



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

"L'anno vecchio è finito ormai ma qualcosa . . . Pag. 2
ancora qui non va..."

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

PROFESSIONE

Debito Formativo Triennio 2014-2016 Pag. 4

Offerta casella di Posta Elettronica Certificata . Pag. 4
gratuita agli Istituti al Collegio IPASVI di Bologna

Modulo di Adesione Pag. 5
Servizio Posta Elettronica Certificata

Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo. . . Pag. 7
Professionale del Collegio IPASVI della Provincia
di Bologna - anno 2014 e Seminario di formazione
permanente ECM: "La cura del corpo nella
prospettiva antropologica"

Equitalia: pagamento delle cartelle negli . . . Pag. 10
uffici postali. Il nuovo servizio per l'aggiornamento
degli importi è attivo in tutta Italia

NORMATIVA

Studenti infermieri e responsabilità Pag. 11
professionale - *Giannantonio Barbieri*

FORMAZIONE

Corsi e seminari ECM tenuti dal collegio di Bologna

"La cura del corpo nella prospettiva. Pag. 13
antropologica" Assemblea annuale degli iscritti

1. "La gestione delle emergenze Pag. 15
medico - chirurgiche per infermieri
in aula di simulazione" - I edizione 2014

2. La ricerca bibliografica. Pag. 17

3. "Il paziente cardiopatico: quali competenze . Pag. 19
di analisi per l'approccio infermieristico"

4. "BLS-D" - II edizione 2014. Pag. 21

Schede di iscrizione. Pag. 23

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

Presa in carico del cittadino: Pag. 25
l'organizzazione del Punto di Coordinamento
di Assistenza Primaria nella rete delle Cure Primarie
G. Comellini, C. Draghetti, M. Petroni, M. Ruvineti

La responsabilità dell'infermiere Pag. 28
nell'ambito delle infezioni ospedaliere - *P. la Torre*

La persona affetta da Politrauma. Pag. 30
Nuovi ruoli e competenze per l'infermiere

"Sintesi delle consensus dal 2011 al 2013
relative alla Nurse Session" *F. Mugelli - R. Ridolfi*
A. Monesi - C. Tacconi - O. Dell'Arciprete
S. Musolesi - F. Cordenons

Contenzione Extrema ratio - *G. Negrini*. Pag. 31

La dialisi peritoneale è ancora. Pag. 39
una metodica dialitica marginale?
M. Pegoraro - A. Delalio - M. P. Zito

AGENDA Pag. 40

*Alla cortese attenzione
degli Infermieri,
Assistenti Sanitari e
Vigilatrici d'Infanzia,
iscritti al Collegio IPASVI
della Provincia di
Bologna*

Il Consiglio Direttivo di questo Collegio, considerata l'importanza delle informazioni e la qualità degli articoli riportati in questo numero della Rivista **PROFESSIONE Infermiere**, dopo aver appurato che, per un problema tecnico della *Software House* che sta aggiornando il nostro *Data Base*, nella stampa degli indirizzi utilizzati per la prima spedizione non erano stati riportati i numeri civici, **ha deciso di procedere con una seconda spedizione**, apportando solo piccoli inevitabili aggiornamenti.

Ci scusiamo quindi con coloro a cui è stata comunque recapitata (ci risulta una piccolissima parte di noi) che nella sostanza riceveranno due volte gli stessi contenuti, mentre invitiamo coloro che la ricevono per la prima volta a consultarla velocemente per rispettare alcune **scadenze** che, ora, risultano a **brevissimo termine**.

In attesa di incontrarVi, inviamo cordiali saluti a tutti.

La Presidente
Maria Grazia Bedetti

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 XXV - N. 3 - DICEMBRE 2013

Direttore responsabile
MARIA GRAZIA BEDETTI

Redazione
CONSIGLIO DIRETTIVO

Editore
COLLEGIO IPASVI - BOLOGNA

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

Editoriale

“L’anno vecchio è finito ormai ma qualcosa ancora qui non va...”

(da *L’anno che verrà*, Lucio Dalla)

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti

Anche il 2013 se ne è andato. Dire che per chi, come noi, opera in ambito sanitario non è successo nulla di particolarmente significativo, che nella sostanza ci troviamo con gli stessi problemi di un anno fa, sembra assurdo ma, la sensazione è questa.

Quasi che la politica, in quest’anno di fatto dimezzato dalla campagna elettorale, abbia continuato ad avvitarci attorno al tema della sostenibilità e dei soldi che mancano, dimenticando che una reale stabilizzazione del sistema salute si potrà ottenere solo a riforme compiute e tra queste quella dell’assistenza territoriale e della riconversione della rete ospedaliera, della valorizzazione delle competenze dei professionisti che vi operano, della revisione dei percorsi formativi per lo sviluppo di una cultura della presa in carico e della cooperazione fra professionisti.

Nessuno dei processi avviati invece si è concluso. Dalla riforma delle Cure primarie (Decreto Balduzzi) operativa da gennaio e con scadenze precise, tutte eluse, alla riorganizzazione della rete ospedaliera (prevista dalla *Spending review* di Monti del 2012). Così come incompiuti sono rimasti i nuovi LEA (Decreto Balduzzi) e il cosiddetto Ddl Lorenzin all’interno del quale sono contenute nuove norme sulle sperimentazioni, sulla sicurezza alimentare, sulla prevenzione e sulla riforma degli Ordini che interessa naturalmente anche la professione infermieristica, ma anche l’accordo sulle competenze infermieristiche specialistiche che, pronto per essere approvato dalla Conferenza-Stato Regioni dopo un lungo e travagliato percorso presso il Ministero della Salute, vi è tornato per *“ulteriori e più specifici momenti di confronto sulle procedure da adottare ... anche al fine di apportare al testo le necessarie modifiche”*.

A questo proposito ricordo che la prima stesura dell’*Accordo tra il Governo e le Regioni per la ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità dell’infermiere ai sensi dell’art 4 del D.Lgs n.281/1997* risale al 2011

quando fu attivato un tavolo congiunto fra Ministero della Salute e alcune Regioni, coordinato dall’Assessore alla Sanità Luca Colletti della Regione Veneto, con l’obiettivo dichiarato di individuare aree di sviluppo della professione infermieristica.

L’uscita della prima “bozza” del documento suscitò una forte reazione da parte dei Collegi IPASVI in termini sia di metodo (gli organismi di rappresentanza professionale non erano stati coinvolti) che di merito, in particolare in considerazione del fatto che nel documento prodotto

- erano state individuate 5 aree di sviluppo professionale (cure primarie, intensiva e dell’emergenza-urgenza, chirurgica, pediatrica e salute mentale) escludendo completamente quella medica,
- erano state declinate le “competenze” da acquisire come prestazioni che, raggruppate in elencazioni per area assistenziale, rievocavano nella sostanza il vecchio e superato “manzonario”,
- veniva indicato come luogo della formazione unicamente il SSR con il rischio che ogni Regione prevedesse proprie competenze e profili di responsabilità,
- l’infermiere post formazione veniva definito come “esperto” mentre già il Decreto n.739 del 1994, *“Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”*, all’art. 5 prevede *“la formazione post-base per la pratica specialistica”*, così come la L. n.43 del 2006 *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche ..”* all’art. 6 prevede *“i professionisti specialisti in possesso del master di primo livello rilasciato dall’Università...”*
- non era stato previsto alcun aggancio con i percorsi formativi post base universitari già effettuati o effettuabili (master).

Ora il documento, riscritto nella versione di seguito riportata che ha ottenuto l’approvazione sia dei Collegi IPASVI che delle OO.SS di categoria, è al vaglio di una “Cabina di regia”, composta da rappresentanti istituzionali e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, istituita di recente presso il Ministero della Salute su richiesta di alcune organizzazioni sindacali mediche preoccupate che le Regioni, con l’obiettivo di ridurre i costi, possano utilizzare il personale infermieristico con competenze avanzate/specialistiche per compiti fino ad ora affidati ai medici,

cioè legittimare, attraverso un percorso formativo/certificativo, il trasferimento di attività da un fattore ad “alto costo” (medici) a uno a “basso costo” (infermieri).

La sensazione è quella di essere tornati al punto di partenza, con il sospetto però che non si capisca, o non si voglia capire, che con l’acquisizione e l’esercizio di competenze specialistiche gli infermieri non vogliono diventare piccoli medici o “medici bon-sai” (come qualcuno ha ironicamente definito), ma acquisire conoscenze e abilità per rispondere in modo più appropriato ai bisogni di salute dei loro assistiti, continuando a far riferimento a un paradigma proprio, quello dell’Infermieristica, e ad assumersi la responsabilità delle decisioni e delle azioni che, in funzione di questo, mettono in atto.

In questa situazione il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna continua a mantenere gli impegni assunti promuovendo sia il confronto con le istituzioni che all’interno della comunità professionale, consapevoli che l’innovazione e il miglioramento non può limitarsi a tentativi di accommodamento dell’esistente nelle situazioni più favorevoli come è avvenuto fino ad ora (See & Treat, Bad manager, Infermiere di famiglia, Punti Unici di accoglienza, Case manager nei PDTA... per dire qualcuna delle esperienze innovative a cui hanno dato vita gli infermieri), ma di portare a sistema “le buone pratiche e le nuove sperimentazioni” già consolidate, cioè tutte quelle esperienze che la normativa in essere e le competenze possedute dagli infermieri hanno reso possibili.

Perché se, da un lato, è necessario chiedere un intervento forte della politica, dall’altro, è altrettanto importante promuovere la riflessione e il confronto all’interno della comunità professionale perché sia chiaro e condiviso il ruolo infermieristico e l’impegno ad approfondire la specificità infermieristica in modo da possedere un insieme di competenze di base e generali, ma anche specifiche, specialistiche ed ancora più avanzate per i diversi ambiti di esercizio professionale, unitamente alla capacità di sviluppare propri modelli e teorie. Fra i diversi eventi messi in campo a tal fine (seminari, convegni. Iniziative formative), l’Assemblea Annuale degli iscritti, programmata per il 25 marzo 2014, come riportato in dettaglio più avanti, è la prossima occasione per fare il punto sul lavoro fatto e su quello da fare insieme: Vi aspettiamo numerosi.

Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico

(Nel testo di seguito riportato, condiviso con le OOSS del Comparto, risultano recepite le osservazioni dei Collegi IPASVI)

Art. 1

(Oggetto)

1. Il presente Accordo, in relazione alle aree di intervento del successivo art. 2, definisce le modalità e i percorsi validi su tutto il territorio nazionale per riconoscere e promuovere lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico al fine di favorire lo sviluppo delle funzioni professionali in correlazione con gli obiettivi di educazione, prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.
2. Le esperienze avanzate, già in essere in alcune Regioni o Aziende saranno ricondotte alle modalità e ai percorsi definiti dal presente accordo.

Art. 2

(Aree di intervento)

Sono individuate le seguenti aree di intervento:

- AREA CURE PRIMARIE - SERVIZI TERRITORIALI/DISTRETTUALI
- AREA INTENSIVA E DELL'EMERGENZA URGENZA
- AREA MEDICA
- AREA CHIRURGICA
- AREA NEONATOLOGICA E PEDIATRICA
- AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Art. 3

(Modalità e percorsi per lo sviluppo delle competenze professionali)

1. Lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità, basato sulla formazione, sulla ricerca e sull'esperienza professionale acquisita in ambito lavorativo, avrà come riferimento le norme deontologiche, le disposizioni normative ed amministrative relative ai contenuti dei profili professionali e gli ordinamenti formativi universitari, nonché le scelte di programmazione nazionale e regionale, per migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale fra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e

socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita.

2. Le regioni e le province autonome, previo confronto con le rappresentanze professionali e sindacali, definiscono, all'interno del processo di accreditamento professionale, i criteri per lo sviluppo delle competenze degli infermieri e la conseguente revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, ad iniziare dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cure e dai modelli per complessità assistenziale, in relazione alle esigenze regionali e professionali.
3. Con riferimento al precedente comma 2 le regioni e le province autonome, sulla base di una specifica intesa con le rappresentanze sindacali e professionali, definiranno, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Accordo, i percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse specifiche esperienze, nonché i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale o aziendale, anche ai fini dell'attribuzione dei Crediti Formativi Universitari (CFU).

Art. 4

(Formazione e sperimentazione)

1. Con successivo provvedimento del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica di concerto con il Ministero della Salute e d'intesa con le Regioni e Province Autonome, saranno emanati gli indirizzi per dare corso alla formazione dell'infermiere specialista, in attuazione dell'art. 6 comma 1 lettera c, della legge 1 febbraio 2006 n. 43, nonché i criteri per il riconoscimento dei CFU relativi ai percorsi pregressi effettuati in ambito regionale, delle province autonome e regionale. In relazione all'attuazione delle modalità e dei percorsi di cui all'articolo 3, saranno inoltre rivisitati i piani di studio delle Lauree, delle Lauree Magistrali e dei Master universitari di I e II livello;
2. Le regioni e le province autonome promuovono specifiche ed innovative sperimentazioni clinico, assistenziali, gestionali e formative, in ottemperanza alle modalità e ai percorsi di cui all'articolo e successivamente ai processi formativi di cui al precedente comma, avendo

come riferimento una moderna ed efficace integrazione delle competenze all'interno di equipe multi professionali.

Art. 5

(Governo dell'evoluzione professionale, formativa e organizzativa nel SSN)

1. Le regioni e le province autonome inviano la documentazione relativa ai percorsi di cui ai precedenti articoli 3 al Ministero della Salute;
2. Per promuovere lo sviluppo omogeneo delle competenze professionali e dei conseguenti modelli organizzativi nel Servizio Sanitario Nazionale, nonché per promuovere e diffondere le buone pratiche, presso il Ministero della Salute è istituito l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative, cui partecipano i rappresentanti del Ministero della Salute, i rappresentanti delle Regioni, le rappresentanze professionali e sindacali.
3. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative, valutata la documentazione pervenuta ai sensi del comma 1, esprime pareri motivati al fine di promuovere lo sviluppo omogeneo nel Servizio Sanitario Nazionale. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative ha facoltà di organizzare i propri lavori secondo le modalità operative e le priorità che riterrà opportuno individuare. Il Ministero della Salute è incaricato della diffusione dei pareri dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative.
4. I pareri dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche professionali e organizzative di cui al comma 2, trasmessi periodicamente al Comitato di Settore, costituiranno elementi propedeutici alla revisione degli strumenti giuridici, economici e normativi nell'ambito delle trattative per il rinnovo dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Art. 6

(Invarianza)

1. Dal presente accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

• **Debito Formativo Triennio 2014-2016**

Il 14 Gennaio 2014 l'Age.Na.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ha reso noto, con un comunicato stampa, che la Commissione Nazionale per la Formazione Continua nella riunione del 18 settembre 2013 ha individuato in 150 crediti il debito formativo per tutte le professioni anche per il triennio 2014-2016. Tale decisione è stata successivamente approvata anche nel corso della riunione tra Ordini, Collegi, Associazioni maggiormente rappresentative del 23 ottobre 2013.

Si ricorda che tale debito formativo può variare in funzione del calcolo del debito formativo individuale triennale così come calcolato in base alla Determina della CNFC (Commissione Nazionale per la Formazione Continua) del 17 Luglio 2013 (vedere "Professione Infermiere n.2/2013).

Tale determina è stata recentemente modificata con alcune note esplicative; è possibile visionare la sua versione aggiornata al seguente indirizzo:

http://ape.agenas.it/documenti/normativa/NOTE_DETERMINA_CNFC_17_07_2013.pdf



IPASVI

PROFESSIONE

• **Offerta casella di Posta Elettronica Certificata gratuita agli Iscritti al Collegio IPASVI di Bologna**

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bologna, nella seduta del 28.08.2013, ha valutato l'opportunità di attivare gratuitamente una casella personale di Posta Elettronica Certificata per i propri Iscritti, al fine di facilitare i rapporti fra Collegio ed Iscritti e fra questi e tutte le Amministrazioni Pubbliche, Professionisti e Cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali, offrendo la possibilità di una comunicazione elettronica certa, con lo stesso valore legale di una raccomandata con ricevuta di ritorno, garantito dalla comunicazione tra due indirizzi PEC.

Per avere informazioni più dettagliate su come funziona la PEC e sui vincoli normativi a cui i professionisti devono adempiere nel merito, si rimanda ad uno specifico articolo, già pubblicato nel n.3/2011 di questa Rivista, scaricabile anche dal sito del Collegio di Bologna (www.ipasvibo.it) alla voce RIVISTA.

Per valutare il reale interesse degli Iscritti a che il Collegio proceda in tal senso, si invitano coloro che condividono l'iniziativa a compilare il Modulo allegato e inviarlo insieme a copia della carta di identità o patente o passaporto (entrambi i lati), in corso di validità, via mail (info@ipasvibo.it), via fax (051.34.42.67), o in Segreteria il lun-merc dalle 9.00 alle 12.00 o il mart-giov-ven dalle 14.00 alle 17.00 entro il giorno 15.03.2014.

In occasione dell'Assemblea Annuale, prevista per il 25.03.2014 (vedi programma di seguito riportato), il numero di Moduli ricevuti ci darà la possibilità di decidere insieme a tutti gli Iscritti convenuti se proce-

dere all'acquisto delle PEC. Si rammenta quindi l'importanza di partecipare all'Assemblea per esprimere con il voto il proprio parere in merito.

Anche in caso di non adesione all'indirizzo Pec offerto dal Collegio o di rifiuto da parte dell'Assemblea di procedere all'acquisizione PEC per i richiedenti, si ricorda che permane l'obbligo per tutti gli Iscritti di comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata entro un anno dalla data di entrata in vigore del Decreto Legge n. 185 del 29 novembre 2008, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge n. 2 del 28 gennaio 2009, all'art. 16.

Invitiamo coloro che aderiscono all'iniziativa, di compilare il modulo, di farlo nel modo più chiaro e completo possibile; la non corretta compilazione (compresa l'assenza di una delle tre firme) e l'illeggibilità del contenuto lo renderà evidentemente inutilizzabile. Si specifica che nel modulo la parte relativa al Libero Professionista e al Legale Rappresentante non va compilata e che di fianco alle firme non va apposto nessun timbro.

L'indicazione di un indirizzo mail già in proprio possesso è un dato obbligatorio, in quanto sarà utilizzato per la prima comunicazione della username e password d'accesso alla PEC e in caso di loro smarrimento. Si raccomanda, pertanto, di scriverlo in modo chiaro facendo attenzione ad utilizzare le lettere minuscole/maiuscole solo dove effettivamente presenti.

