Malpighi Bologna
Prof. Pierluigi Viale - Reparto di Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Sant'Orsola - Malpighi Bologna
Dott. Patrizio Di Denia - Responsabile Risk Management IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- Discussione interattiva;
- Analisi di casi e problemi della pratica con dibattito guidato dal docente.

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 : **“L’Infermiere e la somministrazione dei farmaci: aggiornamenti di farmacologia e responsabilità professionale”** 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, comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore 16

Crediti previsti:

N. 19 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 29 Ottobre 2012

al 16 Novembre 2012

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 09.00-12.00, 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), 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**

***L'infermiere e la stomia: evidenze in stomaterapia
II edizione 2012***

Obiettivi generali:

- Fornire strumenti e metodi per l'assistenza, gestione e riabilitazione della persona portatrice di stomia nei diversi contesti di cura.
- Favorire lo sviluppo delle competenze infermieristiche nella gestione della persona portatrice di stomia con obiettivo di aiutarla a raggiungere capacità autonome nella gestione dello stoma.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
29 Novembre 2012 Ora: 08.30 -12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Cenni di anatomia e fisiologia delle stomie intestinali e urinarie; - Identikit della persona portatrice di stomia; - La presa in carico e la preparazione all'intervento della persona candidata all'allestimento di una stomia; - La gestione del post operatorio immediato e la fase di dimissione dello stomizzato; - La gestione quotidiana della stomia e la pratica dell'irrigazione; - Le complicanze dello stoma; - Il trattamento delle lesioni cutanee peristomali.
Ora: 12.30 – 12.45	- Compilazione questionario di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici
- Assistenti Sanitari

Docente:

Sig.ra Maria D'Elia, infermiera coordinatrice esperta in Stomaterapia e Wound Care - Azienda USL Bologna.

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- 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: **“L’infermiere e la stomia: evidenze in stomaterapia” – II edizione 2012** 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**, comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore 4

Crediti previsti:

N. 5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

**dal 29 Ottobre 2012
al 26 Novembre 2012**

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), 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**

***“Appropriatezza assistenziale nella gestione delle ferite complesse”
II edizione 2012***

Obiettivi generali:

- Conoscere i principi della riparazione tissutale;
- Saper valutare una ferita;
- Saper valutare quando una ferita presenta le caratteristiche cliniche di una colonizzazione batterica o di una infezione;
- Conoscere le caratteristiche dei materiali di medicazione e il loro corretto utilizzo a seconda delle condizioni della ferita;
- Conoscere le evidenze scientifiche e modalità di utilizzo della terapia a pressione negativa;
- Favorire lo sviluppo delle competenze infermieristiche nell’assistenza al paziente portatore di ferite complesse.

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
03 Dicembre 2012 Ora: 14.00 -18.00	- la riparazione tissutale e la valutazione delle ferite e del paziente con lesioni; - le ferite infette; - i materiali di medicazione; - cenni sulla prevenzione e il trattamento delle ulcere da pressione.
Ora: 18.00 -18.15	Compilazione questionario di valutazione ECM e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri;
- Infermieri Pediatrici;
- Assistenti Sanitari.

Docenti:

Sig.ra Maria D’Elia, infermiera coordinatrice esperta in Stomaterapia e Wound Care - Azienda USL Bologna.

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- 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: **“Appropriatezza assistenziale nella gestione delle ferite complesse” – II edizione 2012** 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 comprensivi di kit, bibliografia ed invio a domicilio dell’attestato ECM.

Durata del corso: ore 4

Crediti previsti:

N. 5 per i partecipanti sempre presenti

Preiscrizioni e iscrizioni:

**dal 29 Ottobre 2012
al 29 Novembre 2012**

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), 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 2012**

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 indicare se si esercita libera professione)

.....

tel. lavoro..... tel.casa cell.

e-mail

ATTENZIONE: la scheda di iscrizione, alla quale deve essere 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 ammesso/a al/ai seguente/i corso/i di formazione continua:

Elenco Seminari e Corsi II semestre 2012 (barrare i corsi che interessano)

- 1) "EVIDENCE BASED NURSING (EBN)" II EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 19/09/2012**
- 2) "CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLSD)" III EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 19/09/2012**
- 3) "EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL MALATO E DELLA SUA FAMIGLIA" II EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 19/09/2012**
- 4) "ASSISTENZA ALLA PERSONA CON CATETERE VENOSO CENTRALE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 01/10/2012**
- 5) "CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLSD)" IV EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 01/10/2012**
- 6) "L'INFERMIERE E LA STOMIA: EVIDENZE IN STOMATERAPIA" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 01/10/2012**
- 7) "APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DELLE FERITE COMPLESSE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 15/10/2012**
- 8) "ASSISTENZA ALLA PERSONA CON CATETERE VENOSO CENTRALE" II EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 15/10/2012**

Segue sul retro

- 9) "SOPRAVVIVERE ALL'ORGANIZZAZIONE: L'INFERMIERE RESILIENTE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 15/10/2012**
- 10) "LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE ATTRAVERSO LA PRATICA VACCINALE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 29/10/2012**
- 11) "L'INFERMIERE E LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI: AGGIORNAMENTI DI FARMACOLOGIA E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE" – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 29/10/2012**
- 12) "L'INFERMIERE E LA STOMIA: EVIDENZE IN STOMATERAPIA" II EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 29/10/2012**
- 13) "APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE NELLA GESTIONE DELLE FERITE COMPLESSE" II EDIZIONE 2012 – **Preiscrizioni e Iscrizioni dal 29/10/2012**

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

Corsi: 1 - 3 - 9 - 10 - 11 = € 60,00

Corso: 2 - 5 = € 89,00

Corsi: 4 - 6 - 7 - 8 - 12 - 13 = € 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 EFFETTUINO L'ISCRIZIONE E IL PAGAMENTO IN SEGRETERIA)

(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 DEVE ESSERE INVIATA, UNITAMENTE ALLA SCHEDA DI ISCRIZIONE DEBITAMENTE COMPILATA, AL NUMERO DI FAX 051 34 42 67

NON SARANNO ACCETTATE ISCRIZIONI FATTE VIA FAX SENZA PREISCRIZIONE TELEFONICA E, IN NESSUN CASO, QUELLE EFFETTUATE VIA MAIL

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

Data

Firma

.....

.....

Orari Ufficio:

lunedì - mercoledì ore 09.00 - 12.00

martedì - giovedì - venerdì ore 14.00 - 17.00



CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• La terapia farmacologica

Gabriella Negrini

*Direttore medico ospedali area
ovest AUSL Bologna.*

*Tratto da Salute e Territorio - n. 190 -
Anno 2012*

La terapia farmacologica rappresenta una delle componenti più significative delle cure, soprattutto nei Paesi evoluti.

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, con quote crescenti di pazienti in età avanzata, afflitti da problemi di salute per lo più di carattere cronico, si accompagna a un'elevata frequenza di terapie multiple, protratte nel tempo.

Dai dati prodotti dall'AIFA, nel rapporto OSMED 2010¹ emerge che nel nostro Paese vi è stata –nell'anno 2010- una spesa territoriale per farmaci di *oltre 26 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN.*

In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di 434 euro. Negli anziani si sono raggiunti livelli di uso e di esposizione vicini al 100%. L'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione conferma che l'età è il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci: infatti la spesa media di un assistibile di età superiore a 75 anni è di circa 13 volte maggiore di quella di una persona di età compresa fra 25 e 34 anni (la differenza diventa di 17 volte in termini di dosi). La popolazione con più di 65 anni assorbe il 60% della spesa e delle DDD². All'estensione e al rilievo dei trattamenti con farmaci si correla una significativa incidenza – stimata, in quanto non esattamente quantificabile nella sua reale portata – di eventi indesiderati, sia all'interno delle strutture sanitarie sia a livello domiciliare, conseguenti sia a non perfetta esecuzione di qualche fase del processo di terapia

(ADE)³, sia a reazioni non prevenibili, in assenza di errori di gestione (ADR)⁴. A quanto sopra deve aggiungersi uno sguardo ai modelli dell'organizzazione sanitaria: i percorsi di cura, in particolare per i pazienti cronici, sempre più si snodano attraverso una molteplicità di *setting* assistenziali e coinvolgono un consistente numero di professionisti della salute.

Da questo quadro deriva l'accentuarsi delle esigenze di raccordo tra sanitari per scongiurare i pericoli di omissioni o duplicazioni di terapie, incompatibilità di prodotti, errori di dose e così via.

Che si tratti di problema di forte impatto è attestato dalla crescente attenzione dedicatavi dalle autorità e dalle istituzioni – anche straniere – impegnate nel miglioramento della qualità e della sicurezza delle pratiche sanitarie.

Gli strumenti proposti spaziano da azioni volte ad accrescere la padronanza nella gestione della terapia da parte dello stesso paziente o di chi lo assiste, a misure indirizzate agli operatori sanitari, quali:

- la ricognizione dei trattamenti in atto e pregressi (1,2);
- la riconciliazione delle terapie;
- l'adozione di una lista personale dei farmaci, costantemente aggiornata.

Il più corposo intervento internazionale risale al 2007, quando l'OMS e *Joint Commission International* lanciarono l'iniziativa *Assuring medication accuracy at transition of care*⁵.

Tra le azioni ricomprese nel progetto, un posto di spicco occupa la ricognizione, attività tesa a conoscere i trattamenti farmacologici – e affini – in corso al momento della presa in carico di un paziente, indipendentemente dall'ambito in cui questa si realizza, per permettere una successiva prescrizione appropriata e sicura.

In Canada, già nella 2^a metà degli anni '90, alcuni farmacisti innovatori – ospedalieri e di comunità – avevano avviato progetti pilota indipendenti volti a stabilire la fattibilità di un sistematico raccordo delle terapie, denominato *Bilan comparatif* (BC)⁶ – sommaria di ricognizione e riconcilia-

zione -, nonché di servizi di continuità assistenziale.

In meno di dieci anni, queste attività, dallo stadio di studi pilota sono diventate una priorità negli impegni nazionali per la sicurezza dei pazienti.

L'*Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments* (ISMP) ha prodotto nel 2007 il documento *Trousse en avant: Bilan comparatif des médicaments. Prévention des événements iatrogènes médicamenteux*⁷; il BC è stato poi incluso tra le sei strategie della campagna nazionale *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* dell'*Institut canadien sur la sécurité des patients* (ICSP), con riferimento ai ricoveri di breve durata.

In aprile 2008, lo stato del Québec ha adottato il BC come una delle strategie del progetto *Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé* (EAPSSS) per le cure di lunga durata.

Cenni alla ricognizione si rinvengono anche in documenti nazionali:

- nel Manuale per la sicurezza clinica rivolto ai medici di Medicina generale e ai pediatri di libera scelta⁸, prodotto dal Ministero della Salute nel marzo 2010, si puntualizza che "il chiedere al paziente o ai familiari le modalità con le quali i farmaci vengono assunti, da una parte coinvolge in modo attivo la persona, dall'altra ne permette un utile controllo dal momento che alcune volte il paziente, di propria iniziativa, assume farmaci o altri prodotti, ad es. integratori e fitoterapici; altre volte si reca da medici diversi e riceve prescrizioni ad insaputa del medico curante: in tal caso è necessario verificare sempre questa eventualità che espone al rischio di iterazioni farmacologiche, di reazioni avverse ed eventi avversi da farmaco e quindi a danno";
- nella Guida per gli operatori che prestano assistenza domiciliare, nell'ambito del Programma UNITI per la sicurezza⁹, lanciato dal Ministero della Salute nella primavera 2010, al cui punto 6 si dice di

⁷ *Trousse en avant: Bilan comparatif des médicaments. Prévention des événements iatrogènes médicamenteux guide pratique.* <http://www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca/Default.aspx?folderId=83&contentId=125> http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EAPSSS/pdf/Trousse2_BCM.pdf.

⁸ www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1232_allegato.pdf

⁹ <http://www.salute.gov.it/speciali/pdSpecialiNuova.jsp?sub=9&id=83&area=ministero&lang=it&titolo=Guida%20per%20la%20sicurezza&idhome=83>

³ Adverse Drug Event.

⁴ Adverse Drug Reaction.

⁵ <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution6.pdf>

⁶ Le bilan comparatif des médicaments et la revue des médicaments: des processus complémentaires pour l'utilisation sécuritaire des médicaments en soins de longue durée, Bulletin de l'ISMP du Canada, vol. 7, n.9,30/12/2007

¹ <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/presentato-rapporto-osmed-2010>.

² Daily Drug Dose.

“controllare che i farmaci assunti dal paziente siano quelli prescritti, e verificare dosaggi, orari, scadenze, modalità di conservazione e il corretto uso dei dispositivi di somministrazione (es. pompe di infusione). Segnalare al medico curante se il paziente assume altri farmaci oltre a quelli prescritti, prodotti erboristici, fitoterapici e integratori”.

La materia è stata altresì oggetto di specifico progetto di innovazione della Regione Emilia-Romagna, articolato in tre tappe: ricognizione, riconciliazione, lista personale dei farmaci.

Seguendo questo percorso, nel 2010 è stata emanata una prima raccomandazione, incentrata sulla *ricognizione, premessa alla prescrizione*¹⁰.

A questa ha fatto poi seguito, nell'anno successivo, la raccomandazione: *Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura*¹¹.

Da quest'ultima raccomandazione si enucleano alcuni punti suggestivi.

La ricognizione dovrebbe riguardare il complesso dei prodotti in corso di assunzione da parte del paziente: farmaci (prescritti e non, come nel caso dei medicinali da banco), medicinali omeopatici, fitoterapici, vitamine, nutraceutici ecc.

In aggiunta alla denominazione dei prodotti, si evidenzia l'importanza di conoscerne alcuni particolari (es. dosaggio di un medicinale), e le modalità di assunzione (frequenza, durata e via di somministrazione, data o ora dell'ultima dose assunta).

Da non trascurare altresì l'esplorazione su eventuali allergie o intolleranze note, terapie pregresse e reazioni avverse.

La ricognizione dovrebbe essere effettuata il più precocemente possibile, alla presa in carico del paziente.

