

N. 28

SETTEMBRE
2005

Algorà

Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como



S o m m a r i o

- Editoriale
- Professione e responsabilità
- È evidente che
- Commissione formazione
- Notizie in pillole
- Commissione libera professione
- CO.CO.CO
- Commissione extracomunitari
- Bacheca
- News from the web
- Elezioni triennio 2006/2008

La rivista è consultabile on line sul sito www.ipasvicomo.it

Elezioni provinciali 2005/2008: le ragioni di un impegno

I.I.D. Stefano Citterio

Nei giorni 19, 20 e 21 novembre prossimi si terranno le elezioni provinciali per il rinnovo del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti del nostro Collegio.

Certamente, le elezioni, in ogni ambito associativo, costituiscono il momento privilegiato per **trarre un bilancio del periodo** in fase di conclusione ma, rappresentano anche una possibilità d'approfondimento delle ragioni di un impegno cui ciascuno di noi è chiamato: **andare a votare o candidarsi**.

Per quanto riguarda il bilancio di questo triennio, ciascuno di voi ha sicuramente un giudizio legato alle occasioni con le quali si è confrontato con la realtà del collegio: la partecipazione alle assemblee annuali (sicuramente pochi), la frequenza ad un corso di aggiornamento o formazione (sicuramente molti), la stipula di una polizza assicurativa, una domanda di chiarimento o un'informazione, un colloquio con i consulenti del collegio o con un membro del consiglio direttivo, la partecipazione ad una delle due commissioni (la commissione formazione, sviluppo e ricerca e la commissione libera professione ed esercizio professionale), l'invio di un articolo per la rivista del collegio, il ricevimento di una circolare, il pagamento della quota annuale, l'utilizzo di una convenzione stipulata a favore degli iscritti, la semplice lettura di Agorà oppure una visita al nostro

Sito Internet. Tutte queste, e probabilmente altre ancora, rappresentano delle modalità con cui ognuno di voi partecipa alla "vita associativa" del Collegio e con le quali formula un giudizio circa l'operato e dell'utilità dell'Istituzione che oggi ho il compito di rappresentare.

Non mi dilungo in dettagli specifici sulle diverse attività sostenute nel triennio, limitandomi a sottolineare il costante e lodevole impegno di tutti i membri del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti, cui va il mio personale ringraziamento, e a rimandare a quanto già detto e scritto nelle assemblee periodiche, nelle approvazioni dei bilanci e su questa stessa rivista (www.ipasvicomo.it).

In generale abbiamo riscontrato consenso circa le iniziative intraprese da questo Consiglio Direttivo, il quale ha ricevuto numerosi attestati di stima sotto varie forme ma, va detto, anche poche critiche o suggerimenti "esterni". Complessivamente, le persone con un impegno attivo e diretto sono risultate inferiori alle attese, specie se paragonato alle aspettative che ciascuno attende per un'istituzione di questo genere.

Troppo spesso la partecipazione al Collegio è stata di "tipo passivo", orientata cioè ad usufruire di un beneficio messo a disposizione dall'impegno di altri, piuttosto che a dare un contributo personale.

La partecipazione al Collegio, coincide con l'impegno professionale. L'impegno nel Collegio è sempre possibile per chiunque, purchè eserciti la professione, indipendentemente dal contesto d'attività (LP o dipendente) e dalla possibilità o meno di impegnarsi direttamente nell'Istituzione.

Occorre cioè far bene l'infermiere. Per fare ciò occorrono oltre alla competenza tecnica (sapere assistere la persona) anche una passione e un'interesse per il proprio lavoro, una concezione professionale e non solo mercenaria o ancillare del nostro impegno quotidiano.

Occorre cioè, ritrovare il senso più profondo dell'ESSERE INFERMIERE OGGI, nell'attuale contesto.

Occorre possedere e sviluppare una capacità critica del reale, una capacità di giudizio sul proprio e altrui operato che trascende l'impostazione ideologica ma che va al cuore dell'assistenza infermieristica, cioè la persona. La persona è quel livello della natura, nel quale la natura stessa prende coscienza di sè, è quell'insieme di esigenze e desideri (felicità, bellezza, giustizia ...) che esigono un compimento o una realizzazione.

Per fare l'infermiere oggi, è necessaria una passione per l'umano, una capacità di cogliere il valore delle cose dentro ogni circostanza comprese la malattia e la sofferenza che frequentemente accompagnano il nostro operato. Tutto ciò non solo per fare bene l'infermiere per gli altri, ma anche per se stessi, per ritrovare quel gusto per la nostra professione che generalmente, dopo gli entusiasmi dell'inizio viene a mancare. E' chiaro che la buona volontà da sola, non è sufficiente. Va sostenuta dentro un contesto più ampio.

Accanto a questa dimensione personale deve esserci la consapevolezza che la professione

non è solo una questione intima che si gioca nel rapporto con il mio paziente o con i miei colleghi di reparto. Ma, come tutte le cose serie ed importanti, ha bisogno di un riverbero istituzionale, di un luogo dove la rappresentanza professionale possa dare il proprio contributo all'attuale contesto sociale e sanitario. Senza essere presenti nel mondo istituzionale è difficile poter tutelare la propria professionalità o sperare di poter assistere meglio il nostro malato.

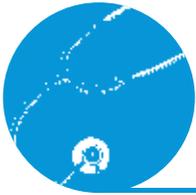
Il ruolo di un'istituzione come il Collegio è quello di contribuire a creare le condizioni affinché il gruppo professionale possa esprimere la competenza che gli è propria per garantire alla persona (infermiere e assistito) il miglior benessere possibile.

Il Collegio "vive e si nutre" dell'impegno quotidiano che ciascuno getta nell'esercizio del proprio lavoro e delle ragioni che lo sostengono. Dentro questa responsabilità comune è possibile una vera rappresentanza per chi verrà eletto e una vera partecipazione per tutti gli altri.

*Il Collegio non può essere concepito come una istituzione costituita da circa 15 persone (il Consiglio Direttivo) cui viene delegata assieme alla rappresentanza anche **la responsabilità di un impegno professionale**, che invece per sua natura è personale e non cedibile.*

Concretamente, l'impegno richiesto è quello di andare a votare o di candidarsi come espressione del valore attribuito alla professione e come possibilità di mettersi al servizio dei colleghi per un migliore futuro professionale.