Nella pag. seguente:

MODULO DI ADESIONE "Servizio Posta Elettronica Certificata" →

A cura del Partner Aruba Pec

Compilare in Stampatello

_____ Ragione Sociale

_____ P. Iva

_____ Legale Rappresentate (Nome Cognome)

_____ Timbro

_____ Firma

Modulo Di Adesione Servizio Posta Elettronica Certificata

Il/La Sottoscritto/a _____ Nato/a Il ____/____/____

A _____ Pr (____) Cod.Fisc. _____

Residente a _____ C.A.P. _____ Pr. (____)

In Via/Piazza _____ Nr. _____

Nazionalità _____ Telefono _____ Fax _____

E-Mail _____@_____

Documento identità (da allegare alla presente): Carta d' Identità Patente di Guida Passaporto

Numero Documento _____ Rilasciato da _____ In Data ____/____/____

Da compilarsi solo in caso di Libero Professionista/Persona Giuridica/Ditta Individuale:

Libero Professionista P. Iva _____, con sede in _____

C.A.P. _____ Via/Piazza _____ Nr. _____

Legale Rappresentante della Società/Ente/Associazione/Ditta Individuale denominata: _____

_____ Cod.Fisc./P. Iva _____

con sede in _____ C.A.P. _____

Via/Piazza _____ Nr. _____

con il presente modulo di adesione, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), **dichiara**, ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000, che le informazioni e i dati sopra indicati sono corretti, aggiornati e veritieri, e **propone** ad Aruba Pec S.p.A. ed al Partner sopra individuato, di concludere un contratto per l'erogazione del servizio PEC (Posta Elettronica Certificata), secondo i termini e le condizioni indicate nelle **Condizioni Generali di Contratto Posta elettronica certificata** e nel **Manuale Operativo**, pubblicati alla pagina <http://www.pec.it/Documentazione.aspx>, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare nel loro contenuto.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 1341 e 1342 c.c., il Sottoscritto dichiara di aver preso chiara ed esatta visione e di approvare espressamente ed in modo specifico le clausole seguenti: 2) Oggetto del Contratto; 3) Conclusione del contratto, durata e rinnovo; 4) Requisiti; 6) Livelli di servizio; 8) Obblighi, divieti e responsabilità del Titolare della Casella Pec; 9) Limitazioni di responsabilità del Gestore; 13) Modifiche ai dati; 14) Clausola risolutiva espressa; 15) Recesso; 16) Accordi particolari fra il Cliente ed il Partner; 17) Rinvio al manuale operativo; 20) Foro competente.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____

Preso atto dell'Informativa di cui all'art. 13 D.lgs. 196/2003, contenuta all'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto Posta Elettronica Certificata, il Sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità ivi indicate.

Luogo _____ **Data** ____/____/____ **Firma e Timbro** _____



• **Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo Professionale del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna - anno 2014**

e

• **Seminario di formazione permanente ECM: "La cura del corpo nella prospettiva antropologica"**

Relatori:

Prof. Ivo Quaranta
Ricercatore confermato in discipline Demo-Etno-Antropologiche presso la Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Bologna

Dott. Frédéric Mattia Amedeo Dani
Laureato in Infermieristica e in Filosofia presso l'Università degli studi di Bologna



25 Marzo 2014

ore 14,00-19,15

Aemilia Hotel Bologna, Bologna

Convocazione prot. 0000344/2014/II.01 del 24/01/2014

In esecuzione del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950 n. 221, art. 23 (Regolamento per l'esecuzione del DL 13 settembre 1946, n. 233), è indetta l'assemblea annuale degli iscritti all'Albo del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna.

Art. 24

Per la validità dell'Assemblea occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti all'Albo. Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti.

La delega deve essere posta in calce all'avviso di convocazione rimesso dal delegato. Quando non sia raggiunto il numero legale per la validità dell'assemblea, viene tenuta, almeno un giorno dopo la prima, una seduta di seconda convocazione, che è valida qualunque sia il numero degli intervenuti, purché non sia inferiore al numero dei componenti il Consiglio Direttivo.

Ogni partecipante non può ricevere più di due deleghe.

1ª convocazione

L'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti è convocata alle ore 23.00 del giorno 20 marzo 2014 nella sede del Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi, 15/B - Bologna.

2ª convocazione

Qualora in prima convocazione non si raggiunga il numero legale

l'Assemblea ordinaria annuale degli iscritti è convocata alle ore 14,00 del giorno

25 marzo 2014

presso l'Aemilia Hotel Bologna

Via Zaccherini Alvisi, 16 Bologna.

Delega

Gli iscritti all'Albo, impossibilitati ad intervenire all'Assemblea, possono rilasciare, esclusivamente per la seconda convocazione, delega scritta ad un collega iscritto all'Albo di Bologna.

Si ricorda che ogni partecipante all'Assemblea **non può avere più di due deleghe** (art. 24 del Regolamento del DL 13.09.1946 n. 233).

(vedi riquadro sotto)

Data

Il sottoscritto.....

Delega a partecipare all'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Bologna indetta per il giorno 25 marzo 2014 il sig./la sig.ra:

.....

Firma del delegante
(leggibile)



IPASVI

COLLEGIO IPASVI – PROVINCIA DI BOLOGNA
Corso di formazione continua ECM per Infermieri
Assistenti Sanitari – Infermieri Pediatrici

Assemblea ordinaria annuale
2ª convocazione

e

Seminario di formazione permanente ECM

**“La cura del corpo
nella prospettiva antropologica”**

25 Marzo 2014

ore 14.00 - 19.15

Aemilia Hotel Bologna
Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna

Obiettivo generale dell'evento formativo

Introdurre e facilitare il dialogo tra la scienza antropologica e quella infermieristica a supporto della qualità dell'assistenza.

Obiettivi specifici dell'evento formativo

- Conoscere strumenti e metodi dell'antropologia a supporto della pratica infermieristica;
- Identificare i possibili sviluppi della professione infermieristica in relazione ai cambiamenti socio-culturali;
- Riflettere sul significato e sul valore della cura del corpo malato.



IPASVI

PROGRAMMA

DATE E ORARI 25 MARZO 2014	CONTENUTI
Ore 14.00 – 14.30	Apertura dei lavori Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
Ore 14.30 – 16.30	Antropologia del corpo e della malattia Relatore: Prof. Ivo Quaranta
Ore 16.30 – 17.30	L'assistenza infermieristica tra arte, scienza e potere Relatore: Dott. Frédéric Mattia Amedeo Dani
Ore 17.30 – 18.00	Discussione
Ore 18.00 – 18.30	Assemblea ordinaria annuale Relazione consuntiva della Presidente anno 2013. <i>Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del rendiconto consuntivo anno 2013. <i>Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione su rendiconto consuntivo anno 2013. <i>Relatore: Sig.ra Daniela Bendanti - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio consuntivo
Ore 18.30 -19.00	Relazione programmatica della Presidente anno 2014. <i>Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del bilancio di previsione anno 2014. <i>Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione sul bilancio di previsione 2014. <i>Relatore: Sig.ra Daniela Bendanti - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio di previsione
Ore 19.00 -19.15	Compilazione questionari ECM, chiusura lavori e consegna dichiarazione di partecipazione.

LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA

Destinatari: - Infermieri
- Assistenti Sanitari
- Infermieri Pediatrici.

Docenti: **Dott.ssa Maria Grazia Bedetti**, Presidente del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna;
Dott. Frédéric Mattia Amedeo Dani, Laureato in Infermieristica e in Filosofia presso l'Università degli studi di Bologna;
Prof. Ivo Quaranta, ricercatore confermato in discipline Demo-Etno-Antropologiche presso la Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Bologna.

Il seminario è gratuito

Posti disponibili: n. 150

Sede del Corso: AEMILIA HOTEL BOLOGNA – Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna.

In auto: dalla tangenziale imboccare l'uscita n. 11 San Vitale, svoltare a destra in Via Massarenti seguendo le indicazioni per il centro e proseguire fino all'Ospedale Sant'Orsola Malpighi. Svoltare nuovamente a destra in Via Zaccherini Alvisi. Parcheggio Convenzionato con il Collegio IPASVI: GARAGE "ZACCHERINI ALVISI" - Via Zaccherini Alvisi, 12 - Bologna (€ 1,00/all'ora; max Euro 7,00 per 24 ore). Per informazioni sulle modalità di usufrutto della convenzione, ritirare il tagliando presso la Segreteria dell'evento.

In autobus: dalla stazione ferroviaria linee n. 32, 36 e 37 e, dal centro, linee n. 14, 20, 89 e 94

Durata dei lavori: ore 5,25 INTERO EVENTO – ORE 4 EVENTO FORMATIVO (per cui è richiesto l'accreditamento)

In fase di accreditamento ECM

**Preiscrizioni e iscrizioni:
dal 12 Febbraio 2014**

ISCRIZIONI:

Si prega vivamente di effettuare l'iscrizione inviando la scheda di iscrizione riportata in questo numero della rivista o sul sito internet del Collegio, oppure telefonicamente al n. 051393840, presso la segreteria del Collegio IPASVI in orario d'ufficio (LUN - MER 09.00-12.00 / MAR - GIOV - VEN 14.00-17.00) entro il 21 Marzo 2014.

Per facilitare la partecipazione, è possibile l'iscrizione dalle ore 13.30 alle ore 14.00 nella sede ove sarà tenuta l'Assemblea che, per mantenere il rispetto dei tempi programmati, chiediamo sia una scelta adottata solo da chi non ha assolutamente la possibilità di iscriversi nei modi e nei tempi sopra indicati.

• **Equitalia:**
pagamento delle
cartelle negli uffici
postali.
Il nuovo servizio
per l'aggiornamento
degli importi è attivo
in tutta Italia

Il 23 dicembre 2013 Equitalia ha pubblicato il comunicato stampa riportato di seguito, con cui annuncia la possibilità di pagare i bollettini RAV, allegati alle cartelle esattoriali (il servizio non vale per gli avvisi di pagamento), negli Uffici Postali, anche dopo la loro scadenza, avendo la possibilità di ottenere, presso lo stesso Ufficio Postale, l'aggiornamento dell'importo da pagare con gli interessi dovuti o lo sgravio di una parte di esso.

Per poter usufruire di tale servizio è indispensabile conoscere il numero di RAV della cartella, non è sufficiente avere solo il numero della stessa e i propri dati anagrafici. Nel caso non si conoscesse il numero di RAV è possibile ottenerlo registrandosi sul sito di Equitalia.



Equitalia

COMUNICATO STAMPA

Pagamento delle cartelle negli uffici postali

Il nuovo servizio per l'aggiornamento degli importi è attivo in tutta Italia. Cartelle di Equitalia con importi sempre aggiornati alle Poste. Il servizio, partito nel mese di ottobre a Roma e provincia in via sperimentale, è stato attivato progressivamente in tutta Italia e consente ai cittadini di pagare l'importo esatto dei bollettini Rav allegati alle cartelle direttamente nei 14 mila uffici postali aperti anche il pomeriggio e il sabato.

I terminali di Poste, interpellando i sistemi Equitalia in tempo reale, possono calcolare eventuali variazioni del debito (ad esempio uno sgravio) oppure aggiornare l'importo originario con gli interessi e gli altri aggravii previsti dalla legge dopo 60 giorni dalla notifica della cartella.

“Equitalia sta ampliando i canali di contatto a disposizione dei contribuenti per consentire loro di effettuare le operazioni di pagamento con più facilità - dice l'amministratore delegato di Equitalia, Benedetto Mineo - Allo stesso tempo gli sportelli di Equitalia sono oggi un punto di riferimento dove cittadini e imprese possono avere informazioni e trovare, attraverso il dialogo con il nostro personale, la migliore soluzione possibile alle situazioni più complesse”.

Per pagare le cartelle di Equitalia i contribuenti hanno a disposizione anche gli altri canali già attivi: il sito internet www.gruppoequitalia.it (funzione “Estratto conto” o “Pagare online”), gli sportelli di Equitalia, le ricevitorie Sisal e Lottomatica, i tabaccai convenzionati con banca ITB e gli sportelli bancari.

Tutte le informazioni alla voce “Come e dove pagare” presente sul sito di Equitalia.

TABELLA CON I DETTAGLI SULLE MODALITA' DI PAGAMENTO

CANALE	DOVE	ENTRO LA SCADENZA	DOPO SCADENZA CON AGGIORNAMENTO IMPORTO	MODALITA' DI PAGAMENTO	COMMISSIONE DI INCASSO**
Sportelli Equitalia	Trova lo sportello più vicino	SI	SI	Previste dallo sportello dove andrai a pagare	Nessuna
Banche	Filiali, bancomat abilitati, home banking	SI	NO	Contanti*, addebito in conto corrente	Previste dal tuo istituto di credito
Poste	Uffici, Atm e chioschi abilitati, online sui siti di Poste italiane	SI	SI	Contanti*, addebito in conto corrente, Bancomat, Postamat (uffici) Postepay, Carte di credito Visa e Mastercard (online)	Previste da Poste Italiane
Tabaccai	Tabaccai convenzionati con banca ITB www.tabaccai.it	SI	SI	Contanti*, Bancomat (max transazione 1.500 euro)	Euro 2 per transazione
Sisal	Ricevitorie abilitate www.sisalpay.it/servizi/pagamenti/multe-e-tributi/equitalia-cartelle	SI solo cartelle con codice a barre	SI solo cartelle con codice a barre	Contanti*	Euro 1,55 per transazione
Lottomatica	Ricevitorie del Lotto, tabaccherie e bar abilitati al servizio www.lottomaticaitalia.it/servizi/pagamenti/equitalia.html	SI solo cartelle con codice a barre	SI solo cartelle con codice a barre	Contanti*, carte PagoBancomat, carte prepagate Lottomaticard e carte di credito VISA e MasterCard	Carte prepagate Lottomaticard: euro 1,30 per transazione Contanti: euro 1,55 per transazione Carte PagoBancomat: euro 2 per transazione Carte di Credito: euro 2 per transazione
Web	www.gruppoequitalia.it Paga online - Estratto conto	SI	SI	Carte prepagate e Carta di credito	1% dell'importo versato

* Entro i limiti previsti dalla normativa antiriciclaggio (decreto legislativo 231/2007 e successive modifiche e integrazioni) fino a 999,99 euro.

** Le commissioni d'incasso sono di spettanza e competenza del soggetto presso cui si effettua il pagamento

Roma, 23 dicembre 2013

NORMATIVA

• *Studenti infermieri e responsabilità professionale*

Giannantonio Barbieri
Avvocato



L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica: lo afferma il profilo professionale, ossia il D.M. 739/1994 e lo conferma il Codice Deontologico, laddove proprio all'articolo 1 asserisce il medesimo principio. La legge 42/1999, poi, illustra, tra gli altri, quali sono gli *strumenti*, mi si conceda il termine, e i riferimenti necessari al fine di caratterizzare e delineare l'ambito della responsabilità infermieristica, ossia il profilo, il codice deontologico, l'ordinamento didattico, la formazione di base e la formazione post-base.

La *responsabilità* pare essere, e forse lo è davvero, il fulcro centrale attorno al quale organizzare l'etica dell'esercizio professionale. Il "principio responsabilità" sembra quindi essere l'unico strumento in grado di offrire *risposte* sia agli interrogativi che con estrema rapidità emergono dal processo della scienza e della tecnica sia a quelli che i professionisti della salute quotidianamente si pongono nei vari contesti assistenziali. La responsabilità rappresenta, pertanto, il dovere di prevedere le possibili conseguenze del nostro agire, di considerare gli scenari futuri delle nostre azioni e delle nostre omissioni, di modificare i progetti e le vie che si percorrono sulla base di ciò che potrebbe accadere. Jonas parla di una "responsabilità per il da farsi", che impone all'agente di considerare preventivamente le possibili conseguenze delle proprie azioni. Jonas, ancora, la contrappone al modello tradizionale di "responsabilità di", fondato invece sulla sanzione e sulla retribuzione, che si traduce in un giudizio sugli atti compiuti nel passato.

Il primo modello è certamente un modello prospettico, che si traduce nell'impegno, di cui tra l'altro e non caso, è permeato tutto il Codice Deontologico dell'Infermiere, di prendersi

cura di chi è vulnerabile e le cui possibilità di salute dipendono dalla misura del nostro agire. Il modello retrospettivo, purtroppo ancora troppo *di moda* e fin troppo presente nella coscienza individuali, è considerato uno strumento perdente in quanto non si traduce in un progetto di azione ma segna il passo nel dovere di rendere conto davanti a un soggetto esterno delle proprie azioni.

Il termine "responsabilità", come utilizzato nell'ambito della professione infermieristica, grazie ai documenti e alle norme citate sopra, esprime un concetto pregnante e significativo in relazione all'esercizio professionale. Assume, pertanto, il valore positivo dell'assumere una condotta congrua rispetto ai bisogni dell'assistito con riferimento ai contenuti delle norme che regolamentano la professione, Codice deontologico in testa.

Il lemma "responsabilità" si rifà al latino *respondere*, da cui *responsum*, ossia risposta: ma la risposta che fornisce il professionista è una risposta qualificata, non è una risposta qualunque ma è quella che viene da un soggetto competente. *Spondere*, per i latini, da cui appunto *rispondere*, indicava il promettere; ma si trattava di una promessa solenne, che portava in sé l'idea del rito, della solennità appunto. Il professionista, quindi, che sa fornire una risposta qualificata e competente, è in grado di avere cognizione del risultato atteso del suo agire e del suo *processo*, inteso anche come percorso verso un obiettivo.

Ma la responsabilità, codici giuridici e questa volta non solo deontologici alla mano, rappresenta anche il dovere che grava su chiunque di rispondere delle proprie azioni; si parla, dunque, di responsabilità penale, di responsabilità civile, di responsabilità disciplinare, ecc. E, come è noto, la materia della responsabilità infermieristica e, più in generale la materia della responsabilità sanitaria, è stata interessata negli ultimi quindici anni da significative innovazioni, innescate da diversi fattori, tra i quali gli importanti progressi scientifici e tecnologici, le norme che hanno profondamente mutato la professione infermieristica non più professione *ausiliaria*, il passaggio da una forma di responsabilità definita sino al 1999 *extracontrattuale* e poi *contrattuale*, appellandosi al cosiddetto *contatto sociale*, che individua una relazione specifica tra due soggetti, professionista sanitario e *paziente*, non vincolati da un preesi-

stente contratto che comporta l'esecuzione di prestazioni tipicamente contrattuali da parte di un soggetto nei confronti dell'altro¹.

Ma quale responsabilità in capo all'infermiere per il fatto illecito commesso dall'allievo, ossia dall'infermiere in tirocinio, oppure quali responsabilità sono proprie del tirocinante infermiere?

Occorre innanzitutto premettere come, ai sensi dell'art. 1 del D.M. 739/1994, *l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica* e, in quanto tale, è titolare di una posizione di garanzia e di protezione nei confronti degli assistiti, alla quale non può sottrarsi adducendo che l'assistito è "affidato" a un allievo infermiere. In altre parole, in virtù degli obblighi di garanzia che gravano sull'infermiere, in via di prima approssimazione può affermarsi che l'infermiere potrebbe essere chiamato a rispondere di eventuali comportamenti di altri operatori, tra cui ad esempio, gli allievi, sottoposti in qualche modo alla loro vigilanza. Ma andiamo per gradi. Innanzitutto occorre distinguere tra responsabilità civile, tradizionalmente e sinteticamente intesa come l'obbligo di risarcire il danno provocato dalla propria azione che ha causato un danno alla persona, e responsabilità penale, che sorge unicamente a seguito della commissione di un illecito di natura penale, ossia di un reato.

E' indubbio come, alla luce dell'art. 2048 del codice civile, l'infermiere referente del tirocinante risponda, in sede civile, dei danni provocati dallo studente. L'articolo in questione, infatti, afferma che: "*I precettori e coloro che insegnano un mestiere o un'arte sono responsabili del danno cagionato dal fatto illecito dei loro allievi e apprendisti nel tempo in cui sono sotto la loro vigilanza. Le persone indicate dai commi precedenti sono liberate dalla responsabilità soltanto se provano di non aver potuto impedire il fatto*". L'art. 2048 del codice civile pone una presunzione di responsabilità a carico di chi insegna o di chi deve vigilare in caso di danno procurato dagli allievi, che può essere superata soltanto con la dimostrazione di aver esercitato la vigilanza su di esse con una diligenza diretta a impedire il fatto, cioè quel grado di sorveglianza correlato alla prevedibilità di quanto può accadere. Al professionista, diversamente che allo studente, potrebbe essere attribuita una responsabilità sia per *culpa in*

1 - Cass. 22 gennaio 1999, n. 589

eligendo, sia per *culpa in vigilando*, ossia nel caso in cui attribuisca allo studente attività che non rientrano, in quanto studente, nelle sue competenze, sia nel caso, ad esempio, di mancata presenza nel corso dell'esecuzione dell'intervento assistenziale, in funzione didattica e di sorveglianza, al fine di rimediare prontamente a eventuali errori dell'esecutore materiale.

La responsabilità di chi sorveglia o insegna, ovviamente, non esclude la responsabilità dell'allievo, la quale concorre solidalmente con quella del sorvegliante.