Le figure alle quali è consentita sono diverse: medico, odontoiatra, infermiere, ostetrica, farmacista, a condizione che abbiano una qualche parte nel processo terapeutico.

L'affidabilità del momento ricognitivo poggia largamente sull'affidabilità della sorgente informativa.

Fonte primaria da cui attingere dati dovrebbe essere il paziente, se in grado di collaborare consapevolmente; se no, potrebbe supplire un *caregiver* purché ben a conoscenza dei trattamenti che l'assistito ha realmente in corso.

Aspetto quest'ultimo da non sottovalutare, dal momento che la frequente esibizione delle confezioni dei medicinali, da parte di un congiunto, non è di per sé bastevole a fornire le informazioni utili (il paziente stava effettivamente assumendo tutti quei prodotti e, se sì, secondo quale schema?).

Ulteriore fonte informativa potrebbe essere una lista delle terapie redatta dal medico curante.

Se questa, a prima vista, sembrerebbe la via maestra, la più sicura, a una più accorta riflessione può non rivelarsi tale: il medico curante potrebbe non essere a conoscenza di tutti i medicinali e simili che il paziente stava assumendo, sia perché prescritti da altri medici sia perché assunti autonomamente dal paziente a sua insaputa.

Un altro elemento che può minare l'affidabilità di quanto appreso relativamente alla terapia in corso si correla al grado di adesione alle indicazioni del prescrittore, ben noto essendo il fenomeno degli scostamenti, posti in essere - consapevolmente o meno - dal paziente (3,4,5).

Al riguardo, a livello internazionale si stima che per i farmaci antipsicotici vi sia un 50% di abbandono dopo 1 anno di trattamento e il 75% dopo 2 anni.

Riguardo alla terapia di prevenzione secondaria, dopo un evento cardiovascolare, si ha motivo di ritenere che circa il 50% dei pazienti abbandoni dopo 1 anno (6).

La non adesione - totale o parziale - a uno schema di terapia è influenzata da diversi fattori:

- numero dei farmaci da assumere;
- complessità del regime terapeutico;
- durata del trattamento;
- effetti collaterali;
- distanza dall'evento che ha determinato la terapia;
- cambio di medicinale (specie in soggetti anziani, abituati a un precedente prodotto: evenienza quanto mai frequente a seguito del diffondersi dei farmaci equivalenti);
- rapporto con il medico.

L'assunzione di medicine è considerata un comportamento umano complesso: i pazienti valutano i medicinali e i rischi e benefici a essi associati utilizzando le risorse loro disponibili.

I farmaci inutilizzati o mal utilizzati riflettono, nella gran parte dei casi, una comunicazione inadeguata tra curanti e curati sui problemi di salute dei secondi, sul come trattarli, sulla valutazione delle loro soggettive esperienze. La non aderenza costituisce una limitazione di assistenza per il singolo

assistito - con conseguente mancanza di un pur possibile miglioramento o, peggio, con seguito di peggioramento - ma, al contempo anche una perdita per l'intero sistema sanitario e la società, a motivo dei costi sostenuti: spreco di farmaci, costi derivanti da una maggior domanda di assistenza se la salute si deteriora...

Una Cochrane *review* sull'argomento - *Interventions for enhancing medication adherence*¹² - ha concluso che un miglioramento nel prendere farmaci può avere un impatto di gran lunga maggiore sul risultato clinico che un miglioramento dei trattamenti stessi.

Nel 2009, nel Regno Unito, il *National Collaborating Centre for Primary Care* (NCCPC) e il *Royal College of General Practitioners* hanno licenziato il documento: *Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*¹³, in cui sono compendiate alcuni principi chiave che dovrebbero guidare i professionisti per conseguire una maggior aderenza dei pazienti:

- adeguare lo stile comunicativo alle esigenze dei singoli assistiti (evitando espressioni gergali; facendo ricorso a immagini, simboli, caratteri a stampa di grandi dimensioni, una diversa lingua, un interprete o un'altra persona di fiducia);
 - valutare come rendere le informazioni accessibili al paziente e da lui comprensibili;
 - riconsiderare, a scadenze concordate con ogni assistito, la sua conoscenza dei medicinali, il suo livello di comprensione dei loro effetti nonché le preoccupazioni correlate, dal momento che si tratta di elementi passibili di modificarsi nel tempo;
 - offrire al paziente l'opportunità di essere coinvolto nel processo decisionale della prescrizione. Coinvolgimento indispensabile anche per il rispetto che si deve all'autonomia dell'assistito, libero pur sempre di decidere di non iniziare o di interrompere l'assunzione di un farmaco.
- Si consiglia poi ai medici di:
- sollecitare i pazienti a tener nota di tutte le medicine che assumono;
 - farsi portare i medicinali non utilizzati;
 - semplificare gli schemi di terapia;
 - considerare la possibilità di alterna-

12 R. Haynes et al. (2008), Interventions for enhancing medication adherence, Cochrane Database Syst Rev (CD000011).

13 <http://guidance.nice.org.uk/CG76>

10 http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/gr

11 http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/sicurezza_farmaco_2.pdf

tive, quali: un diverso prodotto, un differente regime di somministrazione, un diverso confezionamento e così via;

- discutere apertamente con l'assistito i problemi insorti e ricercare forme di aiuto.

La tappa successiva alla ricognizione, dopo che il medico ha valutato le occorrenze terapeutiche del paziente nello specifico momento, consiste nella riconciliazione.

Con questa denominazione, semplicemente tradotta dall'espressione corrente nel mondo anglosassone, ci si riferisce al raffronto teso a verificare la compatibilità tra i farmaci risultati in assunzione al momento del contatto (da ricognizione) e quelli che il medico stima utili in quello stesso frangente.

L'eventuale emergere di problemi deve indurre il medico a una decisione risolutiva, modificando lo schema di terapia precedentemente stabilito. Per far sì che non si ingenerino disagio, è di tutta evidenza l'importanza di una ricognizione accurata e tempestiva.

Procedere lungo la strada della continuità delle terapie in sicurezza richiede, peraltro, ulteriori e ben più consistenti sforzi (7).

Se ci soffermiamo sull'ambito extraospedaliero, osserviamo che anche per i medicinali assoggettati a prescrizione medica, la ricetta reca abitualmente i soli elementi di contenuto utili al farmacista.

Questi poi, se si tratta di medicinali posti a carico del Servizio sanitario nazionale, deve trattenere la ricetta per la spedizione necessaria a ottenere il rimborso del prezzo del medicinale dall'Azienda sanitaria competente.

Tra il medico prescrittore e il farmacista dispensatore, il paziente – o il suo *caregiver* – funge da vettore del documento-ricetta, in attesa che la trasmissione informatica vicari in toto.

La ricetta che il paziente si trova in mano non contiene, usualmente, le indicazioni operative per la corretta gestione della terapia e, quand'anche le contemplatesse, al paziente sarebbe data la possibilità di prenderne visione per il solo tempo che precede la consegna in farmacia e, semmai, di produrne copia.

Le istruzioni spicciole, di diretto interesse per l'autogestione, sono talora appuntate, più o meno approssimativamente, su foglietti occasionali, qualche volta a opera del medico prescrittore, più frequentemente da parte del-

lo stesso assistito o di suoi familiari.

Politerapie, schemi terapeutici non semplici e richiedenti il rispetto di una rigorosa sequenza o cadenza, così come difficoltà di memoria ed età avanzata dei pazienti pongono problemi non trascurabili per una corretta pratica terapeutica.

Da questo insieme di fattori si trae materia per sostenere l'inderogabile esigenza di un documento che rimanga a disposizione del paziente, gli veicoli informazioni pratiche e di agevole comprensione e, al contempo, abbia le caratteristiche per fungere da raccordo tra i molteplici attori del sistema sanitario, permettendo loro di garantire continuità di cura.

Potrebbe soddisfare queste attese una scheda terapeutica personale, convenientemente strutturata, riportante l'elenco dei farmaci prescritti - completo di denominazione, dosaggio, modalità e periodo di assunzione, indicazione terapeutica, note esplicative per l'uso - e di ogni altro prodotto di automedicazione assunto dal paziente.

Il problema è stato avvertito anche all'estero; negli USA, ad esempio, alla dimissione di una persona dall'Ospedale, si richiede ai sanitari che, oltre alla lista dei farmaci da riportare nella lettera di dimissione destinata al medico curante, sia prodotto un ulteriore elenco, contenente le indicazioni d'uso, al servizio dei pazienti.

A questi ultimi sono poi date indicazioni del tipo:

- tenete sempre con voi questo modulo;
- presentatelo in occasione di ogni prestazione sanitaria;
- aggiornatelo a ogni cambio di terapia; quando un farmaco viene interrotto, tracciate una riga sopra e registrate la data di stop;
- chiamate il medico, l'infermiere o il farmacista se avete bisogno di aiuto per compilare il modulo;
- nella sezione "commenti", registrate: nome del medico che vi ha detto di prendere la Medicina, il motivo (es. pressione alta...);
- dite ai vostri familiari, amici o vicini, dei benefici di usare questo modulo;
- quando verrete dimessi da un Ospedale, riceverete un aggiornamento del modulo; questo sarà rivisto insieme a voi e ve ne sarà data copia;
- quando tornerete dal vostro medico, prendere l'aggiornamento e tenetelo sempre con voi: questo manterrà tutti aggiornati sulla vostra terapia.

Lo Stato canadese dell'Ontario, con il

programma *Med Checks*¹⁴, ha richiesto ai farmacisti di redigere, per ogni paziente, una lista completa dei farmaci prescritti, di quelli che non necessitano di prescrizione e di quelli di Medicina alternativa che il paziente sta assumendo.

Una copia di questa lista deve essere fornita al paziente, a un familiare o *caregiver* e una copia ulteriore va consegnata al medico curante.

In Francia, l'art.1111-23 del *Code de la Santé Publique* prevede che per facilitare il coordinamento, la qualità, la continuità delle cure e la sicurezza della dispensazione dei farmaci e di prodotti affini, è creato per ogni persona che fruisca dell'assicurazione di malattia, se vi consente, un dossier farmaceutico informatizzato.

Salva opposizione del paziente, ogni farmacista è tenuto ad alimentare tale dossier in occasione di ogni dispensazione di medicinali.

Le informazioni del dossier utili al coordinamento delle cure sono poi riportate nel dossier medico informatizzato.

Negli ultimi anni, anche nel nostro Paese, sono apparsi cenni a una lista di farmaci di cui provvedere l'assistito e da tenere costantemente aggiornata, quale mezzo di raccordo tra i diversi professionisti e le diverse strutture sanitarie che intervengano nel percorso assistenziale, e al contempo strumento per ricordare al paziente come assumere correttamente i medicinali.

Nel Manuale per la formazione dei medici di Medicina generale e dei pediatri di libera scelta, prodotto dal Ministero della Salute in tema di sicurezza clinica¹⁵, si afferma: "la lista dei farmaci, comprensiva di quelli senza obbligo di ricetta e dei biointegratori, con posologia e durata della terapia, completa di indicazioni per eventuali interazioni con alimenti o altro, deve essere consegnata al paziente e deve essere dattiloscritta, senza acronimi o abbreviazioni".

La predisposizione sistematica di una lista accurata e costantemente aggiornata è tuttavia ancora ben lontana dall'essersi affermata, prima ancora che nella pratica quotidiana, nel dibattito culturale. Questo obiettivo sfidante rappresenta la terza tappa del sopra richiamato progetto della Regione Emilia-Romagna, in corso di sviluppo.

Non pochi sono i problemi associati

14 CMAJ, November 6, 2007; 177 (10)
15 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1232_allegato.pdf

a un'efficace e funzionale gestione di un tale strumento.

Per poter disporre di informazioni aggiornate, le registrazioni dovrebbero essere poste in essere sia dai professionisti sanitari – chi prescrive, chi somministra, chi dispensa farmaci – sia dallo stesso paziente o dal suo caregiver (per quanto attiene ai prodotti liberamente acquisibili in farmacia, erboristeria, drug store, internet...).

Diversa, evidentemente, sarebbe l'affidabilità delle registrazioni.

Per quelle attuate da professionisti sanitari, dovrebbero valere le regole proprie della redazione di un documento sanitario.

L'implementazione della scheda personale di terapia potrebbe essere facilitata dalla messa a regime del fascicolo sanitario elettronico, una cui sezione potrebbe essere dedicata proprio alla terapia farmacologica.

L'accessibilità immediata, senza restrizioni spaziali e temporali, per tutti coloro che vi fossero autorizzati – paziente incluso – potrebbe riuscire di effettivo aiuto.

Avuto riguardo agli scopi che la scheda personale di terapia dovrebbe perseguire, in aggiunta a un elenco di prodotti, con le precisazioni relative alle modalità di assunzione, dovrebbero essere fornite istruzioni pratiche a beneficio dell'assistito o di chi lo accudisca (temperatura a cui conservare un medicinale, dopo quanto tempo dall'apertura di un flacone eliminarlo, in quale rapporto con il cibo deve avvenire l'assunzione...).

La scheda quindi può rappresentare un ausilio importante nel processo di educazione terapeutica, a cui si correla la capacità del paziente di autogestirsi in sicurezza (8).

L'autogestione della terapia, probabilmente, non sempre riceve la dovuta attenzione da parte dei professionisti sanitari che dovrebbero ben valutare le capacità del paziente di procedere autonomamente.

Poiché cambiamenti possono intervenire sia nelle condizioni di salute sia nello schema terapeutico, la valutazione di auto gestibilità del paziente non è un apprezzamento *una tantum*, ma richiede di essere ripetuto al variare di qualche componente di contesto.

Il paziente deve essere in grado di:

- leggere e comprendere le indicazioni delle etichette dei farmaci;
- aprire e chiudere i contenitori;
- somministrare i prodotti a uso topico (es. colliri).

Sempre opportuno, poi, limitare il numero delle somministrazioni giornaliere, individuando i tempi di assunzione più opportuni in rapporto ai pasti e alla compatibilità delle diverse medicine in assunzione.