Ringrazio fin da ora chi deciderà di candidarsi oppure di venire a votare... grazie per l'attenzione.



Professione e responsabilità

Risk management e ricerca infermieristica: connubio possibile

a cura di Barbara Mangiacavalli

Una cifra variabile tra le 14 mila e le 50 mila persone muore a causa di errori compiuti da professionisti o causati da una non adeguata organizzazione delle strutture sanitarie. Il 4% delle persone ricoverate nel nostro Paese finiscono per riportare danni più o meno gravi alla salute. L'opinione dei media è che nel 33% dei casi l'errore è da attribuire alla struttura sanitaria e all'organizzazione, per il 48% si tratta di errore umano.

L'esplosione di casi di malasanità e di malpractice che vedono responsabili anche gli infermieri non è certo una trovata pubblicitaria di giornalisti in cerca di qualcosa da scrivere. L'infermiere che ha conquistato un proprio ambito di responsabilità deve ora rispondere al cittadino degli "eventi avversi", cioè quelle lesioni o danni provocatigli in modo non intenzionale che si possono tradurre in una prolungata degenza ospedaliera o in disabilità alla dimissione. E se anche in ambito statistico viene tollerato un margine di errore, intervallo di confidenza, anche nell'esercizio della professione infermieristica è ritenuto in parte inevitabile un margine di errore umano, inteso come contravvenire a **norme etiche** o a principi d'efficacia nell'azione o come mancanza di conoscenza del modo migliore d'agire.

L'infermiere è chiamato a prevedere i bisogni e/o potenziali rischi della persona assistita, scegliere cioè decidere le azioni migliori per favorire il benessere e l'autonomia della persona, agire, cioè mettere in atto interventi di comprovata efficacia e con abilità tecnica e relazionale, valutare i risultati ovvero l'esito definitivo e conclusivo di un'azione, un'attività o un'operazione.

Ogni infermiere assume la responsabilità della propria professione in funzione del livello di competenza raggiunto, livello che non può considerarsi statico ma dinamico in continua costruzione attraverso la formazione e la ricerca.

L'evoluzione di tutta la pratica clinica è basata sempre più sulla ricerca scientifica che permette la costruzione di indicatori e indici di esiti avversi e quindi d'elaborare ulteriori linee guida e protocolli.

“La ricerca si caratterizza per un approccio sistematico ed un metodo rigoroso per l'acquisizione di nuove conoscenze. Si focalizza essenzialmente sullo sviluppo delle conoscenze dell'assistenza infermieristica e della sua pratica; ha come scopo la comprensione di quei meccanismi fondamentali che ledono la capacità degli individui e delle famiglie di mantenere ed accrescere una funzione a livello ottimale e di minimizzare gli effetti negativi della malattia (International Council of Nursing, 1996).

La consapevolezza dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute e l'evoluzione tecnologica, farmacologia, strumentale determinano continue pressioni al cambiamento su diversi fronti: l'adeguamento dei modelli organizzativi, l'allineamento con conoscenze scientifiche in continua crescita, l'esigenza di una personalizzazione dell'offerta assistenziale, la necessità di appropriatezza delle risposte cliniche e organizzative.

Il Codice Deontologico dell'infermiere (1999), nelle norme generali puntualizza che l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente e la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il suo operato su conoscenze validate e aggiornate così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci; partecipa alla formazione professionale, promuove e attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

Gli eventi avversi che si verificano in ambito sanitario possono essere di quattro tipi:

- **ERRORE** mancato raggiungimento del risultato che ci si era prefissati eseguendo una determinata azione
- **VIOLAZIONE** mancato rispetto delle procedure
- **INCIDENTE ORGANIZZATIVO** evento non conseguente ad azioni umane bensì legato a fenomeni organizzativi
- **QUASI ERRORE** tutte le situazioni in cui per un caso fortuito non si è trasformato in errore.

Le cause principali dell'errore, secondo il British Medical Journal, sono raggruppabili in tre categorie:

1. CAUSE REMOTE eccessivi carichi di lavoro, comunica-

zione inadeguata tra gli operatori, presenza di obiettivi in conflitto, scarsa competenza o esperienza, strutture edilizie inadeguate.

2. CAUSE IMMEDIATE omissione di un intervento necessario, errori per scarsa attenzione, violazione di un procedimento diagnostico o terapeutico, difetto di conoscenza, insufficiente conoscenza, insufficiente competenza clinica, prescrizione illeggibile di un farmaco, spiegazioni insufficienti, recente e rapida modificazione dell'ambiente di lavoro.
3. INSUFFICIENZA DI MECCANISMI DI CONTROLLO mancanza di un esperto che avrebbe dovuto supervisionare una procedura tecnica, mancato controllo di una prescrizione.

Attraverso la revisione della letteratura nazionale e internazionale sono stati identificati alcuni dei maggiori "eventi avversi".

1. rispetto ai problemi di salute: lesioni da decubito, cadute accidentali, eventi avversi a seguito d'errori di somministrazione di terapia, infezioni nosocomiali, sottostima del dolore.
2. rispetto ai problemi organizzativi e gestionali: non applicazione del processo d'assistenza infermieristica, mancanza di rispetto della privacy, mancanza di controllo delle attrezzature e presidi, inadeguata gestione delle risorse umane, carenza del sistema informativo, mancanza di job description per il personale di supporto

Gli ambiti d'interazione infermiere/persona assistita/struttura sanitaria ci permettono di individuare le seguenti raccomandazioni in ambito organizzativo senza tralasciare l'importanza dell'ambito clinico:

- **AMBITO ORGANIZZATIVO** i neoassunti devono frequentare un corso durante il quale prendono visione dei protocolli e delle procedure in uso nell'ambito materno infantile e di quelli a diffusione aziendale. Nel periodo di inserimento devono essere seguiti e valutati da operatori esperti. Il coordinatore dell'unità operativa deve controllare che i protocolli clinici e le procedure operative siano applicati ed aggiornati periodicamente, individuando in modo chiaro ruoli e responsabilità degli operatori. Sulle cartelle cliniche devono essere riportati tutti gli eventi accaduti, scritti con calligrafia leggibile; chi ha scritto deve essere identificato facilmente, talvolta l'infermiere assicura prestazioni diagnostiche e terapeutiche in assenza del medico che le ha prescritte. Le prescrizioni terapeutiche devono essere formulate attraverso una struttura ben precisa: nome del farmaco ed eventuale sostitu-

to, dosaggio, modalità di somministrazione, frequenza delle stesse. Per le prescrizioni diagnostiche deve essere precisato il nome dell'indagine, frequenza, preparazione pre e post, eventuali complicanze, responsabilità, meglio se si riconduce il tutto ad un protocollo presente nella propria unità di lavoro. La documentazione clinica del paziente deve essere compilata in ogni sua parte, soprattutto per quanto riguarda la raccolta dati al momento dell'osservazione, i trattamenti e la valutazione rispetto agli interventi attuati, in nessun caso è possibile alterare la documentazione. Documentazione è anche la registrazione di tutti gli eventi avversi compresi quelli derivanti da quasi errori, che non si sono verificati per l'intervento di un operatore o di un caso fortuito, e da cause organizzative. I turni di lavoro del personale devono essere conformi alla normativa europea che stabilisce la durata massima di lavoro e la distanza fra un turno e l'altro al fine di garantire il ripristino delle forze fisiche e mentali. Il controllo di strumenti e apparecchiature devono essere a carico dell'unità operativa. I costi per la gestione dei rischi non devono essere spalmati indistintamente su tutta la struttura aziendale ma sulle aree che ne sono più soggette.

La ripetitività degli errori che si verificano nella somministrazione di farmaci e nell'applicazione di procedure diagnostiche, evidenzia la possibilità di costruire un programma che colga le cause professionali ed organizzative e che consenta il passaggio dall'idea che l'errore rappresenti un evento fatale a quella che ci si possa trovare di fronte ad un evento evitabile. Chi dichiara "l'errore", entro 1-10 giorni dal verificarsi dello stesso, inizialmente può essere pensato anche in forma anonima, (vedi progetto aeronautica americana o delle banche che puntano a livelli di efficienza del 99,9%) non riceverà alcuna punizione. Tutto ciò permette di costruire una casistica degli errori all'interno della propria unità operativa e stimola attraverso la ricerca, a trovare la soluzione organizzativa o clinica. Ciò richiede un profondo cambiamento culturale, che deve avere al suo centro valori e principi fondamentali, come la ricerca della verità, la trasparenza, la disponibilità a mettersi in discussione, la non colpevolizzazione di chi sbaglia, la collaborazione reciproca, il dialogo con il cittadino, l'impegno nella ricerca dei mezzi atti a garantire la qualità e la tensione morale verso l'eccellenza nel proprio lavoro.

"Sbagliando si impara" è il fondamento pedagogico delle teorie attive che pongono il soggetto al centro del fare.



È evidente che...

Capire e prevenire gli errori di terapia

A cura di IID Adriana Capalbo*, IID Luigia Caldera**

*A.O. Sant'Anna Como - Responsabile Qualità e Ricerca - SITRA - **A.O. Sant'Anna Como
Tutor Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi dell'Insubria - Sede di Como

“Errare humanum est”. Questa locuzione latina ci ricorda che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana e che di conseguenza sono sottoposti a questo rischio¹ anche i sistemi in cui l'uomo lavora. Nei sistemi complessi e di grandi dimensioni gli incidenti possono avere conseguenze che diventano disastrose, come quello nucleare accaduto a Chernobyl o quelli aerei accaduti nell'estate appena trascorsa.

Anche l'ambito sanitario può essere definito, per le sue variegata e molteplici variabili, un sistema complesso in cui il problema dell'errore² può essere causato da svariati elementi che operano a diversi livelli (il compito, l'équipe, l'ambiente di lavoro, l'organizzazione...) e può determinare un danno alla persona assistita. Non è purtroppo inconsueto l'eco dei media che denuncia clamorosi errori a pazienti, mettendo in discussione la credibilità di professionisti e strutture.

Il problema della diffusione dell'errore è stato più volte affrontato e, come rilevato in un documento del Ministero della Salute³, le indagini a cui ci si può riferire sono numerose; i diversificati strumenti e contesti sanitari hanno però portato a risultati difformi: gli eventi avversi⁴ variano da un minimo di 3.7% in USA ad un massimo di 16.6% in

Australia. Queste differenze possono però essere attribuibili a obiettivi diversi che sostengono l'approccio al sistema di rilevazione degli errori: mentre in Australia è nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria, in USA l'indagine viene promossa per stimare i costi annuali della “malpractice medica” e ciò può aver costituito un forte freno alla rilevazione degli eventi avversi.

La prevedibilità degli eventi avversi è invece un dato abbastanza costante: si stima che almeno la metà di quelli rilevati poteva essere prevenuta. Gli eventi avversi possono avere gravi conseguenze, fino alla morte della persona assistita: negli Stati Uniti si stimano dai 44.000 ai 98.000 americani morti all'anno per errori medici.

In Italia le iniziative per rilevare i dati epidemiologici sia a livello aziendale che regionale sono ancora poche ma, a causa dell'acuirsi dell'attenzione agli errori e agli incidenti in paesi che sono a noi riferimento culturale, il tema della sicurezza nell'organizzazione sanitaria ha assunto un particolare rilievo. Il CENSIS ha pubblicato nel 2001 una ricerca effettuata sui casi di malasanità: da un'analisi dei casi segnalati dalla stampa nazionale risulta una settantina di casi mortali nel corso del 2000.

La risonanza internazionale dei dati

pubblicati e l'aumento delle richieste di risarcimento, ha determinato negli ultimi anni il moltiplicarsi di iniziative dedicate al *risk management*⁵, spesso proposte da broker assicurativi resi sensibili al problema.

Si va diffondendo nel mondo la consapevolezza che gli effetti della carenza di sicurezza nel contesto sanitario hanno “dimensioni epidemiche” e la considerazione che il sistema che governa le modalità d'erogazione delle cure dovrebbe essere strutturato in modo da controllare gli errori, inevitabilmente connaturati all'essere uomini. Il presente lavoro analizza la tematica degli errori nella somministrazione dei farmaci, focalizzandosi in particolare sul ruolo del personale infermieristico.