Al fine di evitare di ingenerare eccessive preoccupazioni in capo agli infermieri che svolgono attività di affiancamento ai colleghi in tirocinio, va detto che difficilmente il paziente che reputa di essere stato danneggiato da un'azione prodotta dallo studente avrà interesse, dal punto di vista giuridico, di esercitare un'azione legale di tipo civilistico-risarcitorio nei confronti del singolo o dei singoli professionisti ma piuttosto preferirà, e ciò si dimostra sicuramente più vantaggioso per il paziente, svolgere la sua azione e promuovere le sue richieste risarcitorie nei confronti della struttura sanitaria "ospitante", con la quale ha stipulato quello che oramai viene definito "contratto di assistenza sanitaria" oppure "contratto di ospitalità". In base a tale rapporto contrattuale, la struttura sanitaria, risponde, ossia è responsabile, dei fatti dolosi o colposi dei "terzi" di cui si avvale per l'adempimento delle proprie obbligazioni².

Per quello che riguarda la responsabilità penale merita di essere presa in considerazione una tematica certamente importante: si tratta della c.d. "colpa per assunzione", che si fonda sul dovere di diligenza.

Di regola, l'osservanza del dovere di diligenza impone al soggetto di compiere l'azione in questione adottando determinate misure cautelari idonee a prevenire l'evento lesivo o il pericolo che integra una fattispecie criminosa. In alcuni casi, il dovere di diligenza impone al professionista un obbligo di astensione da una determinata azione, sia perché compierla porterebbe con sé un rischio troppo elevato di realizzazione di un reato colposo sia sulla base della considerazione che il soggetto non è sufficientemente esperto per espletare prestazioni o attività che richiedono particolari cognizioni

tecniche: l'inosservanza della regola cautelare, che determina il rimprovero soggettivo all'agente e la conseguente imputazione della condotta a titolo di colpa, risiede già nell'essersi il soggetto assunto un compito, nella consapevolezza (o nella mancata colposa consapevolezza) di non possedere la capacità fisico-intellettuali per assolverlo.

In altre parole, qualora all'infermiere in tirocinio venga assegnata una prestazione o un intervento rivolto a un assistito per il quale non è competente, lo studente avrà il diritto ma anche l'obbligo, per non cadere in responsabilità, di rifiutare l'adempimento. E parimenti, egli non deve adempiere nel caso in cui gli venga prescritto di eseguire un intervento assistenziale pur in assenza degli strumenti cautelari posti per prevenire eventi lesivi: se egli decide di procedere ugualmente, si assume anche l'onere di sopperire alle mancanze delle suddette cautele e, di conseguenza, la responsabilità per gli eventi lesivi che da ciò dovessero derivare.

A tal proposito si riportano alcuni passaggi di una sentenza, certamente non recente, che può servire per meglio comprendere alcuni dei principi delineati.

*"Sono responsabili per omicidio colposo una infermiera professionale e una allieva infermiera per la morte di due neonati causata dalla somministrazione di farmaci contenenti cloruro di potassio in dosi errate. La somministrazione era stata eseguita dall'allieva infermiera. L'infermiera è responsabile in quanto avrebbe dovuto controllare più da vicino l'allieva che aveva preparato la fleboclisi. Aver lasciato sola l'allieva in un compito così delicato è la colpa principale dell'infermiera. Anche l'allieva versa in colpa, seppur di grado inferiore in quanto doveva far controllare dall'infermiera se tutto era stato preparato a regola d'arte"*³.

3. Tribunale di Firenze, 23 marzo 1981, n. 713

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosetti F. e altri, *La responsabilità nel lavoro medico d'equipe*, UTET, 2003
 Barbieri G. Pennini A., *Le responsabilità dell'Infermiere*, Carocci Faber, 2008
 Benci L., *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, McGraw-Hill, 2008
 Fiandaca G, Musco E., *Diritto Penale, Parte generale*, Zanichelli, 2003
 Jonas H., *Il principio responsabilità*, Torino, Einaudi, 1990.

FORMAZIONE

CORSI E SEMINARI ECM TENUTI DAL COLLEGIO DI BOLOGNA

**"La cura del corpo nella
prospettiva antropologica"**
25 Marzo 2014

1. **"La gestione delle
Emergenze medico-
chirurgiche per Infermieri
in aula di simulazione"**
I edizione 2014
27 Marzo 2014

2. **La ricerca bibliografica**
dal 6 Maggio 2014

3. **"Il Paziente Cardiopatico:
quali competenze di
analisi per l'approccio
infermieristico"**
14 Maggio 2014

4. **"Corso Basic Life Support
Defibrillation (BLSD)"**
II edizione 2014
**CORSO FAD + FORMAZIONE
RESIDENZIALE**
27 Maggio 2014



COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

**Assemblea ordinaria annuale
2^a convocazione**

e

Seminario di formazione permanente ECM

“La cura del corpo nella prospettiva antropologica”

25 Marzo 2014

ore 14.00 - 19.15

**Aemilia Hotel Bologna
Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna**

PROGRAMMA

DATE E ORARI 25 MARZO 2014	CONTENUTI
Ore 14.00 - 14.30	Apertura dei lavori Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti
Ore 14.30 - 16.30	Antropologia del corpo e della malattia Relatore: Prof. Ivo Quaranta
Ore 16.30 - 17.30	L'assistenza infermieristica tra arte, scienza e potere Relatore: Dott. Frédéric Mattia Amedeo Dani
Ore 17.30 - 18.00	Discussione
Ore 18.00 - 18.30	Assemblea ordinaria annuale Relazione consuntiva della Presidente anno 2013. <i>Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del rendiconto consuntivo anno 2013. <i>Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione su rendiconto consuntivo anno 2013. <i>Relatore: Sig.ra Daniela Bendanti - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio consuntivo
Ore 18.30 - 19.00	Relazione programmatica della Presidente anno 2014. <i>Relatore: Dott.ssa Maria Grazia Bedetti - Presidente Collegio IPASVI Bologna</i> Presentazione del bilancio di previsione anno 2014. <i>Relatore: Sig.ra Nicoletta Forlani - Tesoriera Collegio IPASVI Bologna</i> Relazione sul bilancio di previsione 2014. <i>Relatore: Sig.ra Daniela Bendanti - Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti</i> Discussione e approvazione bilancio di previsione
Ore 19.00 - 19.15	Compilazione questionari ECM, chiusura lavori e consegna dichiarazione di partecipazione.

LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA

Obiettivo generale dell'evento formativo

Introdurre e facilitare il dialogo tra la scienza antropologica e quella infermieristica a supporto della qualità dell'assistenza.

Obiettivi specifici dell'evento formativo

- Conoscere strumenti e metodi dell'antropologia a supporto della pratica infermieristica;
- Identificare i possibili sviluppi della professione infermieristica in relazione ai cambiamenti socio-culturali;
- Riflettere sul significato e sul valore della cura del corpo malato.

Destinatari:

- Infermieri
- Assistenti Sanitari
- Infermieri Pediatrici.

Docenti:

Dott.ssa Maria Grazia Bedetti; Presidente del Collegio IPASVI della Provincia di Bologna;

Dott. Frédéric Mattia Amedeo Dani, Laureato in Infermieristica e in Filosofia presso l'Università degli studi di Bologna;

Prof. Ivo Quaranta, ricercatore confermato in discipline Demo-Etno-Antropologiche presso la Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Bologna.

Il seminario è gratuito

Posti disponibili:

n. 150

Sede del Corso:

AEMILIA HOTEL BOLOGNA – Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna.

In auto: dalla tangenziale imboccare l'uscita n. 11 San Vitale, svoltare a destra in Via Massarenti seguendo le indicazioni per il centro e proseguire fino all'Ospedale Sant'Orsola Malpighi. Svoltare nuovamente a destra in Via Zaccherini Alvisi.

Parcheggio Convenzionato con il Collegio IPASVI: GARAGE "ZACCHERINI ALVISI" - Via Zaccherini Alvisi, 12 - Bologna (€ 1,00/all'ora; max Euro 7,00 per 24 ore). Per informazioni sulle modalità di usufrutto della convenzione, ritirare il tagliando presso la Segreteria dell'evento.

In autobus: dalla stazione ferroviaria linee n. 32, 36 e 37 e, dal centro, linee n. 14, 20, 89 e 94

Durata dei lavori:

ore 5,25 INTERO EVENTO – ORE 4 EVENTO FORMATIVO (per cui è richiesto l'accreditamento)

In fase di accreditamento ECM

**Preiscrizioni e iscrizioni:
dal 12 Febbraio 2014**

ISCRIZIONI:

Si prega vivamente di effettuare l'iscrizione inviando la scheda di iscrizione riportata in questo numero della rivista o sul sito internet del Collegio, oppure telefonicamente al n. 051393840, presso la segreteria del Collegio IPASVI in orario d'ufficio (LUN - MER 09.00-12.00 / MAR - GIOV - VEN 14.00-17.00) entro il 21 Marzo 2014.

Per facilitare la partecipazione, è possibile l'iscrizione dalle ore 13.30 alle ore 14.00 nella sede ove sarà tenuta l'Assemblea che, per mantenere il rispetto dei tempi programmati, chiediamo sia una scelta adottata solo da chi non ha assolutamente la possibilità di iscriversi nei modi e nei tempi sopra indicati.

1

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

***“La gestione delle Emergenze medico-chirurgiche
per Infermieri in aula di simulazione”***

I edizione 2014

Obiettivi del corso:

Fornire agli infermieri partecipanti gli elementi conoscitivi e le abilità tecniche e non tecniche necessarie a gestire le principali emergenze mediche e chirurgiche all'interno di un team multiprofessionale e multidisciplinare:

- approfondire le conoscenze delle linee-guida del trattamento delle principali emergenze medico-chirurgiche;
- fornire gli elementi di base per la gestione delle emergenze medico-chirurgiche (Crisis Resource Management);
- fornire gli elementi di base delle abilità non tecniche e della valutazione delle stesse con i relativi indicatori comportamentali.

Requisito di partecipazione: certificazione BLS/D conseguita in data non anteriore a due anni rispetto all'inizio del corso

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
27 Marzo 2014 Ore 08.30 - 08.45	Introduzione
Ore 08.45 - 09.30	Aspetti teorici: non technical skills, principi C.R.M.
Ore 09.30 - 10.00	Briefing: scenari di simulazione e familiarizzazione con simulatore alta fedeltà.
Ore 10.00 - 13.30	Gruppo 1: scenari di simulazione alta fedeltà. Gruppo 2: workshop pratici: manovre di emergenza.
Ore 13.30 - 14.30	Pausa pranzo
Ore 14.30 - 18.30	Gruppo 2: scenari di simulazione alta fedeltà. Gruppo 1: workshop pratici: manovre di emergenza.
Ore 18.30 - 18.45	Chiusura corso, compilazione schede di gradimento e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari che siano in possesso di una certificazione BLSD valida, conseguita in data non anteriore a due anni rispetto all'inizio del corso

Docenti:

- Dott. Maurizio Menarini, Medico Rianimatore, U.O.C. Rianimazione-118 AUSL di Bologna;
- Dott. Andrea Finelli, Infermiere, Dipartimento di Emergenza AUSL di Bologna Ospedale Maggiore.

Metodi di lavoro:

- Lezione frontale;
- Discussione interattiva guidata;
- Casi clinici;
- Role playing.

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

- lavagna a fogli mobili
- modelli anatomici che consentono l'esecuzione di manovre (simulatore)
- personal computer
- videoproiettore

Posti disponibili:

n. 12

Sede del corso:

Centro Simulazione Croce Rossa Italiana - Via Porrettana, 430 - Casalecchio di Reno (BO)

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“La gestione delle Emergenze medico-chirurgiche per Infermieri in aula di simulazione” I edizione 2014** 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 **purché siano in possesso di una certificazione BLSD valida, conseguita in data non anteriore a due anni rispetto all'inizio del corso.**

Quota di iscrizione:

€ 60,00 comprensivi di bibliografia ed invio dell'attestato ECM.

Durata del corso:

ore 9

In fase di accreditamento ECM**Preiscrizioni e iscrizioni:**

**dal 12 Febbraio 2014
(fino ad esaurimento posti)**

MODALITÀ D'ISCRIZIONE:

Consultare la scheda di iscrizione inserita in rivista.

2

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

“La ricerca bibliografica”

Obiettivi del corso:

Sviluppare conoscenze ed abilità rispetto alla consultazione delle risorse bibliografiche gratuite on line, al fine di promuovere l'aggiornamento professionale continuo.

Requisito di partecipazione: aver già frequentato corsi EBN (in ECM o in Università)

PROGRAMMA

DATE E ORARI	CONTENUTI
06 Maggio 2014 Ore 14.30 - 18.30	<ul style="list-style-type: none"> • Dal PICO alla stringa di ricerca, modalità di definizione della strategia della ricerca; • Ricerca su Pubmed prima parte. Docente: Dott.ssa Chiara Bassi
13 Maggio 2014 Ore 14.30 - 18.30	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca su Pubmed seconda parte; • Ricerca su Trip Database Docente: Dott.ssa Chiara Bassi
15 Maggio 2014 Ore 14.30 - 18.30	Ricerca sulle banche dati di linee guida Docente: Dott.ssa Chiara Bassi
Ore 18.30 - 18.45	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

Infermieri, Infermieri Pediatrici e Assistenti Sanitari che abbiano già frequentato corsi EBN (in ECM o in Università)

Docenti:

- Dott.ssa Chiara Bassi - Responsabile Biblioteca CeVEAS, Modena;
- 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 interattive.

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

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

Posti disponibili:

n. 20

Sede del corso:

Aula informatica Centro Studi EBHC - Via Albertoni, 15 Bologna.

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“La ricerca bibliografica”** 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 invio dell'attestato ECM

Durata del corso:

ore 12

In fase di accreditamento ECM

Preiscrizioni e iscrizioni:

**dal 02 Aprile 2014
(fino ad esaurimento posti)**

MODALITÀ D'ISCRIZIONE:

Consultare la scheda di iscrizione inserita in rivista.

3

COLLEGIO IPASVI - PROVINCIA DI BOLOGNA



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

***“Il Paziente Cardiopatico:
quali competenze di analisi
per l’approccio infermieristico”***

Obiettivi del corso:

- Sviluppare le conoscenze degli infermieri nell’approccio al paziente cardiopatico;
- Rinforzare le competenze degli infermieri nell’approccio al paziente cardiopatico.

PROGRAMMA

DATE E ORARI 14 Maggio 2014	CONTENUTI
Ore 09.00 – 10.00	Il sistema di conduzione del cuore: cenni di fisiologia
Ore 10.00 – 11.00	- Cenni di elettrocardiografia: <ul style="list-style-type: none"> • principi fondamentali; • corretta esecuzione; - Approccio interpretativo: algoritmo di analisi.
Ore 11.00 – 12.15	Il tracciato ECG nei disturbi del ritmo
Ore 12.15 – 13.00	Il tracciato ECG nei disturbi di conduzione
Ore 13.00 – 14.00	Pausa
Ore 14.00 – 15.00	Il tracciato ECG nelle sindromi coronariche acute e infarto miocardico
Ore 15.00 – 16.00	- Tracciati ECG particolari ma di “effetto”; - Ipotermia terapeutica.
Ore 16.00 – 17.00	- Sindrome di Burgada; - WPW.
Ore 17.00 – 18.00	Discussione: cosa serve sapere davvero per avere competenza
Ore 18.00 – 18.30	Compilazione questionario ECM e consegna attestato di partecipazione

Destinatari:

- Infermieri;
- Infermieri Pediatrici;
- Assistenti Sanitari.

Docente:

Sig. Alessandro Chiuppani - Infermiere UOC Rianimazione - T.I. Ospedale Maggiore - AUSL Bologna

Metodi di lavoro:

- Lezioni frontali con supporto di slides;
- Discussione di casi clinici.

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: **“Il Paziente Cardiopatico: quali competenze di analisi per l'approccio infermieristico”** è aperta a tutti gli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici iscritti all'Albo IPASVI di Bologna ed agli Infermieri, Assistenti Sanitari, Infermieri Pediatrici che esercitano la professione nelle strutture sanitarie pubbliche e private di questa Provincia e comunque iscritti ai rispettivi Collegi IPASVI della Provincia di residenza.

Quota di iscrizione:

€ 30,00 comprensivi di invio dell'attestato ECM

Durata del corso:

ore 8

In fase di accreditamento ECM

Preiscrizioni e iscrizioni:

dal 02 Aprile 2014

(fino ad esaurimento posti)

MODALITÀ D'ISCRIZIONE:

Consultare la scheda di iscrizione inserita in rivista.



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

**“Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)”
II edizione 2014**

CORSO FAD + FORMAZIONE RESIDENZIALE

**27 Maggio 2014
Ore 14.00 – 18.15**

Struttura del corso

Il corso si compone di una parte teorica da seguire in FAD con verifica finale, a cui segue una parte pratica di quattro ore da tenersi in aula. Per poter accedere alla parte pratica è necessario avere superato con successo il modulo FAD. I discenti che si presenteranno al corso pratico, che completa la parte teorica realizzata in FAD, dovranno essere obbligatoriamente muniti di attestato di superamento della parte teorica, pena l'esclusione dal corso pratico.

Obiettivi generali:

- Saper riconoscere l'arresto cardiocircolatorio;
- Acquisire le conoscenze relative al trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico secondo le linee guida Italian Resuscitation Council;
- Eseguire le manovre efficaci di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione semiautomatica in sicurezza;
- Saper gestire un'équipe di soccorso in caso di arresto cardiocircolatorio;
- Acquisire capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche.

PROGRAMMA

<u>FORMAZIONE FAD</u>	<u>FORMAZIONE FAD CONTENUTI</u>
Durata: 4 ore	- Obiettivi e strategie di intervento in BLSD - Verifica finale (il cui superamento è indispensabile per accedere alla parte di formazione residenziale)

<u>FORMAZIONE RESIDENZIALE IN AULA</u>	<u>FORMAZIONE RESIDENZIALE IN AULA</u>
<u>DATE E ORARI</u>	<u>CONTENUTI</u>
27 Maggio 2014 Ore 14.00 – 15.30	Addestramento a gruppi: tecniche BLSD; - Apertura delle vie aeree; - Compressioni toraciche esterne; - Ventilazione pallone maschera; - Attivazione individuale del DAE, posizionamento piastre, analisi, DC shock; - Posizione laterale di sicurezza, manovra di Heimlich
Ore 15.00 – 17.00	Addestramento a gruppi: Scenari di arresto cardiaco con uso del DAE
Ore 17.00 – 17.30	Valutazione teorica
Ore 17.30 – 18.00	Valutazione pratica
Ore 18.00 – 18.15	Conclusioni e consegna attestati di partecipazione

Destinatari:

Infermieri, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici per la parte del corso FAD; la parte pratica è riservata solo ai partecipanti che **abbiano superato con successo il modulo FAD**.

I discenti che si presenteranno al corso pratico, che completa la parte teorica realizzata in FAD, dovranno essere **obbligatoriamente muniti di attestato di superamento** della parte teorica, **pena l'esclusione dal corso pratico**.

Le istruzioni di accesso alla piattaforma FAD saranno disponibili a breve sul sito del Collegio.

Docenti:

Direttori: Maurizio Liberti, Nunzio Francesco Sapuppo, Lara Tani - Italian Resuscitation Council
Gruppo istruttori di Italian Resuscitation Council

Metodi di lavoro:

- Apprendimento FAD;
- lezioni frontali;
- dimostrazioni pratiche;
- esercitazioni.

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

- lavagna a fogli mobili;
- personal computer;
- videoproiettore;
- manichini;
- palloni autoespansibili;
- simulatori di defibrillazione.