Una valutazione di capacità di autogestione dovrebbe attuarsi anche nel corso di un eventuale ricovero ospedaliero, durante il quale si potrebbe controllare la condotta terapeutica del paziente, cogliendone eventuali errori e provvedendo alla loro correzione.

Oltre a quanto già considerato, per la realizzazione di una scheda personale di terapia che accompagni una persona per un certo tratto di vita, va altresì tenuto in conto il gran numero di attori potenzialmente coinvolti.

Non v'è dubbio che il contesto sia molto allargato, per fornire ragionevole garanzia che, al di là degli spostamenti del paziente, i dati relativi a medicinali da assumere da parte sua siano tempestivamente e accuratamente aggiornati e resi conoscibili a chi ne abbia necessità – sempre che il paziente lo consenta.

Indispensabile, quindi, una convinta adesione dei professionisti.

Il cammino si presenta lungo e irto di ostacoli, ma si è convinti che la meta meriti perseveranza di intenti e ogni sforzo sostenibile.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Fitzgerald R.J. (2009), *Medication errors: the importance of an accurate drug history*, Br J Clin Pharmacol, 67,6, pp.671-5.
- (2) Gleason K.M. et al., *Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Study: an Analysis of Medication Reconciliation Errors and Risk Factors at Hospital Admission*, J Gen Intern Med, 25 (5), pp.441-7; DOI: 10.1007/s11606-010-1256-6
- (3) Nunes V. et al. (2009), *Clinical Guidelines and Evidence review for Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*, National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; www.rcgp.org.uk
- (4) Negrini G. (2009), *Adesione del paziente alla terapia farmacologica prescritta*, Rischio Sanità, p. 35.
- (5) De Almeida Neto A.C., Aslani P., Chen T.F. (2009), *Improving adherence to prescribed drugs*, BMJ, 339, b3282.
- (6) *L'aderenza alla terapia in psichiatria. Un problema sempre importante*, Toscana Medica, 2012, p.1.
- (7) Negrini G., Martelli L. (2009), *Strategie per una continuità di terapia farmacologica sicura*, Rischio Sanità, 33, pp.12-9.
- (8) Negrini G. (2011), *Autosomministrazione della terapia in ambito ospedaliero*, Rischio Sanità, 42, pp.4-10.

• **Clinical Risk Management Ordini verbali**

Gabriella Negrini

Direttore medico ospedali area ovest AUSL Bologna.

Tratto da RischioSanità - n. 44 - Marzo 2012

Dalla letteratura in tema di sicurezza clinica si coglie un vigoroso richiamo di attenzione sugli ordini verbali.

Con questa denominazione, derivata dall'anglosassone *verbal orders* – nel seguito VO -, ci si riferisce a un'ampia gamma di situazioni, accomunate da uno scambio verbale di informazioni sanitarie tra operatori, *de visu*, per telefono o per altro mezzo.

In questo contributo, si limiterà l'ambito di trattazione agli ordini che intercorrono tra operatori sanitari, il cui contenuto consista in prescrizione di un trattamento di cura, con particolare riferimento ai farmaci.

La diffusione dei VO è fenomeno che interessa diffusamente, senza frontiere, l'ospedale e l'ambito extraospedaliero.

Il ventaglio delle ragioni sottese varia tra l'estremo del bisogno di assicurare trattamenti necessari e tempestivi in circostanze nelle quali l'ordinante è impossibilitato a procedere diversamente a quello di mera convenienza per il prescrittore.

Non v'è dubbio che il ricorso a VO sia necessitato in situazioni di effettiva urgenza – fuori e dentro l'ospedale – allorché la decisione sanitaria non possa essere posposta alla scrittura dell'ordine.

Ulteriori casi di imprescindibilità si determinano negli ambiti di cura nei quali, al ravvisarsi della necessità di un trattamento, non sia presente il professionista titolato ad adottarlo. Evenienza questa che si manifesta non infrequentemente nelle strutture sanitarie extraospedaliere, ad esempio, nei centri dialitici ad assistenza limitata, dove l'assistenza è prestata da infermieri e la presenza del medico non è costante (1).

All'interno dell'ospedale, il ricorso necessitato a VO si determina, prevalentemente, nelle fasce notturne e nelle giornate festive, quando più contratta è la dotazione di personale in servizio e un medico è chiamato a prestare la sua opera per una molteplicità di reparti.

Pericolosità dei VO

Perché tanta enfasi sui VO, peraltro provvisti di una loro validità?

Numerose sono le voci che si sono levate per mettere in guardia sulla maggiore pericolosità connessa ai VO (2,3,4,5,6,7,8,)

La domanda che sorge spontanea è: si dispone di solide basi per sostenere questa affermazione?

Nell'approfondimento condotto sullo specifico argomento, alcuni Autori (9) concludono che, al di là dell'aneddotica, esistono pochissime ricerche riguardanti il potenziale pericolo dei VO; da qui l'auspicio a investire in ricerca in questa area di rilevante impatto sulla sicurezza del paziente, soprattutto per individuare:

- quale sia l'effettiva incidenza di *near misses* ed eventi avversi e quali le conseguenze sugli assistiti;
- in qual misura la disciplina della materia, dove esistente, sia concretamente attuata;
- quali siano le migliori pratiche da seguire per una maggior sicurezza operativa.

I dati di alcuni studi poi manifestano contraddittorietà.

Non manca chi sostiene (10) che, in talune circostanze, il VO sia preferibile allo scritto. A titolo esemplificativo, si cita il caso di un prescrittore non troppo esperto che, dall'interazione diretta con un destinatario dell'ordine ben ferrato nella materia, potrebbe trarre un vantaggio immediato.

In luogo di una contrapposizione dicotomica: maggiore o minore sicurezza, si perviene poi a sostenere che sarebbe meglio esplorare tutte le sfaccettature della complessa materia e definire a quali condizioni un VO sia verosimile sortisca risultati positivi e a quali no.

Alcuni studiosi (11) hanno cercato di sistematizzare i fattori che possono contribuire ad accrescere la rischiosità dei VO, ripartendoli in elementi di contenuto e di contesto.

Al contenuto sono riconducibili:

- numero di oggetti per VO. Si può presumere che la sicurezza si rapporti in termini inversamente proporzionali alla numerosità degli oggetti;
- tipo di oggetto: farmaci, accertamenti diagnostici ecc...
- complessità dell'oggetto con correlato grado di dettaglio. Basti pensare alla pluralità di elementi che dovrebbero connotare una prescrizione farmacologica completa, an-

cor più quando si tratti di soluzione infusionale;

- urgenza dell'ordine;
- utilizzo di abbreviazioni o termini non standard, di meno agevole comprensione;
- farmaci LASA – *look alike sound alike* – più inclini a fraintendimento;

Al contesto sono ascrivibili:

- *setting*. La rilevanza di questo fattore si rapporta ad aspetti prevalentemente organizzativi;
- complessità e l'intensità delle cure da prestare;
- ritmo di lavoro;
- dotazione di personale in rapporto ai pazienti da assistere;
- frequenza di interruzioni dell'agire dei sanitari;
- rumorosità ecc...;
- *timing*: periodo del giorno e tipo di giorno (feriale, prefestivo, festivo). Elementi questi che, a loro volta, devono essere considerati in correlazione con la consistenza dello staff e altre condizioni ambientali;
- modo di trasmissione: diretta o attraverso un mezzo (telefono, interfono...) le cui qualità influenzano la comprensibilità dell'ordine;
- caratteri del messaggio dipendenti dall'emittente: espressioni dialettali, chiarezza di pronuncia, tono della voce...
- caratteristiche dell'ordinante e del ricevente: conoscenza del paziente, dimestichezza reciproca, affaticamento, padronanza della materia trattata...

Misure di salvaguardia

Quale atteggiamento, allora, adottare per rendere meno insicuri i VO?

Il nostro Ministero della Salute, nella pubblicazione "Uniti per la Sicurezza - guida per gli operatori",¹ al punto 5 raccomanda di *limitare gli ordini verbali all'indispensabile, e comunque verificare sempre la ricezione delle informazioni trasmesse*.

Nella Raccomandazione 7/2008² dello stesso Ministero – in tema di uso corretto dei farmaci – al punto 4.3 si afferma che *“le prescrizioni verbali o telefoniche vanno evitate e, laddove presenti, devono essere limitate solamente a circostanze particolari e in ogni caso verificate immediatamente (ad esempio, facendo ripetere l'opera-*

1 <http://www.salute.gov.it/speciali/pdSpecialiNuova.jsp?sub=5&id=83&area=ministero&lang=it&idhome=83&titolo=Guida%20per%20la%20sicurezza>

2 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_675_allegato.pdf

tore) e subito riportate in cartella clinica”.

Nella successiva raccomandazione ministeriale 12/2010, relativa ai farmaci LASA,³ si avverte di evitare le richieste verbali o telefoniche di tali medicinali. Se non se ne potesse prescindere, e solo in caso di urgenza, si indica di *“ripetere chiaramente o scandire lettera per lettera, il nome del farmaco o del principio attivo e il dosaggio”*.

In Francia, la *Haute Autorité de Santé* ha elaborato raccomandazioni per la prescrizione farmacologica a distanza (12) da parte dei medici, nell'ambito dell'organizzazione delle cure in regime di urgenza.

Oltre a peculiari istruzioni valide per l'interazione del medico con il paziente o un suo familiare, si prendono in esame anche le comunicazioni che possono intercorrere tra professionisti sanitari.

Al medico si raccomanda quindi di:

- verificare che il richiedente il suo intervento abbia preso conoscenza di tutte le informazioni sanitarie sul paziente di cui può disporre;
- informarsi sulle possibilità di sorveglianza del paziente;
- ricordare al richiedente che, in caso di aggravamento del problema segnalato o di persistenza dello stesso, occorre un ricontatto.

Nel manuale per l'accreditamento degli ospedali di *Joint Commission International -JCI-* (13), tra gli obiettivi per la sicurezza del paziente è posto lo standard IPSP2 che, in tema di miglioramento dell'efficacia della comunicazione, chiarisce che *“le comunicazioni più soggette alla possibilità di errore sono le prescrizioni per la cura del paziente che vengono date verbalmente, comprese quelle date al telefono”*.

Alle strutture sanitarie si chiede di elaborare procedure che, al di fuori di situazioni di emergenza e di particolari ambiti – come le sale operatorie, le terapie intensive, i pronto soccorsi – comprendano i seguenti passaggi: *“la persona che riceve le informazioni telefoniche o verbali scrive (o inserisce al computer) la prescrizione completa o il risultato completo dell'esame sotto dettatura; una volta finito di scrivere, rilegge ad alta voce la prescrizione o il risultato dell'esame; attende conferma dell'esattezza di quanto scritto e riletto da parte dell'altro operatore”*.

Un ulteriore standard JCI – COP 2.2

3 <http://www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp>

- richiede alle organizzazioni sanitarie di stabilire quali possano essere le prescrizioni o le richieste necessitanti di formulazione scritta, in luogo della espressione verbale.

Un richiamo all'adozione di misure di sicurezza per la gestione dei VO è contenuto nel documento *Safe Practices for Better Healthcare*, prodotto dal *National Quality Forum* statunitense (14).

Tra le 34 pratiche raccomandate, nella tredicesima si indica alle organizzazioni sanitarie di adottare una sicura, effettiva strategia di comunicazione di cui dovrebbe essere parte la seguente misura: per i VO verificare che l'ordine completo sia documentato dal ricevente e da questi riletto per intero al prescrittore.

Raccomandazioni dettagliate per ridurre gli errori legati a VO sono state licenziate da diverse istituzioni; da quelle prodotte dal *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* statunitense (3) e da ECRI & ISMP (6) sono state derivate gran parte delle seguenti affermazioni:

- i VO dovrebbero essere limitati a situazioni urgenti nelle quali non sia possibile il ricorso a immediata scrittura o comunicazione elettronica (ad esempio, mentre si svolge un'azione in sterilità).
- Il prescrittore, specie quando non conosca il paziente, dovrebbe acquisire quante più informazioni in proposito: allergie, esiti di accertamenti diagnostici, patologie associate, trattamenti in corso: fattori tutti che possono influenzare la nuova prescrizione. La rischiosità di un VO non investe soltanto la spedizione dell'ordine dal prescrittore al ricevente ma, ancor prima, proprio lo stesso atto prescrittivo (15).

Il prescrittore, in effetti, si trova ad assumere una decisione sulla scorta di informazioni che gli sono riferite da altra persona, senza un contatto diretto con l'assistito e, talvolta, senza poter prendere conoscenza della documentazione clinica a disposizione. Da qui deriva l'esigenza di una grande accortezza nell'intendere esattamente le informazioni trasmesse e nel rappresentarsi il quadro effettivo del paziente.

Se i dati forniti non gli apparissero sufficienti, non dovrebbe esitare a porre domande all'interlocutore o ad attivare ogni altro rimedio utile a me-

glio definire la situazione per la quale è stato richiesto il suo intervento. A seguito dell'ordine trasmesso, il prescrittore dovrebbe sempre esigere la rilettura di quanto documentato dal ricevente o la ripetizione del messaggio recepito.