Definizioni e dati epidemiologici

Per errore di terapia s'intende “ogni evento prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente”⁶. Gli errori di terapia possono potenzialmente avere serie conseguenze: alcuni possono determinare delle modifiche sullo stato di salute del paziente senza necessariamente provocare un danno, altri sono potenzialmente dannosi ma non sempre l'effetto si verifica, altri ancora, se non prontamente intercettati, determineranno sicuramente un

1 Relazione tra la probabilità che si verifichi uno specifico accadimento e la gravità delle sue possibili conseguenze (Cinotti R., 2004), pag. 354

2 Azione o omissione che determina insuccesso nel compimento di un'azione pianificata come disegnata; inidoneità di quanto pianificato al raggiungimento dello scopo (Cinotti R., 2004), pag. 352

3 Ministero della Salute (2004)

4 Danno causato dalla gestione clinica misurabile in termini di prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione (Cinotti R., 2004), pag. 353

5 Attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione stessa (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2001)

6 Ministero della Salute (2004)

danno per la persona assistita.

Si ritiene che gli errori di terapia si verifichino con una frequenza del 5% (cinque errori ogni cento somministrazioni).

Sul totale degli errori si stima che solo il 7% può potenzialmente creare danno per la persona e che “solo” l’1% degli errori terapeutici conduca effettivamente ad un **evento avverso da farmaco (ADE)**⁷.

Tuttavia è difficile avere una stima precisa del numero di errori di terapia e degli eventi avversi da farmaco a causa della difficoltà nel documentare gli stessi, della discrepanza nelle modalità di documentazione, dell’ampia diffusione di una cultura colpevolizzante nei confronti di chi commette errori e che di certo non facilita l’individuazione e la prevenzione dei medesimi.

Secondo il documento del Ministero della Salute si calcola, come proiezione delle statistiche internazionali, che circa il **4%** dei pazienti ricoverati negli ospedali italiani venga dimesso con danni o malattie dovuti ad errori di terapia o a disservizi ospedalieri.

In merito al tipo d’errore, alcuni studi

hanno dimostrato che la maggior parte degli eventi avversi da farmaco (**dal 49% al 56%**) sono dovuti ad errori di prescrizione; seguono gli errori di somministrazione (**dal 26% al 34%**), quelli di distribuzione (**14%**) e quelli di trascrizione (**11%**).

L’errore di terapia può essere classificato in cinque categorie:

1. errore di prescrizione

È il più comune e, nella maggior parte dei casi, consiste nella prescrizione di un dosaggio e/o di un regime terapeutico non adatto alle particolari caratteristiche della persona; altre volte nella prescrizione di farmaci che interagiscono fra di loro o, addirittura, nella prescrizione di un farmaco sbagliato. Nel 41% dei casi l’errore di prescrizione determina un sovradosaggio del farmaco.

2. errore di trascrizione/interpretazione

Si verifica quando la prescrizione medica, per lo più scritta a mano, non viene correttamente trascritta, riportata o interpretata.

3. errore di preparazione

Si realizza in seguito ad un’errata manipolazione del farmaco prima della somministrazione (es. diluizioni e ricostituzioni non corrette, associazioni di farmaci incompatibili, preparazione di farmaci scaduti o non adeguatamente conservati).

4. errore di distribuzione

Si realizza durante la fase di distribuzione del farmaco intesa come insieme di tutti quei processi che intercorrono tra la preparazione e la consegna del farmaco all’Unità Operativa dove verrà somministrato⁸.

5. errore di somministrazione

È definito come una variazione fra ciò che il medico ha prescritto in cartella e ciò che viene somministrato alla persona assistita. Può riguardare il dosaggio, la via, il tempo, la forma farmaceutica e la tecnica di somministrazione oltre che l’identità stessa della persona destinataria della somministrazione.

Le situazioni nelle quali più frequentemente si verificano errori di terapia e per le quali è richiesta, da parte del per-

SITUAZIONE	FATTORI DI RISCHIO
Pazienti che assumono più farmaci	C’è il rischio che non assumano il farmaco o ne raddoppino la dose
Pazienti per i quali non si hanno informazioni sufficienti	C’è il rischio di non conoscere tutte le terapie in corso della persona o le allergie note
Bambini	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Errori di dosaggio, soprattutto per via endovenosa ▶ Difficoltà nel calcolare la dose in quanto legata al peso ▶ Impossibilità del bambino di individuare errori terapeutici
Anziani	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Compromissione dello stato mentale ▶ Mancata aderenza al regime terapeutico ▶ Contemporanea assunzione di più farmaci ▶ Maggiore sensibilità agli effetti dei farmaci
Donne in gravidanza o che allattano al seno	Somministrazione di farmaci non consentiti dallo stato della donna
Prescrizioni scritte a mano	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Incompletezza ▶ Grafia illeggibile ▶ Uso di abbreviazioni non comuni
Somministrazione di farmaci poco comuni	Non si conoscono le modalità di diluizione o le interazioni con altri farmaci
Somministrazione per via endovenosa	Rischio di somministrazioni troppo rapide
Farmaci che necessitano di manipolazioni varie prima della somministrazione	Rischio di dosaggio impreciso per frazionamento, frantumazione o sospensione del farmaco
Farmaci che necessitano dell’esecuzione di calcoli per determinarne il giusto dosaggio	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Errori di calcolo della dose, soprattutto se legata all’età o al peso ▶ Utilizzo, per dosare il farmaco, del cucchiaino anziché del cucchiaino e viceversa

Tabella 1 - Situazioni a rischio di errore terapeutico

7 Per maggiori dettagli si veda: Hughes R.G., Ortiz E. (2005), pag. 17

8 Per maggiori dettagli si veda: Hughes R.G., Ortiz E. (2005), pag. 17

9 Nella realtà italiana l’errore di distribuzione può essere principalmente legato ai farmaci antiblastici o alle Nutrizioni Parenterali Totali, spesso preparate in un servizio centralizzato e poi distribuite alle diverse unità operative interessate.

sonale infermieristico, una maggiore attenzione e vigilanza, sono quelle riportate in **tabella 1**¹⁰.