Posti disponibili:

n. 24

Sede del corso:

Sede IRC (Italian Resuscitation Council) – Via Croce Coperta 11, Bologna. Primo piano

Modalità di partecipazione:

La partecipazione al Corso di formazione ECM: **“Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)” II edizione 2014** 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, tenendo presente quella che è la struttura del corso sopraindicata e quanto è richiesto per poterlo concludere positivamente.

Quota di iscrizione:

€ 80,00 compreso manuale IRC, bibliografia ed invio dell'attestato ECM.

Durata del corso:

ore 4 modalità FAD + ore 4 modalità residenziale.

In fase di accreditamento ECM**Preiscrizioni e iscrizioni:**

**dal 02 Aprile 2014
(fino ad esaurimento posti)**

MODALITÀ D'ISCRIZIONE:

Consultare la scheda di iscrizione inserita in rivista.

**SCHEDA DI ISCRIZIONE AI CORSI DI FORMAZIONE CONTINUA ECM
TENUTI DAL COLLEGIO IPASVI DI BOLOGNA NEL I SEMESTRE 2014**

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

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritt... ..

nat.... a il

codice fiscale.....

residente in via a

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

o altro Collegio IPASVI della Provincia di dal al N°

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

.....

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

e-mail

Chiede di essere ammesso/a al/ai seguente/i corso/i di formazione continua (**VEDERE LISTA SUL RETRO DEL FOGLIO**):

Si ricorda che è indispensabile effettuare **la preiscrizione** ai corsi recandosi presso la segreteria del Collegio IPASVI o telefonando al n. 051 39 38 40 in orario d'ufficio (lun-merc 09.00-12.00, mart-gioven 14.00-17.00).

L'iscrizione sarà ritenuta definitiva solo dopo il pagamento della quota prevista. A tal fine, il **pagamento** del corso deve essere effettuato entro e non oltre 10 giorni dalla data di pre-iscrizione:

- 1) direttamente presso la sede del Collegio IPASVI in orario d'ufficio;

oppure

- 2) tramite bollettino di c/c postale, utilizzando il seguente numero di c/c postale:
16484404
e intestandolo al Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna;
- 3) tramite bonifico bancario, utilizzando le seguenti coordinate bancarie:
UNICREDIT BANCA - Filiale Bologna Dante - Via Dante 1, Bologna
Paese: IT - CIN EUR: 94 - CIN: F - ABI: 02008 - CAB: 02455 - C/C: 000001597160 - Codice BIC SWIFT: UNCRITB1PM5.
e intestandolo a "Collegio IPASVI - Via Giovanna Zaccherini Alvisi 15/B- 40138 Bologna"

In entrambi i casi, nella causale del bollettino o del bonifico bancario, **vanno indicati chiaramente il titolo del corso e il nome della persona che si iscrive.**

La ricevuta del pagamento (nel caso di versamento mediante bonifico, va inviata **l'effettiva ricevuta di avvenuto pagamento**, e non quella di prenotazione del suddetto) 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.**

SEGUE SUL RETRO →



I SEMESTRE 2014 - CORSI ECM COLLEGIO IPASVI BOLOGNA CON APERTURA ISCRIZIONI IL 02 APRILE 2014

BARRARE I CORSI D'INTERESSE	N.	TITOLO CORSO	COSTO	PREISCRIZIONI E ISCRIZIONI DAL	REQUISITI DI ACCESSO
<input type="checkbox"/>		"LA CURA DEL CORPO NELLA PROSPETTIVA ANTROPOLOGICA" - ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI	GRATUITO	12/02/2014	INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI E INFERMIERI PEDIATRICI
<input type="checkbox"/>	1	"LA GESTIONE DELLE EMERGENZE MEDICO - CHIRURGICHE PER INFERMIERI IN AULA DI SIMULAZIONE" II edizione 2014	€ 60,00	02/04/2014	INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI E INFERMIERI PEDIATRICI CON CERTIFICAZIONE BLS D CONSEGUITA NEGLI ULTIMI DUE ANNI ANTECEDENTI LA DATA DI INIZIO CORSO
<input type="checkbox"/>	2	"LA RICERCA BIBLIOGRAFICA"	€ 60,00	02/04/2014	INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI E INFERMIERI PEDIATRICI CHE ABBIANO GIA' FREQUENTATO CORSI EBN (ECM O UNIVERSITA')
<input type="checkbox"/>	3	"IL PAZIENTE CARDIOPATICO: QUALI COMPETENZE DI ANALISI PER L'APPROCCIO INFERMIERISTICO"	€ 30,00	02/04/2014	INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI E INFERMIERI PEDIATRICI
<input type="checkbox"/>	4	"CORSO BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION (BLS D)" II edizione 2014	€ 80,00	02/04/2014	INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARI E INFERMIERI PEDIATRICI CORSO FAD + RESIDENZIALE: PER ACCEDERE ALLA PARTE RESIDENZIALE DEL CORSO E' INDISPENSABILE AVER SUPERATO CON SUCCESSO LA PARTE FAD E PRESENTARSI IN AULA OBBLIGATORIAMENTE MUNITI DI ATTESTATO DI SUPERAMENTO DELLA SUDETTA PARTE, PENA L'ESCLUSIONE DAL CORSO PRATICO

Firma _____

Data _____



CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• **Presa in carico del cittadino: l'organizzazione del Punto di Coordinamento di Assistenza Primaria nella rete delle Cure Primarie**

**Gabriella Comellini,
Claudia Draghetti,
Manuela Petroni,
Marzio Ruvinetti**

Servizio Assistenziale Tecnico e Riabilitativo - Dipartimento Cure Primarie - AUSL di Bologna

INTRODUZIONE

E' opinione ormai consolidata che un elemento decisivo della qualità dell'assistenza sia la **continuità della presa in carico**, o più spesso della "tenuta in carico" dei pazienti in particolare quando la persona passa da un setting assistenziale ad un altro.

Nel caso di dimissione da un setting ospedaliero, l'assenza di continuità può avere effetti negativi per entrambi i livelli assistenziali: ad esempio per l'Ospedale che fatica a dimettere e quindi aumenta le giornate di ricovero e per il territorio che si trova a dover accogliere persone a cui non riesce a fornire tempestivamente adeguate risposte.

Per rispondere all'esigenza di garantire la continuità assistenziale l'azienda USL di Bologna ha iniziato nel giugno 2007 la sperimentazione delle Centrali di Continuità Ospedale-Territorio (CCOT). Il modello organizzativo prevedeva l'attivazione di sei CCOT nell'ambito dei sei Distretti Aziendali costituite da un'infermiere, coadiuvato da un assistente sociale e da un medico di Organizzazione con le seguenti funzioni:

- ricevere dalle varie Unità Operative/Assistenziali ospedaliere le segnalazioni di dimissione protetta utiliz-

Anno	Segnalazioni con prevalente bisogno			TOTALI
	Sociale	Sanitario	Socio-sanitario	
2009	Non scorporate	Non scorporate	4329	4329
2010	Non scorporate	Non scorporate	4996	4996
2011	806	3027	2506	6339
2012	818	3679	3162	7659

zando una scheda di segnalazione informatizzata contenente le informazioni essenziali per la valutazione dei bisogni socio-sanitari

- informare le Unità Operative/Assistenziali sui servizi forniti dalle reti clinico-assistenziali presenti sul territorio
- attivare i servizi distrettuali e comunali necessari ad accogliere in modo integrato il paziente

L'implementazione del modello ha dovuto fare i conti con profonde differenze che in quel momento caratterizzavano i due mondi (Ospedale/Territorio) sia sul piano culturale che su quello organizzativo.

La sua applicazione ha portato nel corso degli anni ad una maggiore conoscenza e quindi capacità di integrazione tra i diversi setting assistenziali. Si è verificato inoltre un progressivo aumento numerico delle dimissioni protette suddivise in relazione al bisogno prevalente tra sanitario, sociale e socio-sanitario.

Nel corso di questi anni il percorso di segnalazione si è strutturato e con-

solidato sia come modalità operativa che nello sviluppo di un sistema informativo dedicato che ha permesso la rilevazione precisa e puntuale dei dati di attività nonché delle criticità e scostamenti dallo standard individuato.

IL PUNTO DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA

In considerazione del fatto che la presenza di un notevole numero punti di accesso ed erogazione di servizi non è utile per i cittadini che hanno difficoltà ad orientarsi e a scegliere il setting più appropriato per il loro bisogno, o addirittura non sono in grado di individuarlo, per favorire l'accesso ai servizi e migliorarne l'appropriatezza si è identificato un unico punto di riferimento per il cittadino il **Punto di Coordinamento di Assistenza Primaria (PCAP)**.

I PCAP sono **snodi organizzativi** del Dipartimento delle Cure Primarie che, secondo logiche di approccio multiprofessionale ai problemi, promuovono la presa in carico del cittadino nella rete delle cure territoriali.



Le sedi dei PCAP

Denominazione PCAP e sede	UOC di appartenenza	Nuclei di Cure Primarie afferenti
PCAP Savena / S.Stefano Mazzacorati	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA SANTO STEFANO	NCP 10 Santo Stefano 1 NCP 11 Santo Stefano 2
	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA SAVENA	NCP 12 Savena 1 NCP 13 Savena 2 NCP 14 Savena 3
PCAP S. Vitale Poliambulatorio Chersic	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA SAN DONATO SAN VITALE	NCP 15 San Donato 1 NCP 16 San Donato 2 NCP 17 San Vitale 1 NCP 18 San Vitale 2
PCAP Porto/Saragozza S. Isaia	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA PORTO SARAGOZZA	NCP 7 Porto 1 NCP 8 Porto 2 NCP 9 Saragozza
PCAP Navile Via Marco Polo	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA NAVILE	NCP 4 Navile 1 NCP 5 Navile 2 NCP 6 Navile 3
PCAP Borgo/Reno Via Nani	UOC MEDICINA DI BASE ESPECIALISTICA BORGO RENO	NCP 1 Borgo Panigale NCP 2 Reno 1 NCP 3 Reno 2
PCAP San Lazzaro Poliambulatorio	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA SAN LAZZARO	NCP 39 S. Lazzaro di Savena NCP 40 Pianoro, Loiano, Monghidoro NCP 41 Monterenzio, Ozzano dell'E.
PCAP Casalecchio di Reno Via Cimarosa	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA CASALECCHIO DI RENO	NCP 32 Casalecchio Di Reno NCP 33 Sasso Marconi NCP 34 Valle del Lavino NCP 35 Valle del Samoggia
PCAP Porretta Ospedale	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA PORRETTA	NCP 36 Alta Valle del Reno NCP 37 Media Valle del Reno NCP 38 Valle del Setta
PCAP Savena Idice Ospedale Budrio	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA (PIANURA EST) SAVENA IDICE	NCP 23 Minerbio, Baricella, Malalbergo NCP 24 Budrio NCP 25 Molinella NCP 26 Castenaso
PCAP Reno Galliera CdS S.Pietro in Casale	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA (PIANURA EST) RENO GALLIERA	NCP 19 Pieve di Cento, Castello d'Argile, Argelato NCP 20 San Pietro in Casale, Galliera NCP 21 Bentivoglio, San Giorgio NCP 22 Castelmaggiore, Granarolo
PCAP Pianura Ovest Ospedale S.Giovanni in P.	UOC MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA PIANURA OVEST	NCP 27 San Giovanni in Persiceto NCP 28 Crevalcore, S.Agata B. NCP 29 Sala Bolognese, Decima NCP 30 Calderara di Reno NCP 31 Anzola Emilia

I PCAP afferiscono alle Unità Operative, sono collocati sul territorio all'interno delle Case della Salute / Poliambulatori ed hanno come ambiti di competenza le aggregazioni di Nuclei di Cure Primarie.

L'obiettivo generale del PCAP è quello di assicurare la presa in carico territoriale e l'attivazione dei servizi a supporto della domiciliarità.

- Nel Dipartimento di Cure Primarie sono presenti 11 Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP), di cui 5 nell'area cittadina e 6 nelle aree periferiche.

Il PCAP viene attivato su segnalazioni telefoniche e/o informatiche dai Medici di Medicina Generale, famiglie, Servizi Sociali, strutture di ricovero, altri servizi.

Assicura l'attivazione dei percorsi di presa in carico territoriale e dei servizi di supporto alla domiciliarità più appropriati, in base alle condizioni del paziente, al contesto familiare e al tipo di risposte e risorse disponibili sulla base delle segnalazioni ricevute, garantendo.

Un approfondimento del bisogno segnalato

- Una identificazione della rete professionale e del setting assistenziale più appropriato per garantire la continuità delle cure sul territorio
- L'attivazione dei percorsi

Il PCAP valuta inoltre la congruenza delle richieste ricevute, cura il coordinamento delle risposte fornite e mette a disposizione i dati necessari per valutare appropriatezza ed efficienza di percorsi e servizi erogati.

Le figure professionali che compongono il Punto di coordinamento sono l'Infermiere, il Medico del Dipartimento Cure Primarie, l'Assistente Sociale e il Fisioterapista con le seguenti competenze:

Infermiere - Accoglie e decodifica in collaborazione con il team multi professionale del PCAP le richieste di cura favorendo l'accesso ai percorsi dei singoli cittadini. In particolare nel processo di dimissione protetta è garante della sequenza logico temporale delle diverse fasi del percorso, facilita l'interazione fra professionisti e servizi favorendo la circolarità delle informazioni e l'appropriatezza degli interventi.

Medico di dipartimento - Garantisce equità e appropriatezza nell'accesso

ai percorsi. Costruisce relazioni facilitanti con i professionisti di altri enti e/o dipartimenti coinvolti nei percorsi di presa in carico e cura. Cura la relazione interprofessionale nell'ambito della Unità Operativa di Cure Primarie di afferenza offrendo un supporto professionale al Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta nella presa in carico dei bisogni complessi.

Fisioterapista - Partecipa alla valutazione dell'assistito identificando la tipologia e la complessità del bisogno riabilitativo, interviene nella predisposizione del percorso più appropriato e contribuisce alla identificazione del setting più opportuno di cura.

Assistente Sociale - Partecipa, alla valutazione multidimensionale di situazioni assistenziali complesse e particolarmente fragili al fine di definire la modalità più idonea di presa in carico (domicilio, struttura residenziale...) e assicura l'integrazione con i colleghi dei servizi sociali dei comuni/quartieri.

Altre figure professionali che collaborano strettamente con il PCAP sono l'infermiere domiciliare e il Case Manager Territoriale che entrano in merito alla pianificazione degli interventi da attuare.

Collaborano per assicurare una risposta ai bisogni rilevati dal PCAP: Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, che quando necessario, contribuiscono alla Valutazione Multidimensionale; e ancora specialisti territoriali e ospedalieri di riferimento (cardiologo, oncologo, geriatra, ecc) e il Farmacista.

I flussi informativi raccolti dai PCAP rendono evidente il numero di segnalazioni pervenute e le prese in carico in domicilio. Nel grafico riportato

sotto sono riportate le segnalazioni arrivate al PCAP e le relative prese in carico confrontando i primi 9 mesi del 2012 con il 2013.

Conclusione

La rapida evoluzione del contesto epidemiologico nel quale ci troviamo ad agire (invecchiamento della popolazione con conseguente aumento delle patologie croniche) impone un cambio di paradigma : da un modello tradizionale di assistenza sanitaria basato sull'attesa e focalizzato sull'assistenza alle patologie acute ad un sistema organizzativo capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e la loro prevenzione, con un orientamento integrato tra cure primarie e secondarie che sappia essere efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, ma soprattutto centrato sul paziente .

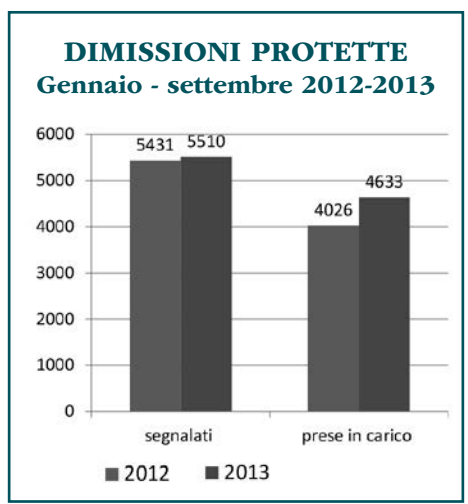
L'esigenza di un modello di presa in carico coordinato, di tipo proattivo, dove le persone malate e le loro famiglie siano implicati nella gestione delle patologie e dove vi sia un orientamento all'integrazione tra professionisti sanitari, setting assistenziali, assistenza sociale e sanitaria, non è più procrastinabile.

All'interno del Dipartimento di Cure Primarie la tendenza all'innovazione culturale ed organizzativa che tende ad un approccio " proattivo" si è concretizzata nel nuovo modello di funzionamento Punto di Coordinamento Assistenza Primaria (PCAP).

In questo nuovo modello si attua il passaggio da un ruolo di "attesa" dei pazienti ricoverati da dimettere ad uno attivo come luogo di coordinamento di interventi per identificare in modo preventivo i soggetti fragili e coordinando la presa in carico per dare una risposta sanitaria o socio sanitaria integrata.

BIBLIOGRAFIA

- Maciocco G., Salvatori P., Tedeschi P., 2010, Le sfide della sanità Americana. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Mislej M., Paoletti F., L'infermiere di famiglia e di comunità, 2008, Maggioli Editore
- Loiudice M., 2003, La gestione del cambiamento in sanità, Centro Scientifico Editore
- Longo F., Salvatore D., Tasselli S., 2010, Organizzare la salute nel territorio, Il Mulino editore



• **La responsabilità dell'infermiere nell'ambito delle infezioni ospedaliere**

Pasquale la Torre
Infermiere

Parma - Luglio 2013

INDICE DEGLI ARGOMENTI

- Definizione Infezioni Ospedaliere (IO)
- Cenni d' eziologia epidemiologia
- Misure preventive
- Aspetti deontologici e giuridici
- Conclusioni
- Bibliografia

DEFINIZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE

Le infezioni ospedaliere sono quelle insorte **durante il ricovero** in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, ne erano in incubazione.

Sono spesso causate da saprofiti ambientali o commensali endogeni, la cui azione è favorita dagli alterati meccanismi di difesa e dalle maggiori possibilità di esposizione dell'ospite.

CENNI DI EZIOEPIDEMIOLOGIA

Tra gli agenti eziologici più diffusi si trovano alcuni patogeni convenzionali e numerosi opportunisti, in modo particolare i batteri gram negativi.

Il largo utilizzo degli antibiotici ha incrementato il **grado di resistenza** dei patogeni e la loro capacità di moltiplicarsi.

Tra gli enterobatteri, la specie più frequentemente responsabile di IO è rappresentato da **Escherichia coli**, seguita da **Klebsiella**, Enterobacter, Serratia. L'emergere della resistenza ai carbapenemi negli enterobatteri costituisce un problema clinico sempre più rilevante, dato che questi antibiotici rappresentano la terapia principale delle infezioni da enterobatteri Gram negativi multi resistenti. Gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) sono molto frequenti in ambito ospedaliero, la mortalità varia dal 20-20% con punte del 70%.

Serbatoi e sorgenti delle IO sono:

- il malato stesso;
- gli altri malati;
- **il personale d'assistenza;**
- l'ambiente.

Le IO si distinguono in "endogene" ed "esogene". Nel primo caso l'infezione proviene dal malato, nel secondo caso

dall'ambiente esterno: personale, altri malati, strumenti, ecc.

La via di trasmissione più frequente è rappresentata **dalle mani**, dove normalmente risiede lo Staphilococcus epidermidis.

Le altre modalità di trasmissione riguardano:

- il contatto tramite goccioline emesse attraverso tosse o starnuto;
- il contatto indiretto attraverso un veicolo contaminante (es broncoscopio);
- il contatto per via area attraverso patogeni che sopravvivono nell'aria e sono trasmessi a distanza.

Circa **l'80% delle IO** interessa quattro sedi: tratto **urinario**, **ferite chirurgiche**, **apparato respiratorio** e **infezioni sistemiche** (sangue).