- Dovrebbe essere promossa una cultura della sicurezza che incoraggi gli operatori a richiedere chiarimenti ai prescrittori quando insorgano questioni inerenti i VO.
- Non dovrebbe essere consentito prescrivere antineoplastici verbalmente, considerato che si tratta di trattamenti che non rivestono il carattere dell'urgenza e hanno un'elevata pericolosità.
- Gli elementi da ricomprendere in un VO di terapia farmacologica dovrebbero essere:
 - nome del paziente;
 - sesso, età e peso, quando appropriato;
 - nome (mediante *spelling*) commerciale e del principio attivo;
 - forma, dosaggio, posologia del farmaco, senza abbreviazioni, prestando attenzione all'utilizzo degli zeri (no al *trailing zero*, sì al *leading zero*) e indicando la quantità/peso per gli ordini riguardanti i pazienti in fascia neonatale e pediatrica;
 - inizio e durata del trattamento prescritto;
 - finalità della terapia prescritta: la conoscenza dell'obiettivo che l'ordinante mira a perseguire può permettere a chi deve poi assistere il paziente di meglio cogliere gli sviluppi delle sue condizioni e intercettare eventuali incongruenze o elementi di potenziale pericolo;
 - particolari istruzioni d'uso;
 - nome del prescrittore e suo numero di telefono, quando appropriato;
 - nome di chi trasmette il messaggio, se diverso dal prescrittore (evenienza questa in cui, con l'aggiunta di un ulteriore anello alla catena, si può elevare la pericolosità di un VO).
- Le organizzazioni sanitarie dovrebbero stabilire una regolamentazione della materia che potrebbe indicare:
 - a) chi abbia facoltà di emanare e chi di ricevere un VO, in rapporto al tipo di ordine, nel rispetto della normativa e di eventuali discipline locali;
 - b) come accertare l'identità dell'emittente e del ricevente, specie quando gli interlocutori non si

conoscano o non si riconoscano attraverso il mezzo di trasmissione (farsi rilasciare un codice identificativo della persona, il numero di telefono da richiamare...);

- c) in quali circostanze e in quali contesti ammettere un VO;
- d) quali contenuti escludere da un VO (farmaci chemioterapici, LASA...);
- e) quali misure di salvaguardia porre in essere;
- f) modalità di documentazione, sia da parte del ricevente sia del prescrittore, e intervallo temporale entro cui lasciare traccia.

Il ricevente dovrebbe registrare subito il messaggio in forma definitiva - evitando annotazioni su carta da appunti che offrono un'ulteriore occasione di errore - rileggendo quanto documentato all'emittente, per permettergli di verificarne l'esattezza.

Se l'immediata registrazione non risultasse possibile, dovrebbe esigersi in ogni caso la ripetizione del messaggio da parte del ricevente all'indirizzo del prescrittore.

In aggiunta alla descrizione del contenuto del VO, deve essere apposta indicazione temporale precisa (data, ora e minuti) della disposizione ricevuta, dell'identità del prescrittore, di eventuali testimoni della comunicazione, con generalità e firma del ricevente.

Al prescrittore va richiesto di documentare quanto più precocemente possibile, con indicazione:

- del pregresso ordine verbale;
- del tempo in cui è stato dato, così da mantenere una compiuta traccia della reale sequenza degli atti;
- del tempo della registrazione;
- delle sue generalità e della firma.

Ci si è chiesti se l'adozione di sistemi informatici per gestire le prescrizioni di farmaci e di altri trattamenti sanitari possa permettere il superamento dei VO (2).

Ragionevole concretezza induce a rispondere negativamente; ci si può attendere una contrazione ma non l'estinzione.

In mancanza di una realistica conoscenza della portata del fenomeno VO nelle nostre strutture sanitarie, oltre che del suo effettivo potenziale di pericolosità, non si può che auspicare un approfondimento di studi sul tema, necessario preludio per suggerimenti operativi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Negrini G., Pedrazzi V. Cartella dialitica integrata. De Qualitate; 2008,9: 52-59
- 2) Wakefield DS et al. A Review of Verbal Order Policies in Acute Care Hospitals. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety; 2012, 38-1: 24-33
- 3) National Coordinating Council for Medication error Reporting and Prevention. Recommendations to reduce medication errors associated with verbal medication orders and prescriptions. <http://www.nccmerp.org/council/council2007-06-08.html>
- 4) Paparella S. Avoid Verbal Orders. J Emergency Nurs; 2004, 30: 157-159
- 5) Allinson TT, Szeinbach SL, Schneider PJ. Perceived accuracy of drug orders transmitted orally by telephone. Am J Health Syst Pharm; 2005, 62: 78-83
- 6) Pennsylvania Patient Safety Authority. Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. PA-PSRS Patient Safety Advisory; 2006, 3-2
[http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3\(2\)/Pages/01b.aspx](http://patientsafetyauthority.org/ADVISORIES/AdvisoryLibrary/2006/Jun3(2)/Pages/01b.aspx)
- 7) ISMP. Instilling a measure of safety into those "whispering down the lane" verbal orders. Medication Safety Alert 24/1/2001
<http://www.ismp.org/newsletters/acutecare/articles/20010124.asp>
- 8) Ferraresi A. et al. Qualità delle prescrizioni farmacologiche mediche scritte e orali e prevenzione degli errori: revisione della letteratura. L'infermiere; 2010, 47,1: 27-36
- 9) Wakefield DS, Wakefield BJ. Are verbal orders a threat to patient safety? Qual Saf Health Care; 2009, 18: 165-168
- 10) Baum KD. Getting your point across: verbal orders and patient safety. Qual Saf Health Care; 2009, 18: 164
- 11) Wakefield DS et al. An exploratory study measuring verbal order content and context. Qual Saf Health Care; 2009, 18: 169-173
- 12) HAS. Prescription médicamenteuse par telephone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. 2009
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_-_recommandations.pdf
- 13) Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali. Manuale, Progea, Milano; 2011
- 14) Safe Practices for Better Healthcare. 2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2010
<http://www.qualityforum.org>
- 15) Negrini G. Aspetti di sicurezza della terapia farmacologica. Rischio Sanità; 2011, 41: 12-22

• **Riflessioni
sull'articolo
"L'importanza della
formazione nella
realizzazione di cure
palliative di qualità"
pubblicato sulla
rivista "Professione
Infermiere"
n.1 del 2012**

Guido Biasco

**Professore Ordinario di
Oncologia Medica, Centro
Interdipartimentale di Ricerche
sul Cancro "Giorgio Prodi", Alma
Mater Sutorum Università di
Bologna & Accademia delle
Scienze di Medicina Palliativa,
Bentivoglio-Bologna**

In questi ultimi anni si osserva una crescita di interesse per il tema delle Cure Palliative. Questo è dovuto ad una sempre più consapevole coscienza civile che anima

il dibattito culturale e mette in luce i bisogni di una assistenza che offra dignità alla sofferenza e al fine vita (1). Nonostante questa evoluzione culturale le vedute sono ancora piuttosto disomogenee sia per ciò che riguarda la organizzazione che per gli aspetti relativi alla definizione del profilo di competenze di chi decide di dedicarsi alla cura del paziente affetto da malattia degenerativa cronica inguaribile e della sua famiglia (2).

La Legge 38, approvata dal Parlamento italiano il 15 marzo 2010, ha stabilito le regole per raggiungere un ordine nel sistema di cure palliative e di cure del dolore nel nostro Paese (3). Siamo ora nella fase applicativa, una parte molto difficile se si pensa al caleidoscopico mondo delle cure palliative, cresciuto spesso su dinamiche locali in terreni molto diversi per cultura e potenzialità economiche (4).

Creare le regole per la definizione del profilo professionale omogeneo per tutti gli operatori che vogliono entrare nel modo operativo delle cure palliative è una operazione che deve tenere conto sia del riconoscimento delle cure palliative come un settore della clinica in cui sono enfatizzate la com-

ponente umanistica che della necessità di un lavoro comune che si può realizzare in un clima operativo di multidisciplinarietà (5).

La Società Italiana di Cure Palliative (SICP) con la pubblicazione di un documento sul core curriculum dei medici palliativisti e con l'impegno di realizzare un analogo documento per i professionisti sanitari e sociali (Infermieri, Assistenti Sociali, psicologi, fisioterapisti, volontari) cerca di definire i livelli di competenze necessari che, attraverso un piano di formazione adeguato, possano portare ad un corpo di professionisti, i quali, attraverso il profilo acquisito, possano impegnarsi in maniera

credibile nel tentativo di una affermazione solida delle cure palliative nel mondo della medicina.

La Università ha risposto a queste esigenze con la stesura di master di primo e secondo livello che tengono conto della omogeneità di formazione, della multidisciplinarietà, della formazione professionalizzante e non solo di quella formale accademica (Tab I e II). Anche se con un certo ritardo rispetto alle istanze sociali la Università scende in campo con una offerta formativa che affianca gli obiettivi della Legge (6).

L'articolo di Nepoti e Montanari, comparso sull'ultimo numero della rivista, mi sembra molto illuminante su un aspetto fondamentale che è quello della formazione a monte delle cure palliative. Infatti una educazione troppo concentrata sul tema potrebbe creare qualche difficoltà operativa (7). Conoscere la storia naturale e la clinica della malattia degenerativa cronica inguaribile come il cancro avanzato è fondamentale per comprendere tutto il vissuto del paziente e della sua famiglia e non solo la parte finale di cui si possono cogliere solo aspetti di drammaticità contingenziale ai bisogni del momento, necessità che però poggiano su bisogni e speranze del passato.

Queste osservazioni portano alla considerazione che i corsi di formazione sulle cure palliative, master compresi, potranno realizzare un prodotto culturale seriamente spendibile sul campo se si rivolgono prevalentemente a operatori che abbiano maturato esperienza clinica nel settore in cui si sviluppa la necessità della palliazione (oncologia, neurologia, pediatria,...).

E' questo un aspetto da inserire per consolidare gli sforzi che società civile, società scientifiche, Istituzioni stanno sostenendo per dare supporto ad un settore tanto necessario quanto ancora fragile, come tutte le cose in crescita.

I MASTER
I LIVELLO: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE (60 CFU)
II LIVELLO: ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN CURE PALLIATIVE (120 CFU)
II LIVELLO: ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE (120 CFU)
II LIVELLO: ALTA FORMAZIONE E QUALIFICAZIONE IN TERAPIA DEL DOLORE (60 CFU)
II LIVELLO: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE PER PSICOLOGI (60 CFU)

Tabella I: i master riportati del decreto pubblicato in GU il 16 aprile 2012

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol.* 2007; 8: 430-438
2. Portenoy RK. Palliative medicine: from paradigm to best practice. *J Palliat Med* 2008; 11: 1092-1093
3. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, numero 65 del 19.03.2010
- 4.- Biasco G. and Baidier L. *Cultural, social and political factors in providing palliative care.* ASCO Ed Book, 2011
- 5.- Biasco G, Surbone A. Cultural challenges in caring for our patients with advanced cancer. Letter. *J Clin Oncol* 2008; 26:1-2
- 6.- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, numero 89 del 16.04.2012
- 7.- Nepoti G, Montanari A. L'importanza della formazione nella realizzazione delle cure palliative di qualità, Rivista "Professione Infermieri" Collegio IPASVI prov. di Bologna, 2012, 23-9

• L'educazione terapeutica dell'utente diabetico: dalla teoria alla applicazione in reparto. L'esperienza dell'unità assistenziale post acuti Ospedale Bellaria

Ada Lelli

Coordinatore SATer Responsabile Post Acuti Ospedale Bellaria

Marzia Bentivogli, Tiziana Dall'Aglio, Gianaroli Giovanni, Giandonato Catherine, Ruta Giovanna

Infermieri U.A. Post Acuti Ospedale Bellaria

INTRODUZIONE

Importanza dell'Educazione Terapeutica

L'Educazione Terapeutica è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata, con la sua famiglia e nell'ambiente che li circonda, a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute, conservare e migliorare la propria qualità di vita.

E' un'attività sanitaria piuttosto recente che ha progressivamente e costantemente aumentato la propria ragione d'essere in rapporto all'aumento dei pazienti affetti da patologie croniche.

La filosofia dell'Educazione Terapeutica si fonda su alcuni concetti base:

- il principio che ogni individuo è il principale responsabile della propria salute
- l'importanza della prevenzione delle complicanze nelle patologie croniche
- la riduzione della dipendenza dell'Utente dai sanitari

I concetti esposti riflettono una nuova

interpretazione del ruolo dell'Utente che diventa, nei tempi e nei modi concordati con l'equipe, il curante di sé stesso. Per il personale sanitario si tratta di una rivoluzione culturale circa il rapporto storicamente impostato con il cittadino. La sfida è quella di affiancare con gradualità la persona affetta da una patologia cronica e la famiglia con l'obiettivo di sostenerli, informarli, incoraggiarli per arrivare ad un'azione educativa globale, che li conduca a farsi carico dei problemi di salute che li riguardano.

L'Educazione Terapeutica ha quindi lo scopo di fare emergere le risorse e le potenzialità della persona, che deve avere nel processo un ruolo attivo. Si differenzia dall'informazione che è un processo passivo e consiste nel trasferimento di un messaggio (notizie, raccomandazioni, istruzioni).

L'Utente deve essere messo nella condizione di sviluppare abilità per conoscere la propria condizione di salute (sapere = conoscenza), gestire gli eventuali trattamenti proposti in modo competente (saper fare = autogestione), prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti).

Secondo l'OMS meno del 50% dei malati cronici segue correttamente le prescrizioni terapeutiche dei curanti. Le convinzioni ed i pregiudizi dell'Utente influiscono molto su come e quando assume i farmaci. Ciò è particolarmente vero per le patologie "silenziose" come l'obesità, il diabete, le dislipidemie o l'ipertensione arteriosa, o per i farmaci che provocano molti effetti collaterali.

Le sole informazioni sulla malattia o la terapia, fornite mediante opuscoli, soprattutto se non accompagnati da spiegazioni orali chiare, non sono sufficienti a far capire l'importanza di aderire al trattamento. E' necessario fare emergere i punti di vista e le eventuali preoccupazioni dell'Utente, coinvolgerlo nelle decisioni, dargli il tempo per riflettere e promuovere nuove forme di rapporto tra Utente e servizi, passando attraverso l'empowerment tanto di chi presta, quanto di chi riceve il servizio. L'empowerment è la capacità di un soggetto di emanciparsi e di migliorare le proprie capacità, raggiungendo un maggior grado di autonomia nell'ambito, lavorativo, sociale e relazionale. Tale concetto può essere riferito sia agli

Operatori che agli Utenti che devono acquisire consapevolezza e competenze nuove, in modo da collaborare efficacemente, alla realizzazione di percorsi assistenziali condivisi. Con motivazioni, posizioni e ruoli diversi, l'obiettivo del processo di empowerment è aggiungere più salute alla vita di tutti.