Nonostante tutte le sostanze farmacologiche possano essere implicate nell'errore terapeutico, si è visto che gli errori risultano essere più frequenti per alcune categorie di farmaci (**tabella 2**¹¹):

Strategie per prevenire l'errore

La cultura corrente tende a considerare l'errore come una questione morale, piuttosto che riflettere sul fatto che, come affermato sopra, ... "errare humanum est": su tale

assunto si basano le contromisure che vengono comunemente adottate per proteggere la società da comportamenti pericolosi. Esse sono fondate sul concetto di responsabilità personale, civile e penale, e sono dirette a ridurre la variabilità dei comportamenti mediante leggi, procedure, sanzioni. Il contesto sociale reagisce all'errore con un approccio emotivo che mira ad individuare il colpevole, a svergognarlo e a sanzionarlo pubblicamente e formalmente.

È ormai noto tuttavia che la gran parte degli errori commessi dalle persone non presenta elementi di colpa ed è

fortemente determinata dalle caratteristiche cognitive della specie umana. Un'organizzazione saggia dovrebbe partire da tale presupposto, ritenendo gli errori umani inevitabili ed agendo di conseguenza.

L'analisi di errori che hanno provocato danni sia in medicina, sia in altri settori, ha condotto ad una comprensione più ampia delle loro cause, con una minor focalizzazione sull'individuo che ha commesso l'errore ed una maggiore attenzione ai fattori organizzativi preesistenti che determinano le condizioni in cui l'errore si verifica (vedi **Figura 1**).

TIPO DI FARMACO	ESEMPI DI ERRORI COMUNI
Analgesici	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eccessiva sedazione ▶ Reazioni allergiche in pazienti con allergie documentate ▶ Mancato monitoraggio dei parametri vitali
Antibiotici	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uso inappropriato, non giustificato dai sintomi ▶ Antibiotico o dosaggio errati
Anticoagulanti	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dosaggio inadeguato ▶ Mancata valutazione degli esami della coagulazione
Chemioterapici	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mancata valutazione degli effetti collaterali ▶ Sovradosaggio ▶ Errata via di somministrazione
Diuretici	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sovradosaggio ▶ Mancato monitoraggio degli elettroliti
Psicotropi	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eccessiva sedazione
Antidiabetici	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilizzo in pazienti non diabetici ▶ Utilizzo dell'eparina anziché dell'insulina ▶ Utilizzo del tipo d'insulina sbagliata
FANS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilizzo prolungato con conseguenti seri problemi gastrointestinali ▶ Somministrazione di dosi eccessive
Nutrizione Parenterale Totale	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Somministrazione per via periferica e non centrale ▶ Errori nel dosaggio dei componenti

Tabella 2 - Farmaci comunemente associati a errori terapeutici

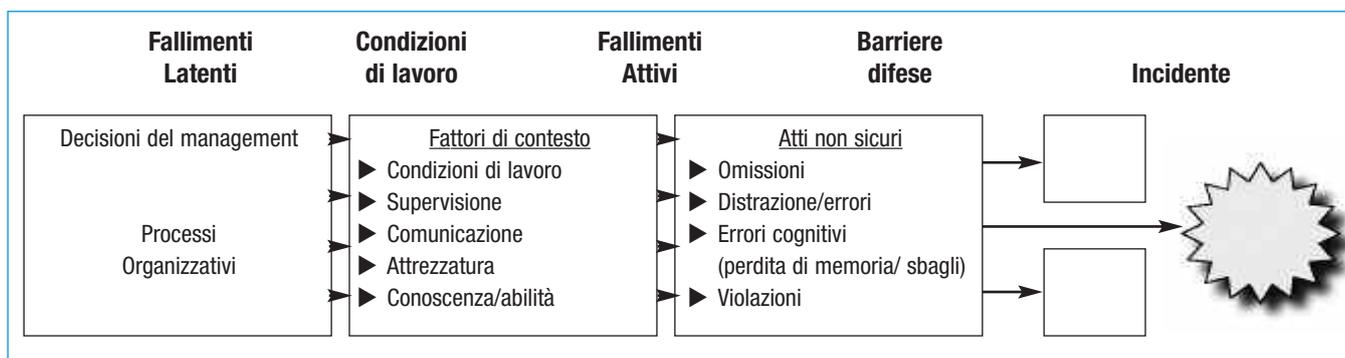


Figura 1: Il modello degli incidenti organizzativi secondo Reason

¹⁰ Modificata da Hughes R.G., Ortiz E. (2005)

¹¹ Modificata da Hughes R.G., Ortiz E. (2005)

Su queste premesse si basa Reason secondo il quale gli errori sono conseguenze dell'agire organizzato. È all'interno dei sistemi organizzativi che vanno ricercati i perché degli eventi indesiderati che si verificano: "Non si può cambiare la condizione umana ma si possono cambiare le condizioni in cui gli uomini lavorano, affinché coloro che agiscono all'interno di tali sistemi siano aiutati a non sbagliare".

Questo approccio sistemico è avvalorato dall'analisi di famosi incidenti organizzativi in cui non si riconosce l'errore di un singolo ma molteplici azioni o pericolose omissioni in cui l'incidente è solo la punta di un iceberg: il verificarsi di un incidente è il frutto di una concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto.

Per rappresentare queste situazioni Reason ha utilizzato la metafora del formaggio svizzero. L'Emmenthal presenta nella pasta bolle vuote, casualmente disposte; quando viene affettato, ogni fetta, che rappresenta uno strato difensivo dell'organizzazione, possiede la propria geografia di buchi. I buchi sono le condizioni latenti di inadeguatezza del sistema, i punti critici (vedi **Figura 2**).

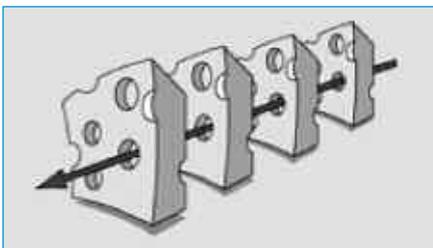


Figura 2 - Il modello del formaggio svizzero che rappresenta come le difese, le barriere ed i sistemi di sicurezza possono essere penetrati dalla traiettoria dell'incidente (Reason 1990)

Quando i buchi si allineano, si crea la possibilità di una traiettoria, ostacolata (o non ostacolata) da strati successivi di pasta di formaggio. I buchi

sono causati sia da errori attivi, cioè commessi da operatori che sono in diretto contatto con il paziente, plausibilmente errori d'esecuzione, sia da errori latenti, cioè riferibili a decisioni di progettazione del sistema, errori di pianificazione.