Secondo stime internazionali accreditate, le IO si verificano nel **5-10% dei pazienti ospedalizzati**, 5% in pazienti residenti in strutture per anziani, 1% nei pazienti assistiti a domicilio. Solo negli USA, le IO sono responsabili di 80 mila decessi l'anno.

L'infezione urinaria rappresenta il **35-40%** di tutte le IO. Negli ultimi anni però, si sta osservando un calo di queste e un aumento delle sepsi e delle polmoniti, conseguenza probabile dell'antibiotico resistenza e dall'aumentato utilizzo dei CVC.

Le IO interessano prevalentemente **l'area critica e quella chirurgica**. I pazienti chirurgici sviluppano il 70% circa di tutte le IO. I pazienti ricoverati in terapia intensiva, sviluppano invece il 20-25%, e sono quelli in cui si verifica il maggior numero di decessi associati ad infezione.

MISURE DI PREVENZIONE

Quando si parla di misure preventive, uno dei riferimenti scientifici più accreditati a livello internazionale è rappresentato dalle **Raccomandazioni dei Cdc d'Atlanta**, che permettono agli operatori sanitari di operare con efficacia e sicurezza.

Le IO possono essere prevenute con l'adozione di buone pratiche assistenziali come:

- il **lavaggio frequente delle mani**;
- l'applicazione di procedure standard durante le manovre invasive (manipolazione dei CVC, ventilazione assistita, linee infusive, ecc);
- il rispetto delle comuni norme igieniche,
- il rispetto delle procedure di sanificazione e sterilizzazione dei presidi;
- il sistema chiuso dei cateteri vescicali;

- l'isolamento protettivo (in casi d'infezioni multi resistenti conclamate).

La prevenzione ha importanti riflessi sulla qualità complessiva dell'assistenza, con ricadute positive sulla **prognosi** del paziente, sugli indicatori di accreditamento e sui **costi** del servizio sanitario.

ASPETTI DEONTOLOGICI E GIURIDICI

La responsabilità è la consapevolezza delle conseguenze dei propri comportamenti e modo di agire che ne deriva. Il concetto definisce la congruenza con un impegno, perché sottintende l'accettazione di qualsiasi conseguenza.

La responsabilità professionale configura una condizione per la quale un soggetto giuridico (es. l'infermiere) può essere chiamato a rispondere di un obbligo assunto in precedenza (es. con il paziente).

Le norme che disciplinano l'attività professionale sono le seguenti:

- il **Profilo professionale** (DM 734/94);
- il **Codice Deontologico** dell'Infermiere (2009);
- gli ordinamenti didattici della **formazione base e post base**.

Le altre norme che disciplinano il quadro complessivo del contesto in cui si esercita la professione e che determinano in modo più completo la responsabilità, sono riconducibili al Contratto di lavoro, alla normativa specifica (es. infezioni, trasfusioni, farmaci stupefacenti) e alle procedure accreditate nell'ambito aziendale.

Il **decreto legislativo n.42/1999 "disposizioni in materia di professioni sanitarie"** definisce la professione infermieristica come "professione sanitaria", elimina il termine "ausiliaria" e abroga, di fatto, il mansionario (DPR 225/74). Quest'ultimo dispositivo implicava **una responsabilità limitata ad alcune mansioni** "a lui consentite".

Con la nuova normativa introdotta dal DL n. 42/99, il concetto di responsabilità non è più racchiuso in una elencazione di mansioni, ma si amplia a una serie di **competenze tecniche, relazionali, organizzative e dirigenziali**, derivanti in prima istanza dalla formazione base, e successivamente post base, specializzazioni, aggiornamento. La definizione delle aree di responsabilità diventa quindi più dinamica, aggiorna i suoi contenuti in riferimento ai percorsi formativi e ai campi d'applicazione della professione.

Lo specifico infermieristico, maturato dal Profilo professionale, è a carattere preventivo, curativo, riabilitativo e educativo.

L'infermiere diventa a pieno titolo **“il responsabile dell'assistenza generale infermieristica”**, che si esplica attraverso un metodo basato su:

- **identificazione dei bisogni;**
- formulazione di obiettivi;
- pianificazione degli interventi;
- gestione delle attività;
- valutazione dei risultati.

Nell'ambito della prevenzione delle infezioni ospedaliere, la normativa di riferimento si richiama alla **Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985 “lotta contro le infezioni ospedaliere”** (novellata dalla Circolare n. 8/1988), dove s'individua l'infermiere come **“figura fondamentale per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere”** e si introduce il sistema di **vigilanza attiva delle IO.**

Hanno valenza giuridica le Raccomandazioni del Consiglio Europeo 09/06/2009, le Linee guida scientifiche e le procedure aziendali accreditate.

Da un punto di vista operativo, la prevenzione delle infezioni ospedaliere da parte dell'infermiere è attuata attraverso misure preventive come il lavaggio delle mani, il rispetto delle procedure di disinfezione-sterilizzazione, l'igiene del malato, il controllo dell'ambiente (es. sanificazione, isolamento), l'adozione di pratiche basate su una documentata efficacia (es. cambio linee infusive).

L'infermiere che ricopre ruoli organizzativi e gestionali (coordinatore, esperto infezioni del Servizio di Igiene ospedaliera, dirigente assistenziale), assume una responsabilità riferibile al piano degli interventi di rilevazione, misurazione, controllo, gestione, informazione, formazione, educazione.

L'accertamento della responsabilità professionale nell'ambito delle infezioni ospedaliere è senza dubbio molto complessa.

Nel caso in cui si verifica un danno (infezione) alla persona, i riferimenti giuridici sono contenuti nel codice civile e penale del nostro ordinamento e nell'orientamento giurisprudenziale del caso in specie.

Gli elementi che definiscono il tipo di responsabilità professionale sono due:

- **il carattere colposo;**
- **la necessaria sussistenza del nesso causa-effetto.**

Nel primo elemento, la colpa professionale si riconduce sostanzialmente alla **negligenza, imprudenza e imperizia.** Esempi pratici sono la condotta superficiale, la mancanza di conoscenze specifiche e/o abilità tecniche, il mancato rispetto delle buone pratiche. Nel secondo invece, per l'accertamento della responsabilità professionale, è fondamentale verificare la sussistenza di un rapporto tra **condotta colposa e il danno subito dalla parte lesa.** Questa valutazione di merito è assegnata all'Organo giudicante.

La condotta colposa può essere attribuita ad un intervento effettuato in modo errato (es. contaminazione di uno strumento durante la manovra invasiva), oppure per una omissione (es. mancato controllo delle scadenze di sterilizzazione di uno strumento). L'infermiere, così come qualsiasi altro professionista, **ha l'obbligo dei mezzi e non del risultato.** Non può garantire che le infezioni non possono insorgere, ma deve fare di tutto per erogare un'assistenza ottimale. Deve dimostrare di aver adottato tutte le misure atte a prevenire il danno.

Se il giudice stabilisce la sussistenza tra la condotta colposa dell'infermiere e il danno subito dal paziente, nella fattispecie l'insorgenza di un'infezione, il professionista può essere chiamato a rispondere **per lesioni colpose (art 590 c.p)** e punito con reclusione, o multa, a seconda della gravità delle lesioni cagionate. Nel caso in cui l'infezione comportasse la morte del paziente, il reato contestato potrebbe essere l'omicidio colposo.

L'accertamento della responsabilità professionale nell'ambito delle infezioni ospedaliere, come accennato in precedenza, risulta essere complesso per la **difficoltà nel trovare il nesso causa-effetto** dovuto principalmente a:

- eterogeneità degli interventi e gli ambienti dove sono effettuati;
- molteplicità dei fattori e degli operatori presi in causa;
- variabilità condizioni cliniche del paziente.
- tempi di incubazione dell'infezione.

In termini pratici l'imputazione, ad esempio, della responsabilità di un'infezione sistemica (sepsi) è molto difficile. Le condotte colpose che concorrono al danno possono essere diverse e verificarsi in tempi, modi e ambienti differenti.

La casistica attuale è ridotta per le difficoltà descritte, ma questo non deve

sviare l'infermiere, facendone sottovalutare il grado di responsabilità, perché la normativa specifica e quella professionale sono in continua evoluzione, aumenta la videosorveglianza diretta delle unità letto, le procedure d'accreditamento istituzionale introducono sempre maggiori strumenti di controllo individuale delle attività assistenziali (es. check list), e infine la giurisprudenza inizia a delineare profili di responsabilità dove sono coinvolte più persone o **l'intera équipe.**

Su quest'ultimo punto, si elencano alcune sentenze emesse dall'Ordine giudicante sulla responsabilità in ordine alle infezioni ospedaliere.

“Logica (art. 2727 cc), comune esperienza (art 115 cpc) e finanche il buon senso inducono a ritenere che l'infezione avvenne in ambiente ospedaliero, sarebbe stato infatti sommariamente implausibile che la paziente (un infermiera), fosse stata imprudente e malaccorta, dopo la dimissione, nel portare la propria ferita a contatto con potenziali focolai di agenti patogeni”
Tribunale Roma 07/11/2004

“Il rischio di infezioni ospedaliere è conosciuto, e proprio per questo sussiste la responsabilità in caso di ricovero non appropriato, in quanto vi è stata una negligente esposizione ad agenti patogeni”.

Sentenza civile Corte di appello di Milano 369/2006

“L'infezione manifestatasi dopo l'operazione chirurgica era verisimilmente dovuta ad un'igiene non accurata della sala operatoria”

Tribunale di Monza 17/07/2006

CONCLUSIONI

Le infezioni ospedaliere insorgono durante il ricovero in ospedale e sono quasi sempre attribuibili ad una carenza del sistema. Incidono negativamente sulla prognosi della malattia e sui costi del servizio sanitario. Ogni anno, solo i risarcimenti costano al Ssn 8 milioni di euro, a questi si aggiungono i costi sociali dovuti al prolungamento della degenza.

Le infezioni ospedaliere possono essere prevenute nella misura del 35% attraverso l'adozione di pratiche sicure e semplici come il lavaggio delle mani e il rispetto delle procedure standard. Gli agenti eziologici più problematici sono i patogeni che hanno sviluppato resistenza agli antibiotici e che in pazienti immunodepressi possono comportare gravissime conseguenze. Tra questi, Klebsiella e Pseudomonas Auriginosa.

La via di trasmissione più frequente è rappresentata dalle mani, in secondo ordine la trasmissione per via aerea e per contagio diretto.

Le infezioni ospedaliere colpiscono in primo luogo l'apparato genito urinario (35-40%), l'apparato respiratorio, la cute e il sangue. Negli ultimi anni si è registrato una diminuzione delle infezioni urinarie e un contestuale aumento di quelle del sangue, probabilmente causate dall'incremento dei cateteri venosi centrali (CVC).

I pazienti più colpiti sono ricoverati nell'area critica e nell'area chirurgica. La responsabilità dell'infermiere nelle infezioni ospedaliere ha assunto un rilievo importante dopo le norme che hanno abolito il Mansionario e hanno introdotto elementi giuridici e deontologici fondati principalmente sulla formazione. La normativa professionale dell'infermiere e quella specifica delle infezioni, incidono più efficacemente nell'individuazione delle competenze e delle responsabilità.

L'accertamento della responsabilità nelle infezioni ospedaliere risulta essere complessa a causa della difficoltà di verificare il nesso causa-effetto e la variabilità dei fattori e dei professionisti presi in causa.

L'evoluzione della normativa specifica, l'accreditamento istituzionale e la recente giurisprudenza, rendono sempre più identificabile e quantificabile l'attività individuale e quella d'equipe.

BIBLIOGRAFIA

"**Infezioni ospedaliere**". Luglio 2002. Supplemento de l'Infermiere n. 7-8/02.

"**Le infezioni ospedaliere: elementi di epidemiologia e prevenzione**". Organizzazione sanitaria 3-4 /2004; 3-26.

"**Prevenzione delle infezioni ospedaliere: strategie efficaci**". E. Rostagno. Ematology meeting reports 2007; 16).

"**Implicazioni medico-legali in tema di infezioni**". Difesa sociale. Vol LXXXII n. 3 (2003) pp 81-100.

"**Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie**" Agenzia sanitaria e sociale regionale E.R, 01/07/2011.

"**Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza**" Progetto INF-OSS 02-01-2010 Agenzia Sanitaria e Sociale Emilia Romagna.

"**I risarcimenti da infezioni ospedaliere costano al Ssn 8 milioni di euro l'anno**". Ipasvi-attualità 15.05.2013.

SITOGRAFIA

- www.epicentro.iss.it
- www.assr.regione.emilia-romagna.it
- www.ipasvi.it

• **La persona affetta da Politrauma.**

Nuovi ruoli e competenze per l'infermiere.

"Sintesi delle consensus dal 2011 al 2013 relative alla Nurse Session"

F. Mugelli - R. Ridolfi

A. Monesi - C. Tacconi

O. Dell'Arciprete -

S. Musolesi - F. Cordenons

Obiettivo raggiunto, punto di arrivo, traguardo, si potrebbe parlare di tutto ciò a ragion veduta, ma in questo particolare caso sarebbe più corretto definirlo come l'individuazione di un punto fermo lungo il cammino, soprattutto se si pensa all'argomento cui ci si riferisce, in che termini se ne parla e il numero di variabili messe in gioco.

Il tema qui trattato ha impegnato il gruppo di lavoro per tre anni allo scopo di determinare una linea di indirizzo valevole per l'infermiere che si trovi a gestire un paziente politraumatizzato e nell'individuazione di una figura infermieristica di riferimento nel percorso clinico assistenziale del paziente dal momento dell'arrivo in ospedale sino al ricovero in Unità Operativa.

Il politrauma rappresenta una patologia ad elevata complessità a cui tutt'oggi non è stato possibile assegnare una definizione univoca ed approfondita. Essa viene descritta come la presenza, nel paziente, "di una o più lesioni traumatiche ad organi o apparati differenti con compromissione attuale o potenziale delle funzioni vitali". L'elevata quantità di variabili che entrano in gioco contribuisce a creare una casistica sempre diversa a cui non è possibile approcciarsi in maniera standardizzata. Si possono comunque identificarne gli elementi comuni e lavorare affinché tutti gli operatori adottino comportamenti condivisi nella totalità dei casi. Dal 2011, nell'ambito del Trauma Update, si è riunito un team di esperti multidisciplinare che, in base alle evidenze scientifiche riscontrate in letteratura, ha fornito riposte ad una serie di domande comprese nel più ampio tema riguardante gli ambiti di competenza infermieristica.

Il progetto ha avuto avvio nel 2011. Il gruppo composto da infermieri e medici con specializzazioni in diversi settori quali anestesia e medicina legale, provenienti da diversi contesti

organizzativi italiani, si è riunito per definire il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente con politrauma, determinandone le caratteristiche del percorso formativo specifico, il livello di autonomia ed evidenziando l'importanza dell'inserimento di una nuova figura di riferimento, denominata Trauma Nurse Coordinator (TNC).

Il team di esperti ha dapprima valutato la reale necessità di garantire continuità assistenziale al malato politraumatizzato considerando le possibili situazioni che si creano dal momento dell'arrivo del paziente in Pronto Soccorso sino al suo ricovero nell'unità operativa di rianimazione o di degenza ordinaria. Essendo il percorso caratterizzato da vari step (prima stabilizzazione, diagnostica in radiologia, trasporto in Unità Operativa, intervento di specialisti etc) si è giunti alla conclusione che sì, il caso richiede sicuramente un elevato grado di continuità assistenziale. Ciò può essere garantito dall'unica figura che rimane sempre presente durante tutto il processo clinico assistenziale, ossia l'infermiere.

In generale viene ritenuto idoneo l'impiego di infermieri con competenze avanzate che abbiano seguito un percorso formativo specifico integrato nel sistema organizzativo di appartenenza, connotato da una base didattica definita "entry level", che introduca al tema dell'assistenza al paziente con trauma, dall'utilizzo di simulazioni, dallo studio dei protocolli e da un riconoscimento formale da parte dell'azienda. Più un infermiere acquisisce nuove competenze, più il proprio grado di autonomia sarà elevato. In riferimento alla prima fase di stabilizzazione del paziente è preferibile l'impiego di infermieri con alti livelli di competenza in quanto l'evoluzione delle condizioni cliniche della persona assistita può portare la stessa a maggiori rischi per la propria salute. Nelle fasi successive il livello di autonomia infermieristica può essere mantenuto mediante la costruzione di protocolli condivisi per i diversi ambiti assistenziali come per esempio quello dell'analgesia. Nello specifico si potrebbe ipotizzare l'inserimento di una figura attualmente non esistente in Italia, ma presente nei Paesi Angloassoni. Il ruolo ricoperto è definito "Trauma Nurse Coordinator" ed è un infermiere con formazione specialistica che ricopre il ruolo di case manager, garantendo in questo modo continuità assistenziale durante tutto il processo diagnostico terapeutico. Egli avrà funzione principalmente gestionale e sarà in grado di pianificare e delegare le attività, promuovere il miglioramento, fornire supporto ai

colleghi, valutare i dati e verificare il raggiungimento degli obiettivi in base alle strategie adottate. La sua formazione è di tipo specialistico e la propria esperienza consta di almeno tre anni nel campo del trauma system in associazione con competenze di ricerca, risk management e conoscenza del sistema di qualità e del registro traumi. Caratteristiche fondamentali di questa figura sono: la comunicazione efficace verbale e non verbale con i pazienti, i famigliari, i colleghi, le capacità di leadership e di problem-solving. Scopo ultimo è di migliorare la rete fungendo da collante tra i servizi multidisciplinari coinvolti.

Pensando alla realtà italiana si potrebbe ritenere proponibile la figura di "trauma case manager", rivestita da un infermiere esperto che abbia acquisito competenze avanzate specifica per i percorsi diagnostico terapeutici per la persona vittima di trauma e che possieda capacità di leadership e comunicazione. Le sue funzioni sono state definite nei seguenti termini:

- Costruisce e supervisiona i percorsi clinico assistenziali evidenziandone le criticità;
- Svolge attività di tutoring/coaching;
- Svolge attività di ricerca e promuove l'implementazione di linee guida e condivisione delle procedure;
- Promuove la raccolta dati e la pubblicazione degli stessi;
- Svolge attività epidemiologica (integrato nel registro traumi)
- Promuove programmi educativi di prevenzione in merito al trauma;
- Promuove la diffusione e condivisione della best practice;
- È un riferimento per il controllo degli indicatori di qualità per l'assistenza;
- Identifica i fabbisogni formativi e progetta di conseguenza lo sviluppo e l'attuazione dei percorsi formativi;
- Collabora con l'area risk management per la patologia traumatica, quale referente.

Durante il Trauma Update si è visto come la continuità assistenziale sia una criticità importante a cui porre maggiore attenzione attraverso miglioramenti organizzativi quali la formazione continua specifica e l'inserimento di una figura di riferimento.

L'ultimo anno, il 2013, è invece stato dedicato alla fase più rischiosa per il paziente politraumatizzato durante tutto il percorso clinico assistenziale, quella in cui la continuità assistenziale e la presenza di un "trauma case management" diventano fondamentali, per il trasporto del paziente, sia esso intra o inter ospedaliero.

Il punto di partenza per definire le caratteristiche del trasporto è la valutazione del paziente, a cui deve essere attribuito il livello di complessità in modo da poter organizzare le fasi successive, mediante l'utilizzo di strumenti condivisi come per esempio la scala suddivisa per classi proposta da SIAARTI. Il personale preposto al trasporto deve essere adeguatamente formato sia in termini di competenze avanzate in riferimento alla patologia presente nella persona assistita e trattata, di conoscenze degli spazi e percorsi nonché dei presidi utilizzati e delle norme di sicurezza. Anche se l'esperienza sul campo è utile al mantenimento delle competenze (ed è proporzionale alla casistica trattata) è necessario promuovere l'esperienza della simulazione e certificarla. Sarebbe auspicabile l'intervento di un team dedicato per il trasporto ma tale eventualità non è al momento applicabile nella nostra realtà.