L'importanza del ruolo educativo dell'Infermiere è definita dal **D.M. 739/94** Profilo Professionale dell'Infermiere all' Art. 2: "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

Il **Codice Deontologico** dell'Infermiere del 2009 sottolinea all'Art. 2 che "l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa". L'Art. 19 ribadisce che "l'Infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori".

Nel processo educativo è coinvolto anche l'Operatore Socio Sanitario che come previsto dal suo profilo svolge attività indirizzata a favorire il benessere e l'autonomia dell'Utente, fornendo anche un supporto gestionale, organizzativo e formativo.

Fasi del processo di Educazione Terapeutica

Le fasi del processo di Educazione Terapeutica sono: l'analisi del bisogno, la progettazione, l'attuazione, la valutazione.

L'**analisi del bisogno** è il momento di rilevazione delle necessità educative dell'Utente. Deve essere considerato a tutti gli effetti momento essenziale del processo educativo, propedeutico alle altre fasi.

La **progettazione** prevede la definizione degli obiettivi educativi, la identificazione dei contenuti, la scelta delle metodologie e la definizione delle condizioni operative: aspetti logistico – organizzativi.

L'**attuazione** prevede, attraverso l'uti-

lizzo di diversi strumenti, la trasmissione di contenuti teorici ed abilità manuali.

La **valutazione** è l'attività attraverso la quale l'Operatore ricerca i cambiamenti intervenuti nell'Utente al termine del percorso educativo. Significa certificare l'acquisizione di abilità in termini di autonomia e sicurezza nella gestione di quanto appreso. Si compie un atto educativo, se valutiamo ciò che abbiamo fatto e ciò che è stato appreso, affinché l'Utente non rientri al domicilio con conoscenze errate. Se non si effettua la valutazione, è stata data solo informazione. Anche la valutazione va condivisa e ci permette di capire dove siamo arrivati insieme.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA DELL'UTENTE DIABETICO IN REPARTO

L'esperienza dell'Unità Assistenziale Post Acuti Ospedale Bellaria

L'Unità Assistenziale Post Acuti nasce dall'esigenza di soddisfare i bisogni di assistenza della persona che, superata la fase acuta della malattia non è ancora in condizione di essere dimessa. Fornisce interventi personalizzati a Utenti che necessitano di una minore intensità di assistenza medica, ma di assistenza infermieristica di elevata intensità. La centralità della persona, la continuità dell'assistenza, il coinvolgimento del malato e della sua famiglia sono i nostri valori di riferimento. Il nostro obiettivo è il raggiungimento del più alto grado di autonomia possibile per ciascun assistito, al fine di garantire un percorso di dimissione sicuro e protetto e migliorare il reinserimento nell'ambiente sociale.

In questo contesto si inserisce il nostro progetto di Educazione Terapeutica all'Utente diabetico.

Lo strumento che abbiamo progettato, sperimentato e perfezionato ha lo scopo di:

- uniformare le conoscenze degli Operatori e la loro modalità di trasmissione agli Utenti / Caregivers;
- uniformare le modalità di attuazione dell'Educazione Terapeutica;
- documentare il processo educativo;
- creare un sistema di tracciabilità delle responsabilità.

Descrizione del percorso

Criteri di eleggibilità

All'ingresso dell'Utente in reparto l'Infermiere che lo prende in carico ed è responsabile della pianificazione dell'assistenza, compila la scheda di valutazione dei criteri di eleggibilità.

Attraverso questa scheda vengono valutati i criteri che devono essere presenti affinché l'Utente possa essere sottoposto all'intervento educativo. I primi 7 criteri devono essere presenti e valutano lo stato cognitivo, la capacità di comunicare, apprendere e agire. Se sono presenti ansia o alterazioni sensoriali, l'Operatore valuta quanto il grado di disfunzione limiti o ostacoli l'intervento educativo. Se l'Utente non ha i requisiti per essere sottoposto ad intervento educativo, l'Infermiere deve individuare il Caregiver a cui sia possibile destinare tale intervento utilizzando gli stessi criteri.

Nel caso in cui il primo Caregiver non abbia i requisiti richiesti, si valuterà se è possibile individuarne un altro. Nelle note potrà essere specificato per quale motivo non è stato possibile individuare un altro Caregiver (es. assenza di disponibilità dei famigliari per motivi personali, organizzativi, di logistica).

Analisi del bisogno educativo

Viene effettuata attraverso la compilazione della scheda di valutazione del bisogno educativo da parte dell'Infermiere che prende in carico l'Utente. Nella prima parte è prevista la raccolta di una serie di dati relativi all'Utente e/o al Caregiver, che fornisce elementi utili per indirizzare la nostra intervista. Di fondamentale importanza sono le informazioni raccolte dal Case Manager nel momento di presa in carico nel reparto di provenienza, che concorrono ad indirizzare l'intervento di Educazione Terapeutica e l'individuazione del Caregiver.

I dati relativi alla corporatura e alle abitudini alimentari sono utili per una eventuale segnalazione dell'Utente al servizio di Dietologia.

La seconda parte è un'intervista guidata per valutare:

- conoscenze individuali rispetto alla patologia, le abitudini di vita e alimentari, i fattori di rischio, le complicanze acute e croniche, la terapia ipoglicemizzante e insulinica;

- capacità manuali relative all'utilizzo del glucometro e alla somministrazione di insulina.

L'intervista è stata suddivisa per argomenti, per meglio individuare le aree di intervento educativo.

Per ogni argomento è prevista una serie di domande che richiedono all'Operatore la capacità di elaborare una risposta chiusa (sì/no), in relazione alle affermazioni dell'Utente/Caregiver.

Per alcune domande come ad esempio: "Sa cos'è il diabete?" l'Utente darà una risposta aperta in base alle sue conoscenze e l'Operatore dovrà capire se sono corrette o meno. Per ottenere le risposte è consigliabile non presentarsi all'Utente/Caregiver e leggere le domande in sequenza così come sono esplicitate, ma sfruttare le proprie strategie comunicative per comprendere le aree di intervento educativo.

E' stato definito il criterio di accettabilità: numero atteso di risposte affermative o espressione di risposte corrette attese, in base alle quali si definisce se l'Utente è educato o da educare.

Se l'Utente non possiede i criteri di eleggibilità, l'intervista è rivolta al Caregiver.

La parte di intervista relativa all'insulina, viene rivolta agli Utenti già in trattamento insulinico.

La progettazione

Prevede la definizione delle necessità educative dell'Utente, individuate attraverso la scheda di valutazione del bisogno educativo. La scheda ci aiuta a individuare il materiale informativo da fornire all'Utente e le schede di Educazione Terapeutica che dovranno essere utilizzate.

La progettazione prevede inoltre la definizione degli obiettivi educativi attraverso la stipula del **contratto educativo di sicurezza**. E' un patto, un impegno condiviso, un'intesa. Fissa gli obiettivi che l'Utente o il Caregiver deve raggiungere al termine del percorso educativo, ciò che deve acquisire per assumere un comportamento corretto. Permette di responsabilizzare e motivare l'Utente e di creare un clima positivo di apprendimento.

Il contratto deve essere firmato dall'Infermiere e dall'Utente o dal Caregiver che devono dichiarare se accettano o meno di essere sottoposti al processo educativo. L'Infermiere sottoscri-

ve il contratto a nome dell'equipe e dà inizio al processo educativo, dopo avere individuato gli ambiti nei quali l'Utente e/o il Caregiver necessitano di essere educati. Se l'Utente rifiuta di essere educato, si valuterà insieme a lui la possibilità di sottoporre un Caregiver al processo educativo. Se è il Caregiver che non accetta di essere educato, si cercherà di individuare un altro Caregiver. Se ciò non è possibile non avrà inizio il processo educativo. Si valuterà la necessità di attivare una dimissione protetta e verranno fornite le informazioni sui servizi esistenti sul territorio.

Attuazione

Abbiamo utilizzato i seguenti strumenti per fornire le conoscenze teoriche:

- **Opuscolo informativo per l'Operatore**

E' stato elaborato per uniformare le conoscenze. La struttura tascabile ne permette una pratica consultazione. E' una integrazione alle conoscenze di base che ogni Operatore ha acquisito ed aggiornato durante la propria attività professionale.

Questo opuscolo informativo non è stato creato con finalità didattiche o divulgative pertanto deve essere utilizzato solo dagli operatori della U.A. POST ACUTI Ospedale Bellaria di Bologna a sostegno del PERCORSO di EDUCAZIONE TERAPEUTICA all'UTENTE DIABETICO.

- **Opuscoli informativi per Utente**

E' stato realizzato un opuscolo con il titolo "Cosa è il diabete mellito" e due opuscoli che presentano una prima parte comune relativa all'automonitoraggio della glicemia e una seconda relativa rispettivamente agli ipoglicemizzanti e alla terapia insulinica. La consegna degli opuscoli e la condivisione dei contenuti costituiscono la prima fase dell'educazione e dell'addestramento. Viene effettuata dall'Infermiere che deve stimolare l'Utente e/o il Caregiver a leggerli con attenzione, comunicando all'Operatore dubbi e perplessità.

Addestramento

L'Infermiere che ha rilevato il bisogno educativo dell'Utente/Caregiver inizia l'addestramento con l'ausilio delle schede di Educazione Terapeutica. Queste schede saranno poi utilizzate da tutti gli Infermieri che seguono l'Utente.

Le schede elencano un insieme di nozioni che l'Utente o il Caregiver deve conoscere e di azioni che deve essere in grado di compiere. Documentano il processo di educazione nelle sue varie fasi:

O = osservato - l'Utente ha **ascoltato e osservato** l'Infermiere durante l'espletamento dell'attività e/o la trasmissione di conoscenze teoriche.

AI = aiuto - l'Utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il **supporto pratico** dell'Infermiere.

G = guida: l'Utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il **supporto verbale** dell'Infermiere.

A = autonomo - l'Utente effettua in **autonomia** l'attività e/o esprime conoscenze teoriche.

L'Infermiere che effettua l'intervento educativo registra per ogni attività elencata il codice, che è l'espressione del livello di apprendimento raggiunto dall'Utente in quel momento (O - AI - G - A).

Indica inoltre la data e la propria sigla. Quando viene effettuato l'intervento educativo è preferibile coinvolgere sia l'Utente che il Caregiver, indipendentemente dalla persona a cui è rivolto l'intervento, affinché possano integrarsi e rinforzarsi nelle conoscenze e nelle abilità manuali.

E' opportuno che l'Utente e/o Caregiver osservi per almeno 3 volte l'azione che dovrà apprendere.

Sono state realizzate schede di Educazione Terapeutica relative all'utilizzo del glucometro, all'assunzione degli ipoglicemizzanti, all'autosomministrazione dell'insulina con miscela unica e due miscele, all'utilizzo della penna preimpilata.

A seguire vi proponiamo alcune delle schede realizzate.

Sono state inoltre realizzate delle istruzioni illustrate relative all'autosomministrazione di insulina in miscela unica e due miscele e all'uso della penna preimpilata per aiutare l'Utente / Caregiver durante l'acquisizione delle abilità manuali. Vi proponiamo un esempio (pag. 60).

Valutazione dell'educazione terapeutica

Per la valutazione dell'Educazione Terapeutica abbiamo realizzato le **Check lists**.

Esprimono se l'Utente è educato o è ancora da educare sulla base dei criteri di accettabilità definiti.

Permettono la valutazione delle conoscenze rispetto alla patologia e delle capacità gestuali nell'utilizzo del glucometro, nell'auto-somministrazione di insulina con la penna e/o la siringa da insulina, nell'assunzione di ipoglicemizzanti. Vengono compilate dall'Infermiere nel momento in cui è stata raggiunta l'autonomia in una determinata abilità manuale. Relativamente ai contenuti teorici, l'Infermiere valuterà in itinere, e in base ai feed-back che riceve dall'Utente, quando compilare la check list. La compilazione dovrebbe essere fatta con un sufficiente anticipo rispetto alla dimissione, per poter effettuare un rinforzo educativo se necessario. Devono comunque essere compilate dall'Infermiere al momento della dimissione e indipendentemente dal livello di apprendimento raggiunto.

LA SPERIMENTAZIONE

Modalità

La sperimentazione dell'Educazione Terapeutica all'Utente diabetico ha visto coinvolto tutto il personale della U.A. Post Acuti dell'Ospedale Bellaria. E' iniziata il 1 ottobre 2011 ed è terminata il 31 dicembre 2011. Si è deciso di compilare i criteri di eleggibilità per tutti i pazienti affetti da diabete tipo 1 e tipo 2 diagnosticato, entro 72 ore dal ricovero al Pacob, perché il personale potesse imparare ad utilizzare la scheda.

I criteri di eleggibilità relativi al Caregiver sono stati compilati quando l'Utente scelto per iniziare il processo di Educazione Terapeutica non era in possesso dei requisiti richiesti.

L'Educazione Terapeutica, soprattutto se si tratta di Utente in trattamento insulinico, che deve acquisire non solo conoscenze teoriche, ma anche abilità manuali, deve essere fatta in momenti ben precisi e non rimandabili della giornata in cui si sommano altre attività. Si è deciso pertanto di sottoporre ad Educazione Terapeutica non più di tre Utenti in contemporanea, per dare il tempo al personale di conoscere lo strumento e per poter dedicare loro il tempo necessario per un intervento efficace.

Strumenti

Al fine di aiutare e supportare tutti i colleghi durante la sperimentazione è stata creata l'Istruzione Operativa "Sperimentazione Educazione Terapeutica dell'Utente diabetico" per uniformare le modalità di attuazione della sperimentazione in tutte le sue fasi e per fare emergere le criticità del modello proposto, al fine di migliorarlo attraverso le indicazioni ed i consigli degli utilizzatori.

Durante la sperimentazione sono stati individuati tre referenti, punto di riferimento per i colleghi al fine di indirizzare la corretta applicazione del modello proposto.

Sono state create delle schede per la rilevazione delle criticità, la raccolta dati ed il monitoraggio dell'andamento della sperimentazione.

Caratteristiche dell'Utente sottoposto alla sperimentazione

Durante il periodo di sperimentazione al Pacob sono stati ricoverati e sottoposti alla sperimentazione 21 pazienti affetti da Diabete Mellito di tipo 2 diagnosticato e nessun paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 1.