Poiché gli errori attivi non potranno mai essere eliminati in modo definitivo, per aumentare la sicurezza di un sistema è necessario influire sulle criticità latenti, sulle quali gli errori attivi si innescano.

Relativamente agli errori di terapia le soluzioni organizzative che possono essere messe in atto per ridurre la probabilità che l'errore si verifichi sono molteplici; fra esse ricordiamo:

- a) prescrizione computerizzata - è una modalità che nei paesi anglosassoni si è dimostrata molto efficace nel ridurre gli errori di interpretazione e trascrizione¹²;
- b) introduzione dei codici a barre nei processi di utilizzo dei farmaci;
- c) distribuzione in dose unitaria e miscelazione centralizzata dei farmaci somministrati per via endovenosa - è un sistema in uso, nei paesi anglosassoni, già dagli anni '70; associata alla prescrizione computerizzata si è dimostrata molto efficace nella riduzione degli errori di terapia;
- d) collaborazione diretta fra il farmacista ed il personale medico ed infermieristico di reparto;
- e) rilevazione degli errori legati alla somministrazione ed elaborazione di soluzioni per prevenirli.

Relativamente all'ultimo aspetto ci sembra interessante riportare un'esperienza che è stata svolta presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna dove, nell'ambito di un progetto

regionale sul rischio nelle strutture sanitarie, è stato applicato il metodo FME(C)A - Failure Mode and Effect (Critically) Analysis¹³; si tratta di una modalità di controllo dei processi che, partendo dall'analisi del particolare, cioè dalle attività semplici di un processo, giunge all'individuazione del difetto/guasto presente nel sistema.

L'esperienza in questione ha coinvolto l'equipe infermieristica addetta alla preparazione ed alla somministrazione del ciclo antituberculoso.

È stato scelto questo processo assistenziale poiché qualsiasi imprecisione può provocare un grave danno al paziente in termini di tossicità o, nel migliore dei casi, di riduzione dell'efficacia terapeutica.

Il metodo di lavoro, prendendo spunto da una banca dati degli incidenti relativi a questo errore, è consistito nella destrutturazione del processo assistenziale in subprocessi ed in attività elementari che lo compongono; per ognuno di questi, sono stati identificati i possibili errori del processo che possono provocare un danno al paziente e sono stati posti in ordine di priorità. I risultati hanno evidenziato che l'elemento più critico del processo è l'errata programmazione della pompa d'infusione e l'azione correttiva conseguente è stata quella di introdurre un ulteriore controllo della velocità d'infusione dei farmaci antituberculosi da parte di un'infermiera, ad ogni cambio turno.

In questo modo si è aumentata la probabilità di rilevare l'errore, riducendone la frequenza d'accadimento o intercettando lo stesso prima di causare un grave danno al paziente. Il monitoraggio dopo sei mesi ha indicato una netta diminuzione della frequenza di accadimento di circa il **45%**. Oltre alle criticità legate al sistema è innegabile la responsabilità del singolo individuo che commette un errore di terapia, soprattutto qualora esso si ripeta più volte.

Relativamente al personale infer-

12 Questo genere di errore potrebbe essere ridotto anche attraverso l'adozione del "foglio unico di terapia" in cui si identificano il medico prescrittore e colui che somministra il farmaco.

13 Applicazione della FMECA al processo di preparazione e somministrazione della terapia antituberculosa in: La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie

mieristico è possibile individuare alcune strategie comportamentali che possono essere messe in atto al fine di garantire la massima sicurezza nella preparazione e somministrazione della terapia (tabella 3)¹⁴.

Considerazioni conclusive

Questo breve excursus sugli errori di terapia ha messo in evidenza come il problema dell'errore in sanità e le modalità per prevenirlo o comunque limitarlo, riscuotono sempre più attenzione da parte del mondo scientifico.

Emerge anche una certa complessità nel gestire la problematica legata alla difficile quantificazione del fenomeno in quanto, se non si conoscono l'en-

tità e la tipologia degli errori di terapia, diventa più complesso porre in atto misure correttive.

È indubbio che la tipologia d'azioni correttive e preventive dipenderà da come si considera l'errore: mera conseguenza di un errato comportamento individuale o concatenazione di più fattori, anche organizzativi?

Dalla nostra indagine emerge la tendenza a spostare l'attenzione dall'analisi del singolo errore all'analisi del sistema, all'interno del quale l'errore si verifica. Questo tipo d'approccio dovrebbe favorire il passaggio da una cultura colpevolizzante e punitiva che spesso impedisce la segnalazione degli errori, ad una cultura di promozione della sicurezza dove,

oltre alla responsabilità individuale, vengono identificati e corretti i fattori di sistema che hanno favorito il verificarsi dell'errore.

Certamente questo tipo di approccio non deve far venir meno l'attenzione del singolo professionista nella gestione della terapia; un professionista che deve aver acquisito nella formazione di base specifiche conoscenze e abilità, che ha la responsabilità d'aggiornare periodicamente tali competenze e che deve aver sviluppato la capacità di integrazione nell'équipe assistenziale.

Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante se si considera che, in merito agli errori di terapia (...e non solo), più professionisti