Per quanto riguarda la strumentazione per il trasporto del paziente politraumatizzato è necessario applicare monitoraggio di FC, FR, NBP, SpO₂, IBP, ETCO₂ a tutti i pazienti dalla classe tre nella scala proposta da SIAARTI, ed aggiungere il controllo della temperatura nei percorsi a lunga distanza. La componente che è indispensabile prendere in considerazione è quella della riduzione dell'errore, che può essere implementata mediante l'utilizzo di check list semplici e condivise e che vengano controllate attraverso audit clinici e feedback al gruppo che le utilizza. La raccolta dati rappresenta un secondo mezzo per analizzare gli eventi ed apportare modifiche se necessarie in modo da ridurre l'errore. In questo caso sarebbe rilevante adottare una scheda clinica integrata dedicata contenente dati pregnanti ed inserirla in un database nazionale.

L'attenzione si è spostata infine verso il trasporto extraospedaliero che, oltre alle indicazioni precedentemente descritte, differisce per il particolare interesse verso il tema della sicurezza personale dell'operatore, che prevede utilizzo di dispositivi di protezione individuale e per il paziente mediante l'uso di cinture di sicurezza e corretta mobilitazione.

Il lavoro al Trauma Update non è ancora terminato, altre variabili necessitano di essere prese in considerazione, e questi aspetti, per quanto subiscano evoluzioni, non possono dirsi mai conclusi.

La bibliografia e documenti relativi gli eventi è possibile visualizzarla alla seguente pagina web: http://www.riaoonweb.it/documenti/update2011/rel_finale.html

Manuale ATLS, American College of Surgeons, Ottava edizione, Chicago 2008

Risk management

• Contenzione Extrema ratio

Gabriella Negrini

**Direttore medico UOC Qualità
Documentazione Sanitaria
AUSL Bologna**

Fonte editoriale: apparso su "Rischio Sanità" n. 49/2013

Introduzione

L'attuazione di misure di contenzione affonda le sue origini lontano nel tempo, nell'ambito dei trattamenti dei disturbi mentali.

In Francia, l'atto di Philippe Pinel - precursore della psichiatria moderna - del 1794 dette avvio a un nuovo modello di cure, liberando da barbari sistemi di restrizione i folli fino ad allora reclusi e prevedendone il trasferimento nei neonati spazi manicomiali dove, peraltro, fecero subito il loro ingresso diversi mezzi di contenzione: sedie, cinture di cuoio, manette, collari, camicie di forza. (1)

Qualche decennio dopo, oltre Manica, lo psichiatra John Conolly sostenne la necessità e la possibilità di una *not restraint psychiatry*, restando, peraltro, inascoltato.

Nel nostro Paese, il Regio Decreto 615/1909 - abrogato dalla legge 180/1978 -, all'articolo 60 disponeva: "nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto.

Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di contenzione".

L'uso dei mezzi di contenzione era in ogni caso vietato nelle case di cura private.

Nonostante le lunghe discussioni sull'abolizione dei mezzi di contenzione, che dagli inizi del '900 ebbero luogo nella comunità psichiatrica italiana, la misura coercitiva rimase pressoché inalterata fino agli anni 70, quando, in epoca di superamento dell'ospedale psichiatrico, venne denunciata e combattuta come espressione di una pratica violenta, disumana, per nulla terapeutica.

L'avvento dei farmaci neurolettici nella terapia delle psicosi ha ridotto il ricorso alle contenzioni meccaniche, anche se il fenomeno si è mantenuto. Nel 1999, il Comitato Direttivo di Bioetica (CDBI) del Consiglio d'Europa

ha prodotto un Libro Bianco sul trattamento dei pazienti psichiatrici¹ nel quale, in tema di contenzione fisica, si sostiene che *“il ricorso a mezzi di breve contenzione fisica dovrebbe essere proporzionato allo stato di agitazione del paziente e al rischio; il personale addetto, inoltre, dovrebbe poter avere una formazione particolarmente approfondita in merito.*

È stato in questo contesto sottolineato che la risposta al comportamento violento di un paziente dovrebbe essere graduale, cioè il personale dovrebbe, in un primo tempo, tentare di rispondere verbalmente, poi, nei casi più eclatanti e per quanto possibile, attraverso la contenzione manuale; e solo come ultima ratio attraverso dei mezzi di contenzione meccanica. Dunque, il ricorso all'isolamento, ai mezzi di contenzione meccanica o ad altre forme di coercizione per periodi lunghi, dovrebbe avvenire solo in casi eccezionali e se non esiste alcun altro modo per porre rimedio alla situazione.

Inoltre, il ricorso a tutte queste misure dovrà essere fatto dietro ordine espresso di un medico o immediatamente comunicato a chi ha l'autorità di approvarlo. Le ragioni e la durata di tali misure dovrebbero essere oggetto di una menzione in un registro appropriato e nel dossier personale del paziente”.

Il nostro Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel parere² formulato in relazione al citato documento del CDBI ha affermato: *“la contenzione e l'isolamento devono essere drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali, in mancanza di alternative o in stato di urgenza, e devono altresì venir limitati nel tempo. Vi è qui una convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico; recenti studi nosodromici sulla patologia da istituzionalizzazione hanno evidenziato che ricoveri protratti cronologicamente negli O.P. favoriscono la cronicizzazione”.*

Nella raccomandazione del Consiglio d'Europa Rec (2004)10,³ relativa alla protezione dei diritti umani e della di-

gnità delle persone affette da disturbi mentali, si è ribadito che restrizioni fisiche e reclusione dovrebbero essere usate solo se strettamente necessarie e solo in strutture appropriate, sotto supervisione medica e con il continuo monitoraggio del paziente.

Ancora il Consiglio d'Europa è intervenuto, nel 2006, sul tema della contenzione nei pazienti psichiatrici adulti, nell'ambito del 16° General Report.⁴ Nel 2010, nel nostro Paese, la Conferenza Stato-Regioni ha licenziato un documento sulla contenzione fisica in psichiatria⁵ in cui si è dichiarata la volontà di *“costruire una strategia di prevenzione della contenzione fisica che si ponga all'interno della prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura e si è sostenuto che la contenzione è un atto anti terapeutico che rende più difficile la cura piuttosto che facilitarla”.*

In ambito non psichiatrico, l'uso della contenzione di persone anziane è un po' più recente.

Uno sguardo qua e là può illuminare sulla estensione del fenomeno e sulla comunanza delle criticità connesse.

Negli USA, una revisione della letteratura di nursing (2), spaziente dal 1885 al 1950, ne ha esposto la diffusa pratica e ha concluso fornendo indicazioni di *evitare il più possibile la contenzione fisica negli anziani.*

Nello stesso Paese, tuttavia, negli anni successivi al 1960 si è avuto un notevole incremento della pratica, con circa il 20% di pazienti di oltre 70 anni sottoposti a contenzione durante la degenza in ospedale per acuti.

Il ricorso così frequente a misure contenitive veniva attribuito a una serie concomitante di fattori:

- aumento dell'età della popolazione assistita;
- perdita del valore sociale degli anziani;
- crescita del numero di anziani con deficit cognitivi;
- adozione di diversi modelli di cura;
- diffondersi tra gli operatori di timori di essere coinvolti in azioni di responsabilità per la cura degli anziani.

Nel 1987, il Nursing Home Reform Act, nell'affermare il diritto *“to be*

free from... any physical or chemical restraints imposed for purposes of discipline or convenience and not required to treat the resident's medical symptoms”, ha disposto una riduzione della contenzione fisica e farmacologica in assenza di giustificazioni cliniche e di apposita documentazione.

Dal 1991 al 2007, le contenzioni giornaliere nelle residenze assistenziali sono passate dal 21% al 5%.

In Australia, una revisione sistematica del Joanna Briggs Institute, del 2002 (3,4) ha esposto i seguenti dati:

- in reparti ospedalieri per acuti, il 10% dei pazienti era soggetto a forme di contenzione per 2,7- 4,5 giorni;
- in residenze assistenziali, i pazienti contenuti variavano dal 12% al 47%, con una media del 27% e una durata della contenzione variabile: il 32% era trattenuto per almeno 20 giorni al mese.

In Francia, nel documento dell'ANAES (oggi Haute Autorité de Santé - HAS) del 2000: *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*,⁶ si sono forniti i seguenti dati:

- prevalenza di contenzioni fisico-meccaniche pari al 7,4 - 17% negli ospedali per acuti;
- pazienti anziani 3 volte più soggetti alla pratica, con cifre oscillanti, negli over 65, tra il 18 e il 22%;
- prevalenza nelle strutture di lunga degenza per anziani variante dal 19 all'84,6 %.

In Germania, un ampio studio sulla contenzione è stato condotto, qualche anno addietro, nelle residenze assistenziali (5).

Delle 308 residenze contattate, 123 hanno aderito a uno studio caso-controllo protrattosi per 3 mesi e caratterizzato da:

- presenza di un agente di cambiamento per ogni residenza partecipante;
- attività educative;
- dotazione di ausili tecnici (*hip protector*, calze antiscivolo, pedane con sensori);
- valutazione di alternative esperibili in ciascun caso (discusse con i familiari o il legale rappresentante del paziente);
- supporto del *team* di progetto allo staff assistenziale.

Per meglio cogliere il rischio di effetti collaterali derivanti dalla contenzione

1. [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dirjur\(2000\)2whitepaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dirjur(2000)2whitepaper.pdf)

2. <http://www.segretariatosociale.rai.it/INGLESE/codici/malattiamentale/librobiancoE.html>

3. http://www.palazzochigi.it/bioetica/eng/opinions/psychiatric_patients.html

4. <http://www.governo.it/bioetica/testi/241100.html>

5. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&Site=CM>

4. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&Site=CM>

5. http://www.regioni.it/it/show-doc_approvato_-_psichiatria_contenzione_fisica_una_strategia_per_la_prevenzione/news.php?id=104535

6. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

nonché il vissuto di un assistito che vi fosse sottoposto, un agente di cambiamento è stato a sua volta volontariamente contenuto.

Lo studio ha mostrato che, nonostante il gran numero di evidenze di inefficacia e di alta incidenza di eventi avversi, la contenzione era ampiamente utilizzata, per una quota oscillante dal 4% al 59%, soprattutto mediante cinture fissanti al letto o alla sedia, sponde al letto, sedie con tavolino fisso.

La giustificazione più comunemente addotta era relativa alla sicurezza del paziente, di cui si intendeva prevenire le cadute, controllare i comportamenti rischiosi, evitare allontanamenti non autorizzati.

I risultati del progetto sono stati:

- netta riduzione delle contenzioni nel gruppo partecipante allo studio;
- presenza di cadute un po' più alta in questo gruppo;
- ugual numero di fratture nel gruppo di progetto e in quello di controllo.

Si è concluso che una riduzione delle contenzioni nelle residenze assistenziali è possibile e che un approccio interdisciplinare - medico - assistenziale - inclusivo di valutazioni etiche e legali può dare i maggiori benefici.

In Norvegia, la contenzione fisica, seppur vietata, dal 2009 è eccezionalmente consentita se il paziente è incapace di dare il proprio consenso o vi è impossibilità di attuare un trattamento sanitario e l'impedimento arrechi danno alla salute dell'assistito, dopo aver esperito tentativi di persuaderlo altrimenti.

Uno studio sulle misure tese a prevenire ed evitare la contenzione ha indicato come significative le seguenti: persuasione, allettamento, distrazione, conversazione, al fine di spostare l'attenzione del paziente da quel che contribuisce alla sua agitazione.

Si è poi evidenziata l'importanza di garantire una congrua consistenza numerica e qualitativa dello staff di assistenza (6).

Nel Regno Unito, il Royal College of Nursing (RCN), nel 2010 si è occupato anche della contenzione di pazienti di minore età, elaborando l'atto di indirizzo *Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people*.⁷

In esso si è osservato come l'espres-

sione *restrictive physical intervention* vada sostituendo il termine *restraint*, tradizionalmente usato per designare la contenzione.

Si è raccomandato di provvedere all'addestramento del personale affinché acquisisca le abilità necessarie per eseguire correttamente le misure contenitive e di rendere disponibile un adeguato numero di operatori.

Nel 2006, il nostro CNB, nel documento "Bioetica e diritti degli anziani",⁸ soffermandosi sulle questioni etiche inerenti il rispetto dell'integrità corporea e morale dell'anziano, ha focalizzato l'attenzione su maltrattamenti, abusi e abbandoni, sino alla vera e propria violenza, e ha osservato che la maleficenza verso l'anziano può "corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo... Tale contenzione è assolutamente riprovevole allorché venga applicata senza un più che giustificato motivo e soltanto ai fini della tutela dell'incolumità della persona. Identico giudizio negativo vale per un ingiustificato isolamento".

Definizione e tipi di contenzione

Diverse possono essere le modalità di attuazione di una misura contenitiva (7).

Si può sinteticamente distinguere i seguenti tipi di contenzione:

- fisica: caratterizzata dall'intervento di uno o più operatori, con contatto fisico diretto con il paziente;
- ambientale: isolamento, limitazione di spazio di movimento;
- chimica, mediante uso di farmaci;
- psicologica (tecniche di *de-escalation*): può comprendere il parlare di continuo con l'assistito per impedirgli di fare qualcosa, oppure sottrargli la disponibilità di alcuni oggetti (occhiali, deambulatori, abiti per uscire...);
- tecnologica, ovvero il ricorso a forme di sorveglianza (per lo più inserite in strategie di controllo dei *missing e wandering patients*) che si avvalgono di dispositivi tecnologici: videocamere, allarmi alle porte, apertura delle porte con codice o con maniglie di difficile gestione per persone con problemi cognitivi, *tag* che innescano allarme all'avvicinarsi a una porta... Seppure non possa dirsi contenzione in senso

stretto, si tratta di mezzi che, nell'esercitare un controllo sulla sfera di libertà del paziente, possono poi costituire l'innescò di una contenzione vera e proprio, quando si attivi un allarme.

- Meccanica, mediante sponde al letto, sedia con corpetto o tavolino avvolgente, mezzi bloccanti segmenti corporei (polsiere, cavigliere) o determinanti una postura obbligata (cuscini anatomici, divaricatori).

Nel citato documento dell'ANAES: *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*,⁹ riferito a persone di età maggiore di 65 anni, ancora in grado di muoversi, ospiti di un ospedale o di una residenza, con esclusione dei pazienti con problemi psichici non legati all'età, si opera un'ulteriore distinzione nell'ambito di quella che viene definita contenzione fisica delle persone anziane tra:

- contenzione posturale, tesa a far mantenere una postura corretta nell'ambito di un trattamento riabilitativo;
- contenzione attiva, realizzata da un fisioterapista per preparare la verticalizzazione di un paziente dopo una fase protratta di allettamento;
- contenzione passiva, caratterizzata dall'impiego di vari mezzi, metodi o divieti che impediscono o limitano la capacità di movimento volontario del corpo o di una sua parte, a fini di sicurezza.

Date le diversità tipologiche, è indispensabile una delimitazione del concetto di contenzione.

In letteratura si rinvencono varie definizioni, non del tutto coincidenti.

Eccone alcune:

- nel citato Nursing Home Reform Act USA del 1987, la contenzione è definita come metodica, manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti o la normale accessibilità al proprio corpo;
- restrizione intenzionale dei movimenti volontari di una persona o del suo comportamento (inteso come azioni pianificate o intenzionali piuttosto che inconsapevoli, accidentali o riflesse), secondo il documento in-

7. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0016/312613/003573.pdf

8. <http://www.governo.it/bioetica/testi/anziani.pdf>

9. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

glese *Showing restraint: challenging the use of restraint in care homes* del 2002 (8);

- *the use or threat of force to help do an act which the person resists, or the restriction of the person's liberty of movement, whether or not they resist*, per il Mental Capacity Act del 2005, vigente in Inghilterra e nel Galles;
- limitazione del movimento o limitazione della libertà, ancorché molte pratiche assistenziali possano comportare limitazione dei movimenti - es.: doccia gessata in fratturato..., secondo il Royal College of Nursing inglese;
- ogni mezzo connesso o vicino al corpo di una persona, che non può essere controllato o facilmente rimosso dalla persona stessa ed è destinato a prevenirne i liberi movimenti in una posizione di sua scelta e/o il normale accesso al suo corpo, secondo il Joanna Briggs Institute.

Se il fattore comune è individuabile in una limitazione della sfera di libertà di una persona, si evidenzia peraltro un prevalente riferimento ad alcuni tipi di contenzione: meccanica e fisica, in particolare.

Se pure concentriamo l'attenzione sulle misure meccaniche, le incertezze sul dove porre il confine tra quel che costituisce trattamento contentivo e quel che non lo è non sono del tutto fugate.

Possono essere ritenuti provvedimenti di contenzione quelli impiegati con il consenso del paziente?

Nel manuale di deontologia medica di Tavani et al. (9) si afferma che *la contenzione trova la sua giustificazione "quale azione diretta a tutelare la salute dell'assistito, vuoi esperita con il suo consenso partecipato ovvero di chi legalmente lo rappresenta, vuoi condotta in evidente ed effettivo stato di necessità, per periodi di tempo limitati, nel rispetto, comunque, della dignità e dei diritti dell'assistito medesimo.*

Secondo questo autore, l'elemento "consenso" non sarebbe dirimente, di per sé, per stabilire se si tratti o meno di misura contentiva, ma sul punto non vi è affatto univocità di visioni.

Davanti a un paziente che non acconsente a trattamenti ritenuti utili o non li tollera, prima di decidere per una misura contentiva, Ann Gallagher (10) propone un approccio basato su 4 pilastri:

1. le indicazioni del trattamento: qual è la diagnosi, quali le opzioni di

trattamento con le rispettive prognosi?

2. Le preferenze del paziente, se in grado di intendere e volere. Se non lo è, qual è il suo miglior interesse?
3. La qualità di vita: il trattamento sanitario proposto potrà migliorare la qualità di vita del paziente oppure il peso e i rischi a esso correlati superano i potenziali benefici?
4. Il contesto: quali elementi culturali, religiosi, legali, di contorno influenzano la decisione?

Dalle risposte date a tali interrogativi si trarranno elementi utili per decidere se l'intervento sanitario debba essere perseguito e, se sì, con l'ausilio di quale misura contentiva.

La contenzione può essere allora qualificata come trattamento sanitario? Senza disperderci in dissertazioni sull'areale del concetto di trattamento sanitario, possiamo assumere che la contenzione:

- non si configuri quale trattamento curativo, al più di prevenzione di situazioni pericolose per l'assistito e/o per terzi;
- sia, in ogni caso, intervento che unanimemente si ritiene debba essere disposto da un professionista sanitario - medico, in primis.

In assenza del consenso del paziente - se in grado di esprimerlo validamente -, la contenzione può essere ascritta al genere del trattamento sanitario obbligatorio, come disciplinato dagli articoli 33 e 34 della legge 833/78?

Gli interventi sanitari obbligatori possono essere attivati solo in via di eccezione rispetto al generale principio della libertà dei trattamenti sancita dall'art. 32, comma 2 della Carta Costituzionale, quando il dovere di attivarsi a beneficio di un paziente sia stimato prevalente sul rispetto della sua libertà, entro i limiti definiti dall'ordinamento.

Nel richiamato art. 33 della legge 833/78 si prevede tuttavia che, anche nel caso di un trattamento sanitario obbligatorio, si adottino iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione del paziente.

In talune realtà psichiatriche, il ricorso alla contenzione meccanica avviene in conformità alle procedure che disciplinano il TSO; ma nella più parte dei casi non si registra una tale assimilazione.

L'Associazione Svizzera di Scienze Mediche, nelle *Direttive medico-etiche su misure di contenzione in medici-*

na del 2005,¹⁰ ha distinto le misure di limitazione della libertà da quelle coercitive.