Tutti i pazienti hanno seguito una dieta ipoglicidica, il 28,6 % è stato in trattamento insulinico, il 57,1 % in trattamento con ipoglicemizzanti per OS, il 9,5 % in trattamento con insulina e ipoglicemizzante e il restante 4,8% controllava i valori glicemici con la sola dieta.

Il 76% dei pazienti era sottoposto quotidianamente ad almeno 3 controlli della glicemia attraverso il prelievo capillare, il 19 % seguiva dei controlli settimanali col prelievo capillare ed il 5 % era sottoposto a controlli periodici della glicemia attraverso prelievo venoso.

Considerazioni finali

Le difficoltà riscontrate durante l'applicazione del modello proposto sono principalmente legate alla complessità della patologia. L'Utente deve acquisire consapevolezza rispetto alla cronicità della malattia e alla necessità di modificare il proprio stile di vita (importanza della dieta, dell'attività fisica, corretta assunzione della terapia, cura dell'igiene, conoscenza delle complicanze acute e croniche). Tutto ciò richiede pertanto grande disponibilità di tem-

po da parte degli Operatori e partecipazione attiva da parte dell'Utente e/o Caregiver. La carenza di tempo è un elemento di frustrazione che costringe a svolgere in modo frettoloso attività che richiederebbero una maggiore cura. Questi momenti di interazione con l'Utente/Caregiver costituiscono una occasione di relazione, confronto e scambio ed arricchirebbero molto l'esperienza degli Operatori.

Ritenevamo di fornire una opportunità ad Utente e Caregiver con il percorso proposto e non avevamo previsto la diffidenza o lo scarso interesse ad approfondire le conoscenze.

In alcuni casi l'Utente non si è dimostrato disponibile a svolgere un ruolo attivo, delegando al Caregiver, al Medico di Medicina Generale o allo Specialista la gestione della sua malattia.

Per gli Operatori questa esperienza ha rappresentato la possibilità di arricchire le proprie conoscenze ed in alcuni casi di abbandonare comportamenti errati legati all'abitudine.

Questo progetto costituisce anche uno strumento di integrazione tra gli Operatori poiché ad ogni figura è richiesto un ruolo attivo e di rinforzo delle conoscenze rivolte all'Utente/Caregiver durante l'intero percorso.

RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

- Annamaria Ferraresi, Roberto Gaiani, Monica Manfredini Educazione Terapeutica. Metodologia e applicazioni – Carocci Faber – 2010.
- Marcolongo Bonadiman, Rossato, Belleggia, Tanas, Badon, Gagnayre Curare "con" il malato. L'educazione terapeutica come postura professionale – 2006 Istituto Change - Torino.
- British Journal of Nursing 2007, Vol 16, No 3.
- The British Journal of Primary Care Nursing - 2009, Vol 6 n. 1 gen/ mar
- American Diabetes Association – Standards of Medical Care in diabetes - 2010.

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>CRITERI DI ELEGGIBILITA' PER L'INTERVENTO EDUCATIVO ALL'UTENTE DIABETICO</p>	<p><i>Dipartimento Medico U.A. PACOB Ospedale Bellaria</i></p>
---	--	--

UTENTE **Cognome** _____ **Nome** _____ data ingresso _____ foglio n. _____

		SI	NO
1	Vigilanza		
2	Orientamento spazio / tempo		
3	Capacità di intendere e di agire		
4	Chiara capacità discorsiva		
5	Comprensione orale della lingua italiana		
6	Comprensione della lingua italiana scritta		
7	Capacità di scrittura della lingua italiana		
		SI	NO
8	Ansia		
9	Alterazioni della vista		
10	Alterazioni dell'udito		
11	Alterazioni sensitivo – motorie		

I primi 7 criteri devono essere presenti, affinché l'utente possa essere sottoposto ad un intervento educativo. Se sono presenti ansia o alterazioni sensoriali, l'operatore valuta quanto il grado di disfunzione limiti o ostacoli l'intervento educativo.

L'utente ha i requisiti per essere sottoposto all'intervento educativo si no
 Deve essere individuato un CAREGIVER si no

CAREGIVER **Cognome** _____ **Nome** _____

Famigliare Grado di parentela _____ Assistente privato

		SI	NO
1	Vigilanza		
2	Orientamento spazio / tempo		
3	Capacità di intendere e di agire		
4	Chiara capacità discorsiva		
5	Comprensione orale della lingua italiana		
6	Comprensione della lingua italiana scritta		
7	Capacità di scrittura della lingua italiana		
		SI	NO
8	Ansia		
9	Alterazioni della vista		
10	Alterazioni dell'udito		
11	Alterazioni sensitivo - motorie		

I primi 7 criteri devono essere presenti, affinché il CAREGIVER possa essere sottoposto ad un intervento educativo. Se sono presenti ansia o alterazioni sensoriali, l'operatore valuta quanto il grado di disfunzione limiti o ostacoli l'intervento educativo

Il CAREGIVER ha i requisiti per essere sottoposto all'intervento educativo si no
 E' necessario individuare un altro CAREGIVER si no
 E' stato possibile individuare un altro CAREGIVER si no

Note _____
 Interruzione del processo educativo per: assenza di interesse utente degenza breve
 caregiver poco presente altro _____

Data _____ Firma Infermiere rilevatore _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**VALUTAZIONE DEL BISOGNO
EDUCATIVO
DELL'UTENTE DIABETICO**

*Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria*

Cognome _____ Nome _____

Attività lavorativa _____ Età _____

Tipo di diabete _____

Corporatura sottopeso normopeso sovrappeso obeso

In terapia con ipoglicemizzanti orali insulina (tipo) _____

Tipo di dieta _____ orari controllo DTX _____

Familiarità per diabete si no

educazione all' UTENTE

educazione al CARE GIVER familiare Assistente privato

Cognome _____ Nome _____

Attività lavorativa _____ Età _____

CONOSCENZE SULLA PATOLOGIA

1 Sa cos'è il diabete?

SI NO

2 Conosce i valori standard della glicemia?

Criterio di accettabilità: conoscere le risposte corrette alle 2 domande

educato

da educare

ABITUDINI DI VITA dell' utente

1 Pratica attività fisica?

SI NO

2 Evita di fumare?

3 Sa che lo stress interferisce sui valori glicemici?

Criterio di accettabilità: rispondere SI alle 3 domande

educato

da educare

ABITUDINI ALIMENTARI dell'utente

1 Fa sempre la prima colazione?

SI NO

2 Assume almeno tre pasti durante la giornata?

3 Evita le bevande alcoliche?

4 Evita le bevande zuccherate?

5 Evita zucchero, miele, e dolci?

6 Limita l'assunzione di alimenti ricchi di grassi animali?

7 Assume sempre verdura nei due pasti principali?

Criterio di accettabilità: rispondere SI alle prime 5 domande

educato

da educare

CONOSCENZA DEI FATTORI DI RISCHIO

		SI	NO
1	Obesità		
2	Mancanza di attività fisica		
3	Cattive abitudini alimentari		
4	Fumo		
5	Ipertensione arteriosa		
6	Dislipidemia		
7	Familiarità		

Criterio di accettabilità: conoscere i primi 5 fattori di rischio

educato

da educare

CONOSCENZA DELLE COMPLICANZE

		SI	NO
1	Cardiopatìa ischemica		
2	Piede diabetico		
3	Arteriopatìa obliterante		
4	Retinopatìa diabetica		
5	Nefropatìa diabetica		
6	Neuropatìa diabetica		
7	Vasculopatìa cerebrale		

Criterio di accettabilità: conoscere le prime 5 complicanze

educato

da educare

CONOSCENZE IPOGLICEMIA

		SI	NO
1	Sa cos'è l'ipoglicemia?		

Criterio di accettabilità: conoscere la risposta corretta alla domanda

educato

da educare

SINTOMI IPOGLICEMIA LIEVE

		SI	NO
1	Sudorazione profusa		
2	Tremori		
3	Palpitazioni		
4	Irritabilità		
5	Fame		
6	Pallore		

SINTOMI IPOGLICEMIA MODERATA/GRAVE

		SI	NO
1	Incapacità di concentrazione		
2	Giramenti e mal di testa		
3	Confusione		
4	Visione confusa		
5	Irritabilità e sonnolenza		
6	Perdita dello stato di coscienza		
7	Convulsioni		

Criterio di accettabilità: conoscere i primi 5 sintomi dell'ipoglicemia lieve e i primi 6 dell'ipoglicemia moderata/grave

educato

da educare

		SI	NO
1	Sa cosa fare in caso di ipoglicemia?		

Criterio di accettabilità: conoscere la risposta corretta alla domanda

educato

da educare

CONOSCENZE IPERGLICEMIA

		SI	NO
1	Sa cos'è l'iperglicemia?		

Criterio di accettabilità: conoscere la risposta corretta alla domanda

educato da educare

SINTOMI

		SI	NO
1	Aumento della sete		
2	Aumento del bisogno di urinare		
3	Stanchezza		
4	Ipotensione		
5	Alterazione dello stato di coscienza fino al coma		
6	Alito acetonic		

Criterio di accettabilità: conoscere i primi 5 sintomi dell'iperglicemia

educato da educare

		SI	NO
1	Sa cosa fare in caso di iperglicemia?		

Criterio di accettabilità: conoscere la risposta corretta alla domanda

educato da educare

IPOGLICEMIZZANTI ORALI

		SI	NO
1	Sa di assumere farmaci per il diabete?		
2	Conosce le modalità di assunzione dei farmaci?		
3	Consulta sempre il medico prima di modificare la terapia?		
4	Sa che i lassativi possono ridurre l'assorbimento degli ipoglicemizzanti e la loro efficacia?		

Criterio di accettabilità: rispondere SI alle 4 domande

educato da educare

GLUCOMETRO

		SI	NO
1	Sa utilizzare l'apparecchio per la determinazione della glicemia?		
2	Sa come si conservano le strisce reattive?		
3	Ha mai compilato un diario di autocontrollo?		

Criterio di accettabilità: rispondere SI alle 3 domande

educato da educare

INSULINA

		SI	NO
1	Sa cos'è l'insulina?		
2	Sa di assumere insulina?		
3	Sa che esistono diversi tipi di insulina?		
4	Conosce le loro modalità d'azione?		
5	Conosce i tempi di somministrazione?		
6	Sa come si conservano i flaconi / penne di insulina?		
7	Sa che esistono diversi presidi per la somministrazione dell'insulina?		
8	Conosce la tecnica di iniezione dell'insulina?		
9	E' in grado di effettuare l'iniezione di insulina?		
10	Conosce le sedi di iniezione dell'insulina?		
11	Varia ogni volta il sito di iniezione?		
12	Conosce le complicanze locali?		
13	Conosce i fattori che possono modificare il fabbisogno di insulina?		

Criterio di accettabilità: conoscere le risposte corrette a tutte le domande

educato da educare

CONOSCENZE IPERGLICEMIA

		SI	NO
1	Sa cos'è l'iperglicemia?		

Criterio di accettabilità: conoscere la risposta corretta alla domanda

educato da educare

SINTOMI

		SI	NO
1	Aumento della sete		
2	Aumento del bisogno di urinare		
3	Stanchezza		
4	Ipotensione		
5	Alterazione dello stato di coscienza fino al coma		
6	Alito acetoneo		

Criterio di accettabilità: conoscere i primi 5 sintomi dell'iperglicemia

educato da educare

		SI	NO
1	Sa cosa fare in caso di iperglicemia?		

Criterio di accettabilità: conoscere la risposta corretta alla domanda

educato da educare

IPOGLICEMIZZANTI ORALI

		SI	NO
1	Sa di assumere farmaci per il diabete?		
2	Conosce le modalità di assunzione dei farmaci?		
3	Consulta sempre il medico prima di modificare la terapia?		
4	Sa che i lassativi possono ridurre l'assorbimento degli ipoglicemizzanti e la loro efficacia?		

Criterio di accettabilità: rispondere SI alle 4 domande

educato da educare

GLUCOMETRO

		SI	NO
1	Sa utilizzare l'apparecchio per la determinazione della glicemia?		
2	Sa come si conservano le strisce reattive?		
3	Ha mai compilato un diario di autocontrollo?		

Criterio di accettabilità: rispondere SI alle 3 domande

educato da educare

INSULINA

		SI	NO
1	Sa cos'è l'insulina?		
2	Sa di assumere insulina?		
3	Sa che esistono diversi tipi di insulina?		
4	Conosce le loro modalità d'azione?		
5	Conosce i tempi di somministrazione?		
6	Sa come si conservano i flaconi / penne di insulina?		
7	Sa che esistono diversi presidi per la somministrazione dell'insulina?		
8	Conosce la tecnica di iniezione dell'insulina?		
9	E' in grado di effettuare l'iniezione di insulina?		
10	Conosce le sedi di iniezione dell'insulina?		
11	Varia ogni volta il sito di iniezione?		
12	Conosce le complicanze locali?		
13	Conosce i fattori che possono modificare il fabbisogno di insulina?		