DOMANDE DA PORSI		AZIONI
Durante la preparazione del farmaco		
Giusto farmaco	<ul style="list-style-type: none"> - Il paziente ha già assunto questo farmaco precedentemente? - Sulla base della diagnosi e della sintomatologia del paziente, ha senso la somministrazione di questo farmaco? 	<ul style="list-style-type: none"> - Informarsi sulle allergie note - Valutare gli altri farmaci assunti dal paziente al fine di individuare eventuali controindicazioni - Assicurarsi che sia il giusto farmaco - Far in modo che un'altra persona controlli i farmaci in preparazione
Giusta motivazione	<ul style="list-style-type: none"> - Le condizioni di salute, i sintomi del paziente giustificano l'assunzione di questo farmaco? 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutare se il paziente presenta il problema per il quale il farmaco è indicato
Giusta dose e modalità di preparazione	<ul style="list-style-type: none"> - La dose che verrà somministrata è corretta? - Come verrà somministrato il farmaco? 	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurarsi che l'etichetta sia leggibile e facilmente comprensibile
Immediatamente prima della somministrazione		
Giusto paziente	<ul style="list-style-type: none"> - È il giusto paziente quello che sta ricevendo la somministrazione? 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificare l'identità del paziente utilizzando almeno due modalità (chiedendo al paziente il nome, controllando il numero di letto)
Giusta ora	<ul style="list-style-type: none"> - È giusta l'ora di somministrazione? 	<ul style="list-style-type: none"> - Controllare quando il farmaco è stato somministrato per l'ultima volta¹⁵
Giusta via di somministrazione	<ul style="list-style-type: none"> - È appropriato somministrare questo farmaco per via orale, endovenosa, intramuscolare o sottocutanea? 	<ul style="list-style-type: none"> - Controllare la prescrizione per verificare la via di somministrazione
Dopo la somministrazione		
Giusto farmaco, giusta dose e giusto decorso	<ul style="list-style-type: none"> - Come sta rispondendo il paziente alla terapia? 	Monitorare il paziente al fine di: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verificare l'efficacia del farmaco ▶ Individuare e prevenire complicanze ▶ Valutare e documentare i cambiamenti nello stato di salute della persona - Se necessario, valutare gli esami ematochimici al fine di identificare eventuali cambiamenti - Chiedere alla persona di allertare il personale assistenziale alla comparsa di effetti collaterali

Tabella 3 - Corretta somministrazione terapeutica

¹⁴ Modificata da Hughes R.G., Ortiz E. (2005)

¹⁵ Questo è importante soprattutto per i farmaci somministrati "al bisogno".

¹⁶ C'è da chiedersi se le competenze acquisite dagli OSS e dai futuri OSS specializzati siano sufficienti a garantire una sicura gestione della somministrazione terapeutica.

sono coinvolti e ne condividono, inevitabilmente, la responsabilità. Eppure, molto spesso di fronte agli errori si preferisce evitare di investigare il problema, preoccupati che anche solo un segnale d'errore possa danneggiare la reputazione di coloro che sono coinvolti. Pare, invece, che la comunicazione con la persona assistita interessata possa essere la migliore strategia: da uno studio condotto su quasi 300

pazienti sottoposti a biopsia prostatica e coinvolti in un errore diagnostico (Pietro D.A. 2000) è emerso che questi, richiamati ed informati del problema, hanno mostrato comprensione per l'inevitabilità dell'errore umano e sono stati colpiti dal fatto che si stesse facendo qualcosa per loro. Tale esperienza ha dimostrato che, anche nella gestione dell'errore, è buona strategia porre il paziente al primo posto.

“Rispondere a stupide domande è più facile che correggere stupidi errori” (Anonimo)

Bibliografia

1. Bates D.W. (2000) Using information technology to reduce rates of medication errors in hospital. *BMJ* 320: 788-791
2. Cadamuro Morgante M., Pavan G. - a cura di - (2004). Contesti operativi e responsabilità professionale. *Nursing Oggi* numero 2: 58-59
3. Cinotti R. - a cura di - (2004) La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore
4. Hughes R.G., Ortiz E. (2005) Medication Errors. *Journal of Infusion Nursing* 28 (supplem. Medication Safety): 14-24
5. Lewis L. (2005) Discussion and Recommendations: safe medication administration. An invitational symposium recommends ways of addressing obstacles. *Journal of Infusion Nursing* 28 (supplem. Medication Safety): 42-47
6. Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità (2004) Risk Management in sanità. Il problema degli errori. Roma
7. Pepper G.A. (1995) Errors in drug administration by nurses. *Am J Health-Syst Pharm* 52;15:390-395
8. Pietro D.A. et al. (2000) Detecting and reporting medical errors: why the dilemma? *BMJ* 2000; 320: 794-796.
9. Reason J.T. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-770.



NOTIZIE IN PILLOLE

Governo clinico: all'orizzonte delle novità

Approda in commissione affari sociali della Camera il testo unificato sui “Principi fondamentali in materia di SSN”. Il testo in discussione introduce delle modifiche all'impianto organizzativo delle Aziende Sanitarie definendo che gli organi dell'azienda sono: “il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale”. Oltre a ciò il testo contiene modifiche alle modalità d'assunzione e nomina dei dirigenti medici di struttura complessa e di dipartimento orientate a ridurre l'attuale potere monocratico del Direttore Generale, e la norma che consente la permanenza in servizio fino a settant'anni.

Il Collegio di Direzione (già presente oggi, ma non a rango d'organo istituzionale), presieduto dal DG, sarà costituito dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da sei rappresentanti dei dirigenti medici (equamente suddivisi tra I e II livello) e da tre rappresentanti delle professioni infermieristiche, eletti dalle rispettive assemblee.

(fonte: *Sole24Ore Sanità* n. 29-2005)

Al via il Disegno di legge (Ddl) sul Testamento biologico

Un testamento biologico per garantire il diritto di scegliere, o di rifiutare, in anticipo e in piena coscienza, le cure d'applicare nel caso che malattie o incidenti, impedissero di esprimere il proprio consenso. Dicendo no, da subito, all'accanimento terapeutico e decidendo magari sull'uso del proprio corpo o sulle modalità di sepoltura. È questo in estrema sintesi, il contenuto del Ddl sulle “Dichiarazioni anticipate di trattamento” che a metà luglio ha incassato il via libera per l'aula del Senato da parte della Commissione Igiene e sanità.

In questo testamento biologico si potrà avere il diritto di scegliere le cure adeguate chiedere che siano evitate quelle inutili e dolorose “ma senza aprire le porte alle pratiche dell'eutanasia” ha assicurato il Senatore Antonio Tomassini (FI) presidente della commissione.

(fonte: *Sole24Ore Sanità* n. 29-2005)

Una Sanità che cambia nelle logiche e negli atteggiamenti:

un nuovo orientamento alle cure primarie nella gestione delle lesioni cutanee

COMO - CENTRO SOCIO PASTORALE C.FERRARI

3 - 4 novembre 2005

orario delle giornate

9.00/12.30 - 13.30/18.00

1° giorno

SESSIONE MATTUTINA

Gli strumenti della "governance"

Case management: cos'è e ruolo infermieristico
Clinical governance: cos'è e ruolo infermieristico
Risk management: cos'è e ruolo infermieristico
La gestione di un caso (Lavoro a piccoli gruppi)

Discussione plenaria di quanto emerso nei piccoli gruppi.

SESSIONE POMERIDIANA

L'assistenza domiciliare ad un anno dai Voucher - Tavola rotonda

Analisi della situazione locale con particolare riferimento alle lesioni cutanee.

Punti forza, punti di debolezza e prospettive.

La vision dell'ASL

La vision del MMG

La vision del Pattante

La vision dell'infermiere

2° giorno

SESSIONE MATTUTINA

I contesti pratici del buon "governo clinico"

Il trattamento delle lesioni cutanee alla luce delle criticità, delle positività e del nuovo contesto gestionale.

La gestione con Linee Guida e alla luce dell'Evidence Based Nursing

Il controllo della lesione: quali possibilità

Le difficoltà del trattamento domiciliare, quali percorsi attivare

SESSIONE POMERIDIANA

La costruzione di protocolli:

strumenti per il controllo operativo...
(lavoro a piccoli gruppi)

Messa in comune degli elaborati prodotti all'interno dei singoli gruppi di lavoro

Valutazione ECM

Docenti

- Bonelli Sergio
- Derui Pietro Luigi
- Paggi Battistino

Moderatore della Tavola rotonda

- Citterio Stefano

Destinatari: infermieri

Posti a disposizione:

45 Infermieri IPASVI Como

5 Infermieri IPASVI altri Collegi

Costo:

25,00 IPASVI COMO

50,00 IPASVI fuori COMO

Data apertura iscrizioni:

mercoledì 5 ottobre 2005 (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

PER QUESTO EVENTO È STATO CHIESTO ACCREDITAMENTO ECM PER GLI INFERMIERI.

EV. n. 1830-211126



NOTIZIE IN PILLOLE

Procede la marcia di approvazione del Ddl sulla costituzione di Ordini e Albi professionali per le professioni sanitarie non mediche.

Da un momento all'altro il Ddl in questione (vedi testo integrale pubblicato su Agorà n. 27 - giugno 2005) farà il suo ingresso in Senato e poi sarà la volta della Camera. Il parlamento pare intenzionato all'approvazione senza curarsi delle obiezioni effettuate dall'Antitrust e dalla UE che avevano giudicato eccessiva la regolamentazione prevista con conseguente ostacolo alla concorrenza. Rilevante per il percorso è l'accordo raggiunto in Commissione tra maggioranza e opposizione sul testo unificato.

(fonte: Sole24Ore Sanità n. 27-2005)

Sicurezza e gestione delle tecnologie di sala operatoria / terapia intensiva

IN COLLABORAZIONE CON NEXTECH

Como - 19 novembre 2005

Centro Socio Pastorale C.Ferrari viale C.Battisti,8

EVENTO EFFETTUATO IN CORRISPONDENZA DELLE ELEZIONI PROVINCIALI

PROGRAMMA

9.00/12.00

Registrazione partecipanti

Sala operatoria:

Linea Giuda ISPEL, Legislazione Nazionale

La configurazione elettrica delle sale operatorie/terapia intensiva: equalizzazione del potenziale, trasformatore di isolamento, gruppi di continuità

14.00/17.00

Le apparecchiature biomediche: criticità dei sistemi, configurazione di sicurezza, il concetto di area paziente

I controlli periodici di tipo tecnico:

impianti, apparecchiature biomediche, analisi gas anestetici, convalida autoclavi

Aspetti di gestione tecnica delle apparecchiature:

il concetto di backup, i controlli periodici effettuabili dal personale clinico

Discussione finale

Test di apprendimento

Destinatari: Infermieri e Infermieri Pediatrici

Posti a disposizione:

81 Infermieri IPASVI Como

4 Infermieri e PASVI altri Collegi

4 Infermieri Pediatrici IPASVI Como

1 Infermieri Pediatrici IPASVI altri Collegi

Costo:

15,00 IPASVI COMO

30,00 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni: mercoledì 5 ottobre 2005 (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

PER QUESTO EVENTO È STATO CHIESTO

ACCREDITAMENTO ECM PER

INFERMIERI ev. n. 1830-211448.

INFERMIERI PEDIATRICI ev. n. 1830- 211449



NOTIZIE IN PILLOLE

RSA e ADI: presentata la ricerca Assr, Censis e Amministrazioni locali sul mondo dell'assistenza agli anziani.

Tante norme, tutte diverse. Investimenti dai 177 ai 10 euro pro capite e utenti poco informati. Lo scenario complessivo è sconcertante sebbene negli ultimi anni siano stati predisposti numerosi strumenti a livello legislativo e nonostante l'aumento degli interventi del SSN il volume complessivo degli interventi rimane inadeguato all'entità del problema, la cui soluzione è nella maggioranza dei casi a carico delle reti di supporto familiare.

L'Italia è uno dei paesi con la più alta percentuale di anziani: a gennaio 2003, secondo l'ISTAT vi erano il 19% di ultrasessantacinquenni con punte del 25 % in alcune regioni (Liguria), e il 9% di ultrasessantacinquenni.

Stupefacente come il 71,9% dei rispondenti affermi di non aver mai sentito parlare di ADI. Sulla base di questi risultati è stato elaborato un decalogo degli interventi necessari per garantire l'applicazione dei LEA e assicurare agli anziani il diritto alla salute.

(fonte: Sole24Ore Sanità n. 28-2005)

FABBISOGNO DELLE PROFESSIONI SANITARIE SECONDO LE STIME DEL MINISTERO: OLTRE 50.000 LE UNITÀ PREVISTE

Servono circa 50.067, tra operatori e professionisti diversamente distribuiti tra Regioni e Province Autonome. Queste ultime hanno così reso noti i fabbisogni sulla base dei quali il MIUR definirà i posti per i prossimi corsi di formazione. I più richiesti sono gli operatori di supporto alle professioni sanitarie (19.172 in tutto, di cui 11.957 OSS e il resto OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria), gli infermieri e le ostetriche (17.682 di cui 1.018 specializzati) e i professionisti della riabilitazione (oltre 