Per "*misura coercitiva si intende ogni tipo di intervento che va contro la volontà dichiarata del paziente o che provoca la sua opposizione o che è contraria alla sua presunta volontà (nel caso in cui il paziente non sia in grado di comunicare). Sono parimenti considerate misure coercitive misure meno costrittive, quali il fatto di costringere un paziente ad alzarsi, a mangiare o a partecipare a una seduta terapeutica. In generale, queste misure sono soggette alle stesse regole.... Nella pratica si può fare la distinzione tra limitazione della libertà e trattamento coercitivo...*

Si parla di limitazione della libertà quando la restrizione riguarda soltanto la libertà di movimento (es.: internamento in un'istituzione chiusa). Importanti limiti alla libertà sono la contenzione (es.: con cinture) o l'isolamento (es.: camera di isolamento)... Quando, oltre alla limitazione della libertà, si interviene anche contro l'integrità fisica di una persona (es.: nel caso in cui un trattamento medico è effettuato con la coercizione o con la forza), allora si parla di misura coercitiva medica con violazione dell'integrità fisica. In questo frangente si utilizza il termine trattamento coercitivo.

Affermato che le misure coercitive costituiscono in ogni circostanza una grave infrazione al diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale dell'individuo, si aggiunge poi: sebbene in medicina l'impiego della non-coercizione sia un obiettivo prioritario, le misure coercitive non sono sempre eludibili e vanno viste come l'ultima ratio. Se il paziente è considerato un serio pericolo per sé o per il prossimo, tali misure rappresentano a volte il solo mezzo a disposizione per evitare danni più gravi. Le misure coercitive mediche racchiudono sempre un conflitto tra diversi principi medico-etiche: se da un lato vige l'idea che «bisogna dare aiuto», rispettivamente che «non bisogna nuocere», dall'altro occorre salvaguardare, nei limiti del possibile, l'autonomia del paziente. Di regola, ogni atto medico presuppone il consenso del paziente (informed consent). Ecco perché le misure coercitive devono essere applicate soltanto in casi eccezionali.

10. http://www.samw.ch/fr/Not_In_Navigation/DirIt.html → documento: Misure coercitive in medicina

In situazioni di urgenza, quando il paziente rappresenta un pericolo per sé o per il prossimo, la necessità di misure coercitive non è in sostanza contestata. La questione diventa più problematica in situazioni che non hanno carattere urgente, in cui sono però messi in primo piano particolari legati alla sicurezza o alla salute, segnatamente in geriatria e in psichiatria. In questo ambito è spesso difficile determinare in modo chiaro se la restrizione dei diritti dell'individuo e della sua libertà, cioè la violazione momentanea dell'autonomia del paziente «per il suo bene», giustifichi veramente una misura coercitiva».

Proseguendo nei porci interrogativi, un ulteriore riguarda le pratiche di limitazione dei movimenti indispensabili per l'esecuzione di alcuni trattamenti sanitari (ad es.: fasce sul lettino operatorio, gessi ortopedici...) e quelle che limitano solo parzialmente gli spostamenti (es.: spondine che proteggono metà del letto...).

Sono tutte da ricondurre a misure contentive? Secondo qualche autore (11), la risposta è negativa.

Nella prima serie di esempi, si tratta di misure integrative di un intervento che non può prescindere e che soggiace all'assenso del paziente.

Negli altri casi, non si ravvisa una vera e propria restrizione della sfera di libertà personale.

Aspetti deontologici, etici, giuridici

La pratica professionale dovrebbe sempre essere sorretta da alcuni principi basilari:

- rispettare i diritti delle persone;
- tener conto delle loro volontà e dei loro valori;
- ottemperare ai doveri del proprio ruolo;
- agire con competenza e consapevolezza, valutando le conseguenze delle proprie azioni;
- ridurre i rischi e perseguire il miglior interesse per l'assistito.

Una disamina dei molteplici aspetti deontologici, etici e giuridici correlati alla contenzione può aiutare a comprendere la differenza tra misure inaccettabili o abusive e quelle giustificate (12).

Innanzitutto, va richiamato l'art. 13 della nostra Costituzione, che statuisce essere la libertà personale inviolabile e che "non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi

altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge".

A seguire, l'art. 32 Cost. il cui 2° comma dispone che "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Pur in un ambito di restrizione della sfera della libertà personale, quale il carcere, dispone il DPR 230/2000 - regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà, all'art. 82, che la coercizione fisica debba effettuarsi sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche.

A livello deontologico, il codice dei medici del 2006, all'art. 18 - Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica - prevede che "i trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze".

Lo stesso codice, all'art. 51, 2° comma, precisa che "in caso di trattamento sanitario obbligatorio, il medico non deve richiedere o porre in essere misure coattive, salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge".

Il Codice deontologico dell'infermiere del 2009, all'art. 30 afferma che "l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali".

Poiché tratto comune delle misure contentive è una limitazione della sfera di libertà delle persone, escludendo i casi di consenso di queste ultime, occorre considerare come la contenzione possa conciliarsi con le norme poste a garanzia della libertà personale, della dignità di ogni individuo e della tutela della sua salute.

Al proposito, osserva il giurista Grassi (13) che "la coercizione fisica può essere esercitata nell'ambito di un rapporto di diretto confronto con il paziente, misurandosi con lui per fargli superare una situazione di crisi, ma - occorre precisare - riconoscendone la sua soggettività, i suoi diritti e i suoi

bisogni, anche se espressi in modo convulso e violento.

Deve trattarsi però soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, non già un'iniziativa fine a sé stessa, bensì la premessa di interventi propriamente sanitari, immediatamente successivi.

Da un punto di vista giuridico, questa forma di coercizione, che in astratto potrebbe dar luogo a reati, può essere giustificata dall'art. 51 del codice penale, che disciplina lo stato di necessità.

Nel caso in cui il paziente abbia tenuto comportamenti eteroaggressivi, potrà valere anche la scriminante della legittima difesa.

In genere, ma non necessariamente, questi interventi coercitivi sul paziente avvengono nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio".

Le decisioni giurisprudenziali sul tema non sono numerose, "non solo perché le condizioni soggettive delle persone offese sono spesso tali da non consentire loro neppure di proporre denuncia, ma anche perché in vaste aree culturali viene tuttora dato per scontato che sia del tutto lecito contenere con la forza i soggetti disturbati psichicamente, i tossicodipendenti, gli anziani affetti da demenza senile.

Peraltro la giurisprudenza ha fissato definitivamente alcuni punti. In primo luogo che l'infermo va salvaguardato nelle sue libertà essenziali, per quanto queste possano risultare compromesse dalla malattia...

Ciò che manca ancora è la diffusa consapevolezza che la contenzione sia comunque illecita, indipendentemente dai suoi effetti lesivi o dalle sue modalità esecutive, quando superi quel limite minimo di contenimento fisico, diretto ed immediato, scriminato sulla base di una rigorosa interpretazione dell'art. 54 c.p.

L'art. 54 c.p. ... vale a scriminare quelle forme di contenimento fisico del paziente strettamente necessarie per contrastare una situazione di crisi improvvisa ed acuta, quando vi sia la necessità di salvare sé o altri (e perciò, ovviamente, anche il paziente stesso) da un danno grave alla persona, quando il pericolo non sia altrimenti evitabile e sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo...

Questa concezione... appare l'unica compatibile con l'art. 13 della Costituzione...

Né il trattamento sanitario obbligatorio (che pure è autorizzato dal giudice

e perciò soddisfa l'art. 13 Cost. nella parte in cui prescrive che ogni limitazione della libertà può essere disposta o convalidata unicamente dall'autorità giudiziaria) consente di per sé la contenzione al di fuori dei limiti dello stato di necessità". (13).

Sotto il profilo etico, da un parere espresso in materia di contenzione nel dicembre 1998 dal Comitato di bioetica dell'AUSL di Bologna si traggono le seguenti osservazioni: "nelle situazioni cliniche in cui una limitazione della libertà fisica può proporsi, emerge come frequentemente alla misura contentiva sovente si giunga a motivo di inadeguatezza di risorse assistenziali (personale, congiunti che accudiscano il malato, presidi di ausilio,...).

Occorre considerare sempre la intrinseca pericolosità delle misure contentive che, lungi dallo sminuire il carico assistenziale, determinano la necessità di una ancor più accurata sorveglianza.

In presenza di reale pericolo per il malato (es.: da movimenti inconsulti in portatore di CVC, di drenaggi ...) o di pericolo che il malato può creare ad altri pazienti, il medico, valutata ogni alternativa assistenziale, se non intravede altra soluzione, può adottare il provvedimento contentivo, informandone i congiunti - ma senza subordinazione al loro assenso - e motivando la sua decisione in cartella clinica.

Il sacrificio dell'autonomia del paziente è eticamente accettabile, quale scelta residuale, solo se controbilanciato da una concreta beneficalità diretta al paziente medesimo oppure rivolta ad altri assistiti".

Sul rapporto tra norme giuridiche e discipline deontologiche ha avuto occasione di pronunciarsi il CNB, nel resoconto dell'attività dei suoi primi 15 anni¹¹ -1990-2005-, sostenendo che si tratti di "un rapporto tra piani sovrapposti, che in parte combaciano, in parte no. Il piano deontologico è superiore, ha una vista più ampia e più elevata, va oltre la prospettiva giuridica: laddove la legge mi impone di rispettare i confini della libertà dell'altro, la deontologia mi chiede di rispettarli, ma magari oltrepassandoli, ovvero interessandomi dell'altro in modo non comune.

Potrebbe essere questo il caso della contenzione, dove un'azione che nel

resto della società è addirittura un reato, qui diviene un comportamento positivo, purché applicato nei limiti del rispetto della dignità della persona e nel suo interesse terapeutico. In questo "guardare oltre" è fondamentale che vi sia in sottofondo, che si senta sempre e comunque, l'interessamento verso l'altro dettato da valori profondi, professionali, non dal semplice senso del dovere; che vi sia la tensione a un impegno verso l'altro, piuttosto che il semplice non arrecargli danno ...".

Le questioni etiche connesse alla contenzione sono state oggetto di riflessione anche oltre confine.

Il Nuffield Council on Bioethics inglese ne ha trattato in rapporto alla demenza in uno specifico report del 2009¹² e, con richiamo alle previsioni del Mental Capacity Act del 2005 - vigente in Inghilterra e nel Galles - ha raccomandato un uso circoscritto alle sole situazioni in cui sia necessario per prevenire danni alla persona incapace, sempre che la misura sia proporzionata alla probabilità e alla severità del danno a cui il paziente potrebbe andare incontro.

Il Council, constatata la carenza di indirizzi puntuali, soprattutto riguardo a quel che può riguardarsi come mezzo proporzionato, ha poi caldeggiato l'adozione di guide che servano da ausilio per le decisioni dei professionisti. In Francia, nel più volte citato documento *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* si riconosceva:

- una sostanziale carenza di informazione in materia nel Paese;
- l'assenza di indicazioni operative e raccomandazioni specifiche nei programmi di formazione dei professionisti sanitari;
- una crescita rilevante del suo utilizzo, prevalentemente per prevenire le cadute e controllare stati di agitazione;
- l'esistenza di non pochi problemi eticogiuridici a essa correlati, in rapporto sia alla limitazione della sfera di libertà di una persona sia ai rischi conseguenti alla sua applicazione, specie se protratta nel tempo.

Dall'insieme degli elementi qua e là tratti si evince una sostanziale convergenza di opinioni relativamente alle condizioni richieste per ritenere legittimo un provvedimento contentivo.

Di fronte a una situazione non altrimenti controllabile, caratterizzata da concreto, significativo rischio per il paziente o per terzi (inclusi gli operatori sanitari), si impone sempre di valutare - e, se possibile, eseguire - ogni provvedimento alternativo alla misura contentiva, a cui ricorrere solo come *extrema ratio*, non essendo diversamente bilanciato il *vulnus* della limitazione della libertà del paziente.

Un uso non corretto della contenzione può integrare diverse forme di reato: dalla violenza privata all'abuso dei mezzi di correzione e di disciplina, dal sequestro di persona ai maltrattamenti, dalle lesioni personali alla morte come conseguenza di altro reato, all'omicidio.

Da proscrivere assolutamente una contenzione attuata per intenti di disciplina, di convenienza, di rappresentanza o di inadeguatezze del sistema assistenziale.

Emblematica, a quest'ultimo riguardo, la sentenza 42645/2004 della Cass. Pen. sez. V, a proposito di medici che "ordinavano abitualmente di legare i pazienti ai letti come comoda misura ordinaria di contenzione giustificata dalla sola mancanza di personale sanitario sufficiente".

Sempre doverosa una corretta informazione del paziente, se in grado di intendere, volta a spiegare le ragioni del provvedimento proposto e a ottenerne l'accettazione.

L'informazione estesa anche ai familiari o ai *caregivers* può contribuire a una miglior relazione di cura.

Uno studio ha evidenziato che anche i pazienti deliranti sottoposti a contenzione, più tardi, hanno ricordato le spiegazioni loro date dagli infermieri (14).

Quando poi fosse lo stesso paziente, capace di intendere e volere, a chiedere una contenzione meccanica: spondine o altro mezzo, per sentirsi più sicuro, lo staff dovrebbe prendere in considerazione la volontà manifestata dall'assistito, cercare di comprenderne le ragioni, valutare le alternative realmente esperibili per superare il problema esposto e, solo se dalla valutazione rischi-benefici emergesse una prevalenza dei secondi, dovrebbe acconsentire.

Coerenti con l'impostazione su esposta sono anche gli *Standards on Restraint and Seclusion/Nonviolent Crisis Intervention* adottati negli USA da Joint Commission (15), secondo cui l'organizzazione deve usare la contenzione

12. <http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Nuffield%20Dementia%20report%20Oct%2009.pdf>

11. <http://www.governo.it/bioetica/eventi/BIOETICA15anni.pdf>

come ultima spiaggia, solo quando può essere clinicamente giustificata o se il comportamento del paziente minaccia la sicurezza sua, del personale o di terzi, senza consentirne, peraltro, una prescrizione al bisogno.

Pratica e sicurezza clinica

Da tempo si sono posti in discussione alcuni miti sulla contenzione, quale pratica volta a garantire protezione da cadute e lesioni, risparmio di tempo per il personale e riduzione dei costi dell'assistenza.

Per contro, sono stati documentati sempre più diffusamente eventi indesiderati (16, 17) che, seppur diversamente correlati al tipo di contenzione e alla durata della stessa, si sono manifestati come: lesioni nervose, riduzione del tono cardiovascolare e muscolare, riduzione della capacità respiratoria, riduzione della densità ossea, lesioni da pressione, depressione e comportamenti aggressivi, alterazioni cognitive, incontinenza urinaria, stipsi, strangolamento, incarcerazione tra le spondine del letto, morte.

La mancanza di robuste evidenze a supporto del ricorso alla contenzione meccanica, in aggiunta alle conseguenze negative e alla frequente indisponibilità di alternative concretamente attuabili (ad es: insufficienza di personale di assistenza, mancanza di figure parentali di fiducia...) rende complessa la decisione da adottare (18).

Per minimizzare il rischio di danni, si conviene in letteratura che occorra:

- curare la formazione del personale sanitario affinché disponga delle conoscenze e delle abilità necessarie;
- garantire la corretta applicazione dei mezzi: per la contenzione meccanica si devono utilizzare dispositivi *ad hoc* e non improvvisati (es.: lenzuola o bende ad altro destinati e adattati a uso contentivo), nel rispetto delle raccomandazioni del produttore;
- optare per la modalità meno restrittiva;
- ridurre il tempo di adozione del provvedimento contentivo quanto più possibile;
- controllare periodicamente il paziente.

Unanime l'avviso anche sul soggetto a cui rimettere la decisione del provvedimento contentivo: il medico responsabile del caso e, solo in sua assenza e per situazioni urgenti, i professionisti dell'assistenza, nel rispetto di regole cornice stabilite dai responsabili

dell'organizzazione e con tempestivo avviso del medico responsabile.

La prescrizione medica del provvedimento dovrebbe essere registrata nella documentazione sanitaria del paziente, corredata quanto meno delle seguenti informazioni:

- motivazione;
- menzione dell'informazione fornita al paziente e della risposta ottenuta;
- valutazione ed eventuale attuazione di misure alternative;
- tipo di trattamento;
- come debba essere attuato: da parte di chi, dove, quando, con quali precauzioni...;
- durata e condizioni che ne determinano il venir meno;
- misure di sorveglianza da seguire;
- accertamenti (es.: saturimetria) e terapie (es.: antitrombotica) da attuare.

Il medico può demandare all'infermiere di interrompere la contenzione al venir meno delle condizioni che l'hanno indotta.

Alla prescrizione dovrebbe seguire un accurato piano assistenziale, teso a monitorare il paziente per rilevare problemi ed eventi che suggeriscano una modifica del provvedimento in essere.

Medici e infermieri sono poi tenuti a documentare (con cronodatazione e firma o sigla) le valutazioni rispettivamente effettuate (controllo clinico, valutazione dei bisogni assistenziali...) e gli interventi attuati nel corso della contenzione nonché gli esiti della stessa (19, 20, 21, 22).

In tal senso si esprime, ad esempio, la circolare 16/2009 della Regione Emilia Romagna, di disciplina delle contenzioni fisiche nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.¹³

In derivazione dalla richiamata circolare, nell'Azienda USL di Bologna è stata adottata una procedura, specifica per l'ambito della degenza psichiatrica, nella quale si afferma che la contenzione meccanica richiede un'alta intensità assistenziale con necessità di:

- una verifica del permanere delle condizioni che l'hanno richiesta, di norma, a cadenza non superiore alle 2 ore;
- l'esecuzione di un iniziale prelievo ematico e di urina per i test di laboratorio di base e la ricerca di meta-

boliti di sostanze d'abuso; un ECG se vi è indicazione medica;

- la rilevazione di parametri vitali (pressione; frequenza cardiaca, saturimetria...) di norma ogni 2 ore, salvo diversa indicazione medica;
- la rilevazione dei bisogni assistenziali (eventuali alterazioni delle funzioni evacuative da segnalare tempestivamente al medico specie per le contenzioni protratte; atteggiamento alimentare: voracità, capacità di ingestione; postura, per prevenire possibili complicanze quali soffocamento o *ab ingestis*).

Se la contenzione dura più di 3 ore, va sempre instaurata la profilassi antitrombotica e reperita una via venosa per garantire idratazione, salvo diversa prescrizione medica.

Un controllo medico della situazione complessiva del paziente va attuato con cadenza non superiore alle 3 ore e quando il personale infermieristico lo richieda, in ogni caso al cambio dell'équipe clinicoassistenziale.

In aderenza alle indicazioni poste dalla regione, è stato istituito un registro delle contenzioni su cui sono riportate gran parte delle informazioni annotate nella documentazione dell'assistito. Una revisione periodica delle misure contentive è attuata con il coinvolgimento di tutto il personale dell'unità operativa interessata e, per le contenzioni che si protraggano oltre le 24 ore va data segnalazione al direttore sanitario e al direttore di dipartimento, in funzione di una riconsiderazione ravvicinata del caso.

Ogni 6 mesi tutte le contenzioni devono poi essere riesaminate da un apposito gruppo di lavoro interdisciplinare.

Interessanti suggerimenti pratici sono presenti nel più volte menzionato documento *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* nonché nell'ulteriore elaborato dell'ANAES: *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité*¹⁴ del 2004.

Un'ulteriore fonte di spunti di riflessione è data anche dal report dell'audit clinico condotto dalla HAS nel 2006, in tema di riduzione delle contenzioni meccaniche nelle persone anziane.¹⁵

13. http://www.saluter.it/dipendenze/normativa/dal-2005-al-2009/direttiva_contenzione_22_ottobre_2009.pdf

14. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf

15. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/cppa_-_rapport_final_.pdf

Per raggiungere l'obiettivo di una contrazione delle misure contenitive, perché davvero divengano ovunque un intervento eccezionalmente necessario, occorre una strategia d'approccio non improvvisata¹⁶ (23, 24).