Criterio di accettabilità: conoscere le risposte corrette a tutte le domande

educato da educare

Consegnato a Utente Caregiver

- Opuscolo informativo per l' Utente diabetico " COSA E' IL DIABETE MELLITO"
- Opuscolo informativo per l' Utente diabetico " Automonitoraggio della glicemia e Ipoglicemizzanti"
- Opuscolo informativo per l' Utente diabetico " Automonitoraggio della glicemia e Terapia insulinica"

Note _____

Data _____ Firma dell' Infermiere rilevatore _____



OPUSCOLO INFORMATIVO PER
L'OPERATORE
IL DIABETE MELLITO

Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria





**CONTRATTO EDUCATIVO
DI SICUREZZA**

*Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria*

L' UTENTE o il CAREGIVER identificati, al termine del processo educativo devono:

- 1) Sapere cos'è il diabete
- 2) Conoscere i valori standard della glicemia
- 3) Capire cosa si intende per attività fisica e la sua importanza
- 4) Conoscere l'effetto nocivo di fumo stress e alcool
- 5) Conoscere l'importanza della dieta, quali cibi evitare e il loro effetto sul diabete
- 6) Conoscere l'importanza del raggiungimento e mantenimento del giusto peso corporeo
- 7) Conoscere i fattori di rischio
- 8) Conoscere le complicanze
- 9) Sapere cos'è l'ipoglicemia e riconoscerne i sintomi
- 10) Sapere cosa fare in caso di crisi ipoglicemica
- 11) Sapere cos'è l'iperglicemia e riconoscerne i sintomi
- 12) Sapere cosa fare in caso di iperglicemia
- 13) Indicare quali farmaci assume per il trattamento del diabete
- 14) Rispettare l'orario e la posologia dei farmaci prescritti
- 15) Sapere l'importanza di consultare sempre il medico prima di modificare la terapia
- 16) Sapere che i lassativi possono ridurre l'assorbimento e l'efficacia degli ipoglicemizzanti
- 17) Sapere cos'è un glucometro e conoscere le modalità di conservazione delle strisce reattive
- 18) Conoscere il funzionamento del glucometro
- 19) Sapere compilare un diario di registrazione della glicemia e conoscere i valori normali di glicemia a seconda dei momenti di rilevazione

L' UTENTE IN TRATTAMENTO CON INSULINA o il CAREGIVER al termine del processo educativo devono inoltre:

- 1) Sapere cos'è l'insulina
- 2) Conoscere i diversi tipi di insulina, la loro modalità d'azione e i tempi di somministrazione
- 3) Conoscere le modalità di conservazione dei flaconi / penne di insulina
- 4) Conoscere i presidi per la somministrazione dell'insulina
- 5) Conoscere la tecnica di iniezione dell'insulina
- 6) Essere in grado di effettuare l'iniezione
- 7) Conoscere le sedi di iniezione, la necessità di rotazione e le complicanze locali
- 8) Conoscere i fattori che possono modificare il fabbisogno di insulina

L' **INFERMIERE** deve essere in grado di pianificare ed attuare un intervento di educazione terapeutica che consenta alla persona o al Caregiver di raggiungere gli obiettivi sopra indicati

UTENTE Cognome _____ Nome _____

acconsente ad essere sottoposto al processo educativo non acconsente

Firma _____

CAREGIVER Cognome _____ Nome _____

acconsente ad essere sottoposto al processo educativo non acconsente

Firma _____

INFERMIERE RILEVATORE Cognome _____ Nome _____

Data _____ Firma _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>SCHEDA DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA: UTILIZZO DEL GLUCOMETRO</p>	<p><i>Dipartimento Medico U.A. PACOB Ospedale Bellaria</i></p>
---	---	--

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. _____

educazione rivolta a Utente Caregiver _____

ATTIVITA'					
Si lava le mani					
Controlla che le strisce reattive siano quelle giuste per il glucometro in dotazione					
Controlla la data di scadenza delle strisce					
Conosce la corretta modalità di conservazione delle strisce					
Accende il glucometro e inserisce la striscia					
Punge il polpastrello nella parte laterale					
Avvicina la goccia di sangue alla striscia reattiva per permettere l'aspirazione automatica (o applica una goccia coprendo tutta la parte reattiva)					
Asciuga la pelle					
Attende l'esito e legge il valore della glicemia					
Registra il valore sul diario					
Conosce i valori normali di glicemia a seconda del momento della rilevazione					
DATA					
SIGLA INFERMIERE					

- O = osservato** l'utente ha **ascoltato e osservato** l'Infermiere durante l'espletamento dell'attività e/o la trasmissione di conoscenze teoriche
- AI = aiuto** l'utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il **supporto pratico** dell'Infermiere
- G = guida** l'utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il **supporto verbale** dell'Infermiere
- A = autonomo** l'utente effettua in **autonomia** l'attività e/o esprime conoscenze teoriche

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>SCHEDE DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA: ASSUNZIONE IPOGLICEMIZZANTI</p>	<p><i>Dipartimento Medico U.A. PACOB Ospedale Bellaria</i></p>
---	---	--

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. _____

educazione rivolta a Utente Caregiver _____

ATTIVITA'						
Sa di assumere farmaci per il diabete						
Riconosce la confezione del farmaco tra altri che gli vengono presentati						
Assume la giusta dose						
Assume il farmaco all'orario giusto						
Sa l'importanza di consultare il medico prima di modificare la terapia						
Sa che i lassativi possono ridurre l'assorbimento e l'efficacia degli ipoglicemizzanti						
DATA						
SIGLA INFERMIERE						

- O = osservato** l'utente ha **ascoltato e osservato** l'Infermiere durante l'espletamento dell'attività e/o la trasmissione di conoscenze teoriche

- AI = aiuto** l'utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il **supporto pratico** dell'Infermiere

- G = guida** l'utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il **supporto verbale** dell'Infermiere

- A = autonomo** l'utente effettua in **autonomia** l'attività e/o esprime conoscenze teoriche

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>SCHEDA DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA: AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA CON PENNA PRERIEMPITA</p>	<p><i>Dipartimento Medico U.A. PACOB Ospedale Bellaria</i></p>
---	---	--

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. _____

educazione rivolta a Utente Caregiver _____

ATTIVITA'						
CONOSCENZA E INSULINA	Conosce l'insulina: sa cos'è e a cosa serve					
	Distingue il tipo di penna da utilizzare					
	Conosce le modalità di conservazione della penna					
PREPARAZIONE PENNA	Si lava le mani					
	Avvita l'ago all'estremità della penna dopo disinfezione della membrana di gomma					
	Ruota il selettore della dose, seleziona 2 unità tenendo l'ago rivolto verso l'alto, picchietta la cartuccia affinché l'aria si raccolga sulla sommità della cartuccia					
	Preme a fondo il pulsante di eiezione e controlla che il selettore della dose sia tornato sullo zero					
	Seleziona le unità di insulina prescritte					
TECNICA INEZIONE	Conosce le zone di iniezione					
	Varia ogni volta il sito di iniezione					
	Disinfetta il punto di iniezione					
	Inserisce l'ago nella cute					
	Spinge il pulsante di iniezione fino a che l'indicatore raggiunge lo zero					
	Tiene premuto l'iniettore per almeno 6 secondi					
	Rimuove l'ago dalla cute					
	Rimuove l'ago dalla penna dopo averlo coperto con il cappuccio esterno e lo elimina					
Ricopre la penna con il suo cappuccio						
	DATA					
	SIGLA INFERMIERE					

- | | |
|---|--|
| <p>O = osservato</p> <p>AI = aiuto</p> <p>G = guida</p> <p>A = autonomo</p> | <p>l'Utente ha ascoltato e osservato l'Infermiere durante l'espletamento dell'attività e/o la trasmissione di conoscenze teoriche</p> <p>l'Utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il supporto pratico dell'Infermiere</p> <p>l'Utente ha eseguito l'attività e/o espresso conoscenze teoriche con il supporto verbale dell'Infermiere</p> <p>l'Utente effettua in autonomia l'attività e/o esprime conoscenze teoriche</p> |
|---|--|



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**ISTRUZIONI USO PENNA
PRERIEMPITA**

*Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria*

<p>AGO (esempio)</p>	
<p>A - Sfilare il cappuccio della penna Disinfettare la membrana di gomma</p>	
<p>B - Rimuovere il sigillo protettivo da un ago monouso nuovo. Avvitare perpendicolarmente e saldamente l'ago sulla penna</p>	
<p>C - Sfilare il cappuccio esterno dell'ago e conservarlo</p>	
<p>D - Sfilare il cappuccio interno dell'ago e gettarlo</p>	
<p>E - Ruotare il selettore della dose e selezionare 2 unità</p>	

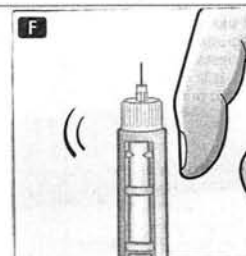


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**ISTRUZIONI USO PENNA
PRERIEMPITA**

*Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria*

F – Tenere la penna con l’ago rivolto verso l’alto e picchiettare delicatamente la cartuccia con il dito in modo che le bolle d’aria si raccolgano sulla sommità della cartuccia



G - Tenendo l’ago rivolto verso l’alto, premere a fondo il pulsante di iniezione. Il selettore della dose si posiziona sullo zero. Dall’estremità dell’ago deve uscire una goccia di insulina. Se ciò non avviene cambiare l’ago e ripetere la procedura.



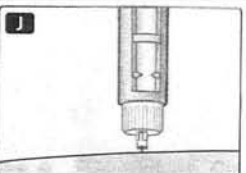
H - ruotare il selettore della dose per selezionare il numero di unità che devono essere iniettate. La dose può essere aumentata o diminuita fino a quando l’indicatore non segnerà la dose corretta. Mentre si ruota il selettore della dose, fare attenzione a non premere il pulsante per evitare la fuoriuscita di insulina.



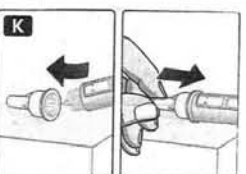
I – Somministrare la dose di insulina spingendo il pulsante di iniezione fino a che l’indicatore non raggiunga lo zero



J – Tenere il pulsante premuto a fondo fino a che l’ago non sia stato completamente estratto dalla cute. L’ago deve rimanere nella cute almeno 6 secondi, perché sia assicurata la completa somministrazione della dose



K - Inserire la punta dell’ago nel cappuccio esterno senza toccare il cappuccio stesso. Quando l’ago è coperto, premere completamente il cappuccio esterno facendo attenzione e poi svitare l’ago. Gettare l’ago con attenzione e ricoprire la penna con il suo cappuccio



 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>CHECK LIST CONOSCENZE SULLA PATOLOGIA DIABETICA</p>	<p><i>Dipartimento Medico</i> <i>U.A. PACOB</i> <i>Ospedale Bellaria</i></p>
--	---	--

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. ____

educazione rivolta a Utente Caregiver _____

	CONOSCENZE	SI	NO
1	Sa cos'è il diabete		
2	Conosce i valori standard della glicemia		
3	Conosce l'importanza dell'attività fisica		
4	Conosce l'effetto nocivo del fumo		
5	Conosce le regole per una corretta alimentazione		
6	Conosce i fattori di rischio		
7	Conosce le complicanze		
8	Conosce i sintomi dell'ipoglicemia		
9	Sa cosa fare in caso di ipoglicemia		
10	Conosce i sintomi dell'iperglicemia		
11	Sa cosa fare in caso di iperglicemia		
DATA			
FIRMA INFERMIERE			
FIRMA UTENTE / CARE GIVER			

Criterio di accettabilità:

l'utente possiede le conoscenze n. **1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11**

utente educato

utente da educare



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**CHECK LIST
UTILIZZO DEL GLUCOMETRO**

*Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria*

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. _____

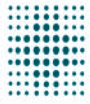
educazione rivolta a Utente Caregiver _____

	ATTIVITA'	SI	NO
1	Si lava le mani		
2	Controlla che le strisce reattive siano quelle giuste per il glucometro in dotazione		
3	Controlla la data di scadenza delle strisce		
4	Conosce la corretta modalità di conservazione delle strisce		
5	Accende il glucometro e inserisce la striscia		
6	Punge il polpastrello nella parte laterale		
7	Avvicina la goccia di sangue alla striscia reattiva per permettere l'aspirazione automatica (o applica una goccia coprendo tutta la parte reattiva)		
8	Asciuga la pelle		
9	Attende l'esito e legge il valore della glicemia		
10	Registra il valore sul diario		
11	Conosce i valori normali della glicemia a seconda del momento della rilevazione		
DATA			
FIRMA INFERMIERE			
FIRMA UTENTE / CARE GIVER			

Criterio di accettabilità: l'utente è in grado di svolgere le attività n. 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 9 - 10 - 11

utente educato

utente da educare



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

CHECK LIST
ASSUNZIONE IPOGLICEMIZZANTI

Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. ____

educazione rivolta a Utente Caregiver _____

	ATTIVITA'	SI	NO
1	Sa di assumere farmaci per il diabete		
2	Riconosce la confezione del farmaco tra altri che gli vengono presentati		
3	Assume la giusta dose		
4	Assume il farmaco all'orario giusto		
5	Sa l'importanza di consultare il medico prima di modificare la terapia		
6	Sa che i lassativi possono ridurre l'assorbimento e l'efficacia degli ipoglicemizzanti		
	DATA		
	FIRMA INFERMIERE		
	FIRMA UTENTE / CARE GIVER		

Criterio di accettabilità: l'utente è in grado di svolgere le attività n. **1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6**

UTENTE EDUCATO

UTENTE DA EDUCARE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

CHECK LIST
AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI
INSULINA CON PENNA PRERIEMPITA

Dipartimento Medico
U.A. PACOB
Ospedale Bellaria

Cognome e Nome _____ letto n. _____ foglio n. _____

educazione rivolta a Utente Caregiver _____

		ATTIVITA'	SI	NO
CONOSCENZE INSULINA	1	Conosce l'insulina: sa cos'è e a cosa serve		
	2	Distingue il tipo di penna da utilizzare		
	3	Conosce le modalità di conservazione della penna		
PREPARAZIONE PENNA	1	Si lava le mani		
	2	Avvita l'ago all'estremità della penna dopo disinfezione della membrana di gomma		
	3	Ruota il selettore della dose, seleziona 2 unità tenendo l'ago rivolto verso l'alto, picchietta la cartuccia affinché l'aria si raccolga sulla sommità della cartuccia		
	4	Preme a fondo il pulsante di eiezione e controlla che il selettore della dose sia tornato sullo zero		
	5	Seleziona le unità di insulina prescritte		
TECNICA INIEZIONE	1	Conosce le zone di iniezione		
	2	Varia ogni volta il sito di iniezione		
	3	Disinfetta il punto di iniezione		
	4	Inserisce l'ago nella cute		
	5	Spinge il pulsante di iniezione fino a che l'indicatore raggiunge lo zero		
	6	Tiene premuto l'iniettore per almeno 6 secondi		
	7	Rimuove l'ago dalla cute		
	8	Rimuove l'ago dalla penna dopo averlo coperto con il cappuccio esterno e lo elimina		
	9	Ricopre la penna con il suo cappuccio		
		DATA		
		FIRMA INFERMIERE		
		FIRMA UTENTE / CARE GIVER		

Criterio di accettabilità:

CONOSCENZE INSULINA: l'utente possiede le conoscenze n. **1 - 2 - 3**

PREPARAZIONE PENNA: l'utente è in grado di svolgere le attività n. **2 - 3 - 4 - 5**

TECNICA INIEZIONE: l'utente è in grado di svolgere le attività n. **1 - 2 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9**

UTENTE EDUCATO

UTENTE DA EDUCARE

• **Il bed manager: l'esperienza del Policlinico S.Orsola- Malpighi di Bologna**

**Bandini Anna,
Pellecchia Carmine,
Claudia Tabanelli,
Taddia Patrizia**

**Direzione Servizio Infermieristico
Tecnico e Riabilitativo Azienda
Ospedaliera di Bologna S.Orsola -
Malpighi.**

Premessa

Con l'avanzare di nuovi modelli organizzativi, all'interno del panorama sanitario nazionale ed internazionale, nelle aziende sanitarie occupa un posto di notevole importanza l'istituzione della figura del Bed Manager, coordinatore nella gestione della risorsa posto letto.

Quest'ultimo, per definizione, rappresenta una risorsa preziosa all'interno di un sistema con finanziamenti non più illimitati.

L'obiettivo del management in sanità infatti è quello di garantire il coordinamento e la gestione delle risorse disponibili così come assicurare i percorsi clinico-assistenziali più appropriati, dall'ingresso in ospedale fino alla dimissione protetta verso altre strutture di cure intermedie o a domicilio, perseguendo l'obiettivo, per quanto possibile, della necessaria continuità assistenziale.

Il continuo sovraffollamento nei Pronti Soccorsi parallelamente alla progressiva riduzione di posti letto per acuti ha reso necessario un coordinamento centrale e continuativo della risorsa posto letto in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.

Queste dunque le premesse che hanno portato alla istituzione e diffusione anche in Italia della figura del Bed Manager. Mutuata da modelli anglosassoni quale snodo di riferimento nella gestione del percorso del paziente e nella supervisione dei posti letto è in grado di coniugare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali e logistiche) al fine di raggiungere il setting assistenziale ottimale rispetto alle risorse assegnate.

La figura del bed manager: funzioni e responsabilità

La figura, così come le funzioni, del **Bed Manager** differiscono da una struttura ospedaliera all'altra in considerazione delle peculiarità organizzative e logistiche. L'introduzione di tale figura è abbastanza recente e, soprattutto in Italia, le esperienze in tal senso sono ancora in fase sperimentale. Per tale motivo non esiste ancora una bibliografia dettagliata relativa a tale argomento e ricerche che dimostrino un nesso causale tra l'introduzione di questa figura ed una migliore assistenza al paziente.

A tal fine a partire dal 2011 è stato istituito all'interno dell'azienda Ospedaliero-universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna un sistema strutturato di bed management, che vede coinvolta la Direzione Sanitaria (medica ed Infermieristica - "team management") per la parte strategica ed una figura di supporto ad hoc (Bed Manager) con un team dedicato per la parte operativa.

La funzione prioritaria del Bed Manager è quella di assicurare il coordinamento delle azioni operative intervenendo a livello puntuale e creando un collegamento costante nelle diverse fasi del percorso assistenziale mediante un unico governo centrale che si interfaccia costantemente con:

- il Pronto Soccorso e la Medicina d'Urgenza
- le singole Unità Operative
- il team per la valutazione precoce
- la CemPa (Centrale Metropolitana Postacuzie).

Nello specifico interviene:

- nel monitoraggio dei ricoveri in acuto da PS e/o Medicina d'Urgenza indirizzati verso i reparti ospedalieri o Case di Cura Accreditate
- in caso di criticità nel trasferimento di pazienti dalle aree critiche (terapie intensive e rianimazioni), dalla Chirurgia d'urgenza piuttosto che dalla Medicina d'Urgenza/OBI verso le altre degenze per acuti. Tale attività si concretizza nell'allocazione dei pazienti nelle diverse U.O. sulla base di disponibilità giornaliere concordate (cingolo ordinario). Nel caso non fossero sufficienti ad esaurire le richieste, il Bad Manager provvede all'attuazione di misure straordinarie attraverso l'assegnazione di pazienti "aggiuntivi" (cingolo dell'emergenza)

- facilitando la gestione dei pazienti anziani fragili, non autosufficienti, frequent users, senza fissa dimora, etilisti, etc. in Pronto Soccorso, in collaborazione con Servizi Sociali Ospedalieri e Territoriali, così da evitare ricoveri impropri
- nel monitoraggio delle dimissioni effettuate dai reparti, in particolare nel fine settimana, al fine di individuare eventuali aree di criticità e facilitare il deflusso dei pazienti. Tale attività è svolta con il supporto di strumenti informatici che consentono una valutazione in tempo reale
- verificando dell'applicazione dei criteri previsti dal regolamento interno per i ricoveri urgenti da PS
- Collegamento con il percorso post-acuzie
- Collegamento con percorsi acuti interni (Stroke e scompenso cardiaco).
- Analisi ed utilizzo dei dati per fornire basi quantitative necessarie alla creazione di modelli previsionali di afflusso e conseguenti necessità di posti letto
- Raccolta e monitoraggio di indicatori di attività;
- Consulenza e formazione sul campo ai professionisti nelle varie U.O.

Una parte rilevante del progetto è quella inerente la scelta e formazione del gruppo di professionisti che, organizzati in rete, dovranno supportare le funzioni del bed manager durante il fine settimana nell'ottica di assicurare la continuità della funzione. Il gruppo selezionato, costituito da *coordinatori infermieristici e infermieri di reparto*, ha rappresentato una precisa scelta dell'Azienda che ha voluto privilegiare professionisti che, nell'organizzazione e coordinamento della risorsa posto letto, giornalmente si trovano ad operare "*dall'altra parte*". Ciò rappresenta sicuramente un valore aggiunto in quanto consente da un lato di conoscere entrambi le "prospettive", dall'altro di maturare maggior consapevolezza della complessità di gestione del sistema dell'emergenza con il risultato tangibile, in questi mesi, di ridurre la conflittualità tra reparti e bed manager.

Ad un anno dall'applicazione del nuovo modello, nonostante l'analisi dati non sia ancora completa, è stato possibile osservare il gradimento delle unità operative aziendali per la possibilità di disporre di un riferimento

dedicato e specifico in modo continuativo.

Il bed manager, forte di una esperienza infermieristica pregressa (coordinatore di una degenza internistico-geriatrica), ha ottimizzato il modello del bed management arricchendolo dello specifico professionale grazie anche alla collaborazione dei colleghi coordinatori dei reparti coinvolti.

Tools

Gli strumenti a disposizione del Bed Manager hanno lo scopo di creare una cabina di regia da cui l'operatore possa conoscere in tempo reale tutti i movimenti dei pazienti nelle aree di interesse del sistema dell'emergenza, comprese le dimissioni e i trasferimenti verso le cure intermedie interne ed esterne.

Il primo dei "strumenti" è rappresentato da uno supporto informatizzato denominato "cruscotto" che utilizza "sensori" per le attività previsionali in grado di allertare l'operatore in caso di iperafflusso o situazioni di "stallo" tali da compromettere la routine quotidiana. Per evitare soluzioni estemporanee che da un lato risolvono provvisoriamente il problema presentatosi ma spesso sono foriere di difficoltà successive è stato sviluppato un **piano "di prevenzione"** basato su una scala di interventi in progressione per livello di allerta al fine di definire gli stadi di attenzione, preallarme e allarme, per le situazioni prevedibili, e di pianificare le situazioni di criticità a cui corrispondono determinate procedure **di emergenza** da attuare. Tale piano inoltre prevede il coinvolgimento progressivo del team management, dei Direttori di Dipartimento e del Direttore di Pronto Soccorso, dei Direttori di U.O. ed infine del Direttore Sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Akcali E, Côté M., Lin C. A network flow approach to optimizing hospital bed capacity decisions, *Health Care Manage Sci* (2006) 9: 391-404.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health: Intervention to reduce overcrowding in Emergency Department. HTA Issue 67.4 May 2006.
- Delibera N° 1010 del 01/12/2008 della Giunta Regionale Regione Toscana "Interventi ed iniziative per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane secondo i modelli della

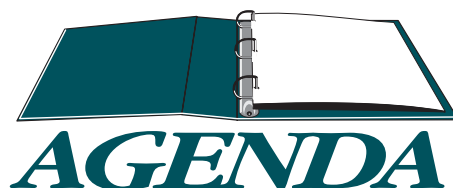
Discharge Room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale territorio".

- Delibera N° 821 del 3/11/2009 della Giunta Regionale Regione Lazio "Interventi per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività di Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della Regione Lazio. Individuazione delle funzioni del Facilitatore dei processi di ricovero e dimissione".
- Bandini A. Govoni G. Malaguti MT. Pellecchia C. Scotton C. Tabanelli C. Taddia P. Tietz C. - Periodico A.N.M.D.O. - "Il Bed Management nel sistema dell'emergenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna S.Orsola - Malpighi" N°2/11.
- Braitberg G., Emergency department overcrowding: dying to get in?. *MJA* 2007 Dec;187(11/12):624-625.
- Proudlove N. et al, Developing bed managers: the why and the how. *Journal of Nursing Management* 2007;15:34-42.
- Proudlove, Gordon , Boaden "Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments?" *Emerg Med J* 2003;20:149-155.
- Alder S. et al, Managing capacity and demand across the patient journey. *Clinical Medicine* 2010;10(1):13-15.
- Scott I.A., Public hospital bed crisis: too few or too misused? *Australian Health Review* 2010;34:317-324.
- Moskop J.C. et al, Emergency Department Crowding, Part 2-Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them. *Annals of Emergency Medicine* 2009 May; 53(5):612-617.



IPASVI

CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



CORSI E SEMINARI ECM TENUTI DAL COLLEGIO DI BOLOGNA

1. "Evidence Based Nursing (EBN)" II edizione 2012

Aula Formazione Collegio IPASVI
Bologna - Via Giovanna Zaccherini
Alvisi 15/I - Bologna
Centro Studi EBHC - Via Albertoni, 15
Bologna
Dal 3 Ottobre 2012 al 14 Novembre 2012

2. "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)" III edizione 2012

Bologna, 9 Ottobre 2012

3. "Educazione terapeutica del malato e della sua famiglia" II edizione 2012

Bologna, dal 16 Ottobre 2012
al 17 Ottobre 2012

4. "Assistenza alla persona con catetere venoso centrale"

Bologna, 22 Ottobre 2012

5. "Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)" IV edizione 2012

Bologna, 25 Ottobre 2012

6. "L'infermiere e la stomia: evidenze in stomaterapia"

Bologna, 26 Ottobre 2012

7. "Appropriatezza assistenziale nella gestione delle ferite complesse"

Bologna, 6 Novembre 2012

8. "Assistenza alla persona con catetere venoso centrale" II edizione 2012

Bologna, 13 Novembre 2012

9. "Sopravvivere all'organizzazione: l'infermiere resiliente"

Bologna, dal 15 Novembre 2012
al 19 Novembre 2012

10. "La prevenzione delle malattie infettive attraverso la pratica vaccinale"

Bologna, dal 20 Novembre 2012
al 12 Dicembre 2012

11. "L'infermiere e la somministrazione dei farmaci: aggiornamenti di farmacologia e responsabilità professionale"

Bologna, dal 21 Novembre 2012
al 10 Dicembre 2012

12. "L'infermiere e la stomia: evidenze in stomaterapia" II edizione 2012

Bologna, 29 Novembre 2012

13. "Appropriatezza assistenziale nella gestione delle ferite complesse" II edizione 2012

Bologna, 03 Dicembre 2012

ALTRI CORSI E CONVEGNI

• Federazione Nazionale IPASVI - FNOMCeO

"Audit clinico"

Corso FAD
disponibile fino al 8/09/2012
Informazioni e iscrizioni: www.ipasvi.it

• Federazione Nazionale IPASVI - FNOMCeO

"Sicurezza dei pazienti e degli operatori"

Corso FAD
disponibile fino al 6/02/2013
Informazioni e iscrizioni: www.ipasvi.it

• Federazione Nazionale IPASVI - Fondazione per la Sicurezza in Sanità

Corsi FAD:
**"Ambiti di intervento e livelli di
responsabilità"**
"Accessi vascolari e mantenimento

delle vie infusionali: la riduzione del rischio e la sicurezza per il pa- ziente"

Informazioni e iscrizioni: www.ipasvi.it

• Fondazione Istituto di Scienze della Salute

"Scienza, alimentazione, stili di vita e salute"

8-10-11 settembre 2012
Bolognafiere (Sala Allemanda,
Ammezzato Padiglioni 33-34)

Segreteria Organizzativa:
Progetto Meeting
Tel. 051 585792
E-mail: info@progettomeeting.it

• FeDerSerD Emilia Romagna V Congresso Regionale

"Interazioni ed uso improprio dei farmaci nella clinica delle dipendenze"

20-21 settembre 2012
Sala Convegni Savoia Hotel Regency
Bologna

Segreteria Organizzativa:
Expopoint
Organizzazione Congressi Eventi
Tel. 031748814
Email: federserd@expopoint.it
Sito: www.federserd.it
www.expopoint.it
(è possibile anche iscriversi on line
connettendosi ai siti internet e scegliendo
l'evento specifico)

• Incontro Regionale AIOM - Emilia-Romagna

"Progressi e controversie nel trattamento delle neoplasie del distretto cervico facciale"

24 settembre 2012
Sala Convegni Maria Cecilia Hospital
Cotignola (RA)

Segreteria Organizzativa:
Delphi International srl
Tel. 0532 1934216
Email: congressi@delphiinternational.it
Sito: www.delphiinternational.it