Prima di ogni altro intervento, si pone la promozione di un contesto culturale favorevole, in presenza di una convinta determinazione dei responsabili della struttura interessata, con apertura al confronto con i pazienti e i loro familiari e rappresentanti.

Al di là delle conoscenze e delle abilità dei singoli professionisti nella gestione dei provvedimenti contentivi - da acquisire e mantenere attraverso adeguati momenti formativi e di aggiornamento - vanno attentamente considerati gli aspetti organizzativi, per l'influenza derivante da fattori strutturali e dalla dotazione di personale una cui inadeguatezza quantitativa rappresenta un indubbio ostacolo.

Una sistematica rilevazione delle pratiche contenitive e degli effetti negativi da essa derivanti va posta in essere per avere sempre il polso del fenomeno e poter intervenire prontamente in senso migliorativo.

Casistica

Una carrellata di esempi che possono aiutare a riconoscere i sottili confini delle contenzioni ammissibili è contenuta nel citato documento del RCN: *Let's talk about restraint. Rights, risks and responsibility* (7).

Eccone una sintesi, adattata.

- 1) A seguito di ricovero in Unità di terapia intensiva coronarica, per problema cardiaco, una paziente sviluppa un'alta pressione arteriosa e viene prescritta sedazione. La sedazione, in tal caso, non ha carattere contentivo bensì è diretta a trattare la patologia: si tratta quindi di un supporto a un trattamento sanitario.
- 2) Post ricovero per un problema cardiaco, un paziente con demenza non riesce a orientarsi e si muove in continuazione. Dopo 2 notti senza riposo, le sue gambe sono diventate molto edematose e si teme che le condizioni cardiache peggiorino. Si prescrive sedazione. La sedazione è da riguardarsi come una misura contentiva, in quanto diretta a controllare il comportamento del paziente, seppure giu-

stificata sul piano etico e legale.

- 3) Un anziano ospite di una residenza assistenziale non riesce a riposare la notte e si aggira per la struttura cercando la moglie. Per il personale è difficile sostenere tale situazione e si chiede al medico di prescrivere sedazione. In tal caso, la sedazione si profila come un trattamento contentivo difficilmente giustificabile in quanto avrebbero dovuto essere tentate altre soluzioni (rassicurare il paziente, stargli vicino e parlargli...).
- 4) Dopo una serie di *strokes*, un'anziana paziente di un reparto di riabilitazione ha bisogno di assistenza e di un sollevatore per uscire dal letto. Non è in grado di esprimere le sue necessità; la notte non riposa, ha spasmi muscolari ed è a rischio di caduta dal letto. Gli infermieri mettono spondine per evitare la caduta. In tal caso, non si tratta di contenzione in senso proprio perché le sponde non mirano a limitare i movimenti volontari o le azioni che la paziente voglia compiere, bensì i movimenti involontari che potrebbero metterla in pericolo.
- 5) Un'anziana paziente di una lungodegenza, post frattura di femore da caduta, non è stabile nei movimenti. I familiari temono che un'altra caduta potrebbe esserle fatale e chiedono di mettere le sponde al letto, di notte, in quanto la signora vuole alzarsi da sola per andare in bagno. Si tratterebbe di trattamento di contenzione difficilmente giustificabile perché potrebbero essere cercate alternative...
- 6) Sara lavora in una residenza per anziani dove è ospite la Sig.ra Verdi, affetta da morbo di Alzheimer, tranquilla e apparentemente contenta di essere là. L'ospite ha un po' di febbre e viene richiesta visita medica. Nel frattempo, la signora diventa molto agitata e vuole uscire dalla struttura, pensando di essere giovane e di avere lasciato i figlioletti a casa soli. Sara ha cercato di rassicurarla e ha telefonato alla figlia chiedendole di raggiungere la madre ma l'ansia della paziente la porta a respingere l'infermiera e a voler uscire a ogni costo. Sara prevede che, se la lasciasse uscire, non sarebbe in grado di

provvedere a sé stessa e si procurerebbe danni.

Impedire alla paziente di uscire viola il suo diritto di libertà, ma questo deve essere valutato alla luce del rischio di danno che può verosimilmente derivarne.

Sara decide di impedire l'uscita.

Per ridurre il disagio della paziente, chiama una collega perché la accompagni a fare un giro, in attesa della figlia, rassicurandola che i suoi familiari sono al sicuro a casa. Comportamento giustificato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alberti F. La Contenzione fisica nei reparti ospedalieri: strumento terapeutico? Considerazioni etiche, medico-legali e giuridiche. *Professione. Cultura e pratica del medico d'oggi*; 2007, 7: 10-14.
- 2) Regione Emilia Romagna. Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti affetti da demenza. 2000
http://www.google.it/url?q=http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/guide/protocolli-per-la-terapia-e-la-gestione-delle-problematiche-assistenziali-dei-pazienti-affetti-da-demenza&sa=U&ei=HNB_UcnGLqvn4QTy24GQBA&ved=0CBwQFjAA&usg=AFQjCNFRDQytZk4gx0eae9d1xGaxRIQUpQ
- 3) Joanna Briggs Institute. Best Practice. Physical Restraint – Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review. 2002, Vol. 6 Issue 3.
- 4) Joanna Briggs Institute. Best Practice Physical Restraint – Part 2: Minimization in Acute and Residential Care Facilities Systematic Review. 2002, Vol. 6 Issue 4.
- 5) Koczy P et al. Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *JAGS*; 2011, 59: 333-339.
- 6) Gjerber E et al. How to avoid prevent coercion in nursing homes. A qualitative study. *Nursing Ethics*; 2013 Feb 26, on line DOI 10.1177/0969733012473012.
- 7) Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights, risks and responsibility. 2008.
http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/157723/003208.pdf
- 8) Clarke A, Bright L. Showing restraint: challenging the use of restraint in care homes. London: Counsel and Care, 2002
www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=7248cf19-a352-4e8f-922d-536c420d72cc
- 9) Tavani M, Picozzi M, Salvati G. Manuale di deontologia medica. Giuffrè Ed., Milano, 2007.
- 10) Gallagher A. Ethical issues in patient restraint. *Nursing Times*; 2011, 107, 9: 18-20.

16. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

- 11) Desinan L, Bellini G. I mezzi di contenzione fisica nelle strutture residenziali per anziani: compiti e responsabilità dell'équipe transdisciplinare. Riv. It. Med. Leg; 2010, 2: 383- 396.
- 12) Dodaro G. Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidiario. Riv It Med Leg; 2011, 6: 1483-1518.
- 13) Grassi L, Ramacciotti F. La Contenzione. 2009 <http://www.news-forumsalutementale.it/leonardo-grassi-e-fabrizio-ramacciotti-la-contenzione/>
- 14) Minnick A, Leipzig RM, Johnson ME. Elderly patients' reports of physical restraint experiences in intensive care units. Am J Crit Care; 2001,10(3):168-71.
- 15) CPI. Joint Commission. Standards on Restraint and Seclusion / Nonviolent crisis Intervention. 2009 <http://www.crisisprevention.com/Specialties/Nonviolent-Crisis-Intervention>
- 16) Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints: A Review of Literature. Psychiatr Q. 2013, May 7. [Epub ahead of print]
- 17) Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int. 2012,109(3):27-32. doi: 10.3238/arztebl.2012.0027
- 18) Goethals S et al. Nurses' decision making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. Journal of Advanced Nursing; 2012, 68 (6): 1198-1210.
- 19) Direzione Servizio Infermieristico AOU di Bologna. Evidence-based nursing e pratica clinica. La contenzione fisica in ospedale. <http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/SI4contenzione.pdf>
- 20) Casciarri G. La contenzione del paziente. Professione Infermiere Umbria; 2007, 313-20.
- 21) Sala M et al. Considerazioni sull'uso della contenzione in ambito sanitario. L'Igiene Moderna; 2008, 129: 61-67.
- 22) Macchione C, Greco M. La contenzione tra costrizione e protezione. L'anziano pluripatologico. http://www.acsa-onlus.it/index.php?option=com_content&view=article&id=84:la-contenzionetra-costrizione-e-protezione-lanziano-pluripatologico&catid=2:geriatria&Itemid=22
- 23) Sclafani M.J et al. Reducing Patient Restraints: a Pilot Approach Using Clinical Case Review. Perspective in Psychiatric Care; 2008, 44, N1: 32-39.
- 24) Koepke S et al. Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of physical Restraints in Nursing Homes. JAMA; 2012, 307, N 20: 2177-2184.

• **La dialisi peritoneale è ancora una metodica dialitica marginale?**

Pegoraro Marisa
Presidente EDTNA/ERCA
Filiale Italiana

Delalio Alessia
Referente Nazionale GIPD
EDTNA /ERCA Filiale Italiana

Zito Maria Pia
Referente Centro GIPD
EDTNA/ERCA Filiale Italiana

Key word: dialisi peritoneale, infermieristica, formazione, competenze, management sanitario

Riassunto: parallelamente al diversificarsi delle strategie di dialisi peritoneale, un grosso impulso ha avuto la ricerca di competenze assistenziali specifiche. Una a ricerca nazionale EDTNA/ERCA (2005) ha permesso di conoscere le diverse realtà organizzative ed assistenziali orientate alla continuità di cure oggi presupposto indispensabile per la costruzione della rete tra ospedale e territorio. Educazione terapeutica e competenze tecniche educative specifiche per gli adulti hanno caratterizzato la formazione che EDTNA/ERCA ha proposto, non supportano la tesi della marginalità della metodica e delle competenze professionali che la sua pratica richiede. Proprio quest'ultimo aspetto può essere una delle criticità per il suo sviluppo.

La sua elevata ed indubbia preparazione scientifica ...grande capacità riflessiva ...calma interiore...buon senso non comune ...capacità di essere umile, ed una naturale empatia, che associate alla facilità di entusiasinarsi ...lo rendevano... (Dott. Marco Lombardi)

...“Amedeo De Vecchi: un uomo, medico e nefrologo”

A distanza di dodici anni dall'articolo di Amedeo De Vecchi, parallelamente al diversificarsi delle strategie di dialisi peritoneale, un grosso impulso ha avuto la ricerca di competenze assistenziali specifiche che potessero far emergere questa metodica dalla marginalità in cui, i nostri stessi colleghi, medici ed infermieri, la relegano. La definizione del termine “marginale” lega e sé due paradigmi “ciò che non ha peso” e “ciò che non ha valore”¹ due elementi che in dialisi peritoneale convivono contrapposti.

Il concetto di “peso” della metodica è ampiamente rappresentato dai dati di penetrazione della stessa, che rispetto la totalità dei trattamenti dialitici ce la mostrano come una metodica di “poco peso”.

Il “valore” di questa metodica, dal punto di vista clinico, è ampiamente dimostrato ma, unitamente alla clinica, l'assistenza che i pazienti ricevono in dialisi peritoneale rappresenta un'eccellenza nel contesto della professione infermieristica.

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa, di natura tecnica, relazionale ed educativa trova ampi contesti di sviluppo in dialisi peritoneale.

EDTNA/ERCA in questi anni si è fatta promotrice di una ricerca nazionale “sulla ratio infermiere/n. pazienti nei servizi di dialisi peritoneale in Italia: risultati, trend e loro utilizzo” che ha permesso nel 2005 di conoscere le diverse realtà organizzative dei Centri Italiani che praticano la Dialisi Peritoneale, le funzioni delle diverse figure professionali che compongono il gruppo multidisciplinare con particolare riferimento al ruolo dell' infermiere.

Gli ambiti in cui gli infermieri di DP operano sono estremamente diversificati: dall'ambulatorio alla degenza, al domicilio e contesti residenziali sociali confermando la capacità di adattare la propria professionalità al bisogno di salute. L'attività assistenziale vede come primo protagonista il paziente, ma non unico soggetto di interventi che, nel processo educativo di gestione della patologia, vedono il coinvolgimento della famiglia e di colleghi di altre realtà operative in cui sono ricoverati i pazienti.

L'assistenza al paziente dializzato peritoneale oggi si fonda sulla continuità di un processo assistenziale che inizia nella fase pre dialitica prosegue nell'addestramento alla metodica e gestione della malattia, seguendo la persona anche al suo domicilio. Passando attraverso l'affrontare le complicità accompagna la persona, ove possibile, al trapianto ed ove non è possibile alla morte.

L'obiettivo dell'empowerment del paziente rappresenta, in dialisi peritoneale, un elemento consolidato, supportato dai dati relativi al ridotto numero di numero di peritoniti, un indicatore di processo fortemente rappresentativo della qualità dell'assistenza.

Unitamente alla definizione di una specializzazione professionale, EDTNA/ERCA ha esperito l'ambito delle politiche sanitarie (Milano 2010 - Bari 2011) mettendo a confronto due sistemi sanitari regionali fortemente orien-

1. Enciclopedia Treccani

tati alla domiciliazione delle cure, come obiettivo strategico cogente per la qualità di vita della persona ed sostenibilità economica delle cure.

La continuità di cura presente in dialisi peritoneale è il presupposto indispensabile per la costruzione della rete tra ospedale e territorio, ma la sua realizzazione richiederà un ulteriore sforzo nello sviluppo di competenze di management sanitario.

Educazione terapeutica e competenze tecniche educative specifiche per gli interventi rivolti agli adulti hanno caratterizzato i percorsi formativi che EDTNA/ERCA ha proposto ai colleghi infermieri e medici spesso ospiti delle nostre giornate formative in un percorso di professionalizzazione, espertizzazione e presa di coscienza che sicuramente non supportano la tesi della marginalità della metodica e delle competenze professionali che la sua pratica richiede.

Proprio quest'ultimo aspetto può essere la criticità per il suo sviluppo: non tutti i professionisti hanno avuto modo di sviluppare le competenze professionali necessarie a sostenere la pratica della metodica peritoneale.

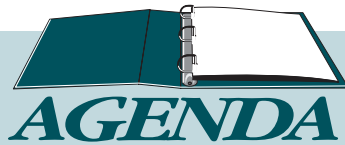
La dialisi peritoneale non è un impegno marginale per i professionisti che decidono di promuoverla nei propri centri ed in questi anni gli infermieri, nei propri contesti, hanno lavorato a fianco della professione medica per costruire il "valore salute", per i dializzati, uno dei più alti valori cui una società moderna possa ambire.

Le aree di sviluppo futuro per gli infermieri sono orientate alla produzione di linee guida che sostengano la pratica professionale, che non si esaurisce nel "garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche e diagnostiche" (D.L. 739/94) e la definizione del "core curricula" professionale dell'infermiere di dialisi peritoneale, a sostegno del valore di una specializzazione.

La definizione di out come in dialisi peritoneale e la loro correlazione al modello organizzativo rappresenta la strategia vincente per sostenere il valore di una dialisi, spesso emarginata dalla stessa nefrologia, che oggi rischia di essere appiattita da un modello di "care" orientato all'intensità di cura e non alla specificità dei "bisogni della persona".

BIBLIOGRAFIA

- Decreto ministeriale 739/94 profilo dell'infermiere
- Ricerca EDTNA/ERCA sulla ratio infermiere/n. pazienti nei servizi di dialisi peritoneale in Italia: risultati, trend e loro utilizzo (2005).
- Consensus conference: La Dialisi Peritoneale quale protagonista nel processo di deospedalizzazione e della gestione assistenziale per intensità di cure. Milano 2010 - Bari 2011 - www.edtna-erca.it



CORSI - CONVEGNI CONGRESSI

CORSI E SEMINARI ECM TENUTI DAL COLLEGIO DI BOLOGNA

“LA CURA DEL CORPO NELLA PROSPETTIVA ANTROPOLOGICA” ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

AEMILIA HOTEL BOLOGNA

Via G. Zaccherini Alvisi, 16 - Bologna
il **25 Marzo 2014**

1. “LA GESTIONE DELLE EMERGENZE MEDICO - CHIRURGICHE PER INFERMIERI IN AULA DI SIMULAZIONE”

II edizione 2014

Centro Simulazione Croce Rossa

Italiana - Via Porrettana, 430

Casalecchio di Reno (Bo)

il **6 Maggio 2014**

2. “LA RICERCA BIBLIOGRAFICA”

Aula informatica Centro Studi

EBHC Via Albertoni, 15 - Bologna

dal **6 Maggio 2014**

3. “IL PAZIENTE CARDIOPATICO: QUALI COMPETENZE DI ANALISI PER L'APPROCCIO INFERMIERISTICO”

Aula Collegio IPASVI

Via Zaccherini Alvisi 15/i

Bologna il **14 Maggio 2014**

4. “BLSD” II edizione 2014 (FAD + RESIDENZIALE) Sede IRC (Italian Resuscitation Council)

Via Croce Coperta, 11 - Bologna

il **27 Maggio 2014**

ALTRI CORSI E CONVEGNI

**Federazione Nazionale IPASVI -
FNOMCeO**

**CORSO FAD “Governo clinico:
innovazioni, monitoraggio
performance cliniche, formazione”**

Disponibile fino al 15/06/2014

<http://www.ipasvi.it/fnomceo/>

**Federazione Nazionale IPASVI -
FNOMCeO**

**CORSO FAD “Programma
Nazionale Esiti: Supporto
alle attività di Audit clinico e
organizzativo (PNE)”**

Disponibile fino al 01/09/2014

<http://www.ipasvi.it/fnomceo/>

ANTIFORMA

Culture e Organizzazioni

CORSO FAD

“Lavorare in team senza conflitti”

Disponibile fino al 30/09/2014

Antiforma srl

Tel. 0228970249

mail: antiforma@antiforma.it

<http://www.antiforma.it>

ANTIFORMA

Culture e Organizzazioni

**CORSO FAD “La comunicazione
nelle situazioni difficili”**

Disponibile fino al 18/11/2014

Antiforma srl

Tel. 0228970249

mail: antiforma@antiforma.it

<http://www.antiforma.it>

**Format - Centro di Formazione
in collaborazione con McGraw-Hill
CORSO FAD**

**“La responsabilità del Coordinatore
delle Professioni Sanitarie”**

Disponibile fino al 05/12/2014

<http://www.formatsas.com>

**Format - Centro di Formazione
CORSO FAD “Corso di Emodinamica:
angiografia coronarica, principi di base,
tecnica angiografica e radioprotezione”**

Disponibile fino al 07/12/2014

<http://www.formatsas.com>

**ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI
11-12 Aprile 2014**

**CORSO TEORICO-PRATICO PER
PERSONALE DI SALA OPERATORIA
V EDIZIONE - NURSING ROUND**

**“Il Paziente vertebrale oncologico
in sala operatoria”**

Hotel AC, Bologna

Per informazioni:

annamaria.nicolini@ior.it

Cell. 374.3938295

migliorinimatteo@gmail.com

Cell. 392.3636441

**COORDINAMENTO COLLEGI
IPASVI REGIONE EMILIA-
ROMAGNA**

22 Maggio 2014

**“Il ruolo e la responsabilità
dell'Infermiere nelle strutture
socio-sanitarie: tra esperienze e
nuova organizzazione”**

EXPÒ SANITÀ 2014

Sala Europa, Palazzo dei Congressi

Piazza della Costituzione - Bologna

Per informazioni rivolgersi alle
Segreterie dei Collegi Provinciali di
appartenenza.

Per i residenti fuori Regione Emilia-

Romagna rivolgersi al Collegio

IPASVI di Parma.

MED I CARE

9-10 Giugno 2014

**“Organizzazione dei servizi e delle
strutture sanitarie”**

Direzione MED I CARE

Via Manzoni 37 - 26100 Cremona

Cell.: 3355441348

Tel./Fax: 0372 33142

Sito: <http://www.medicareformazione.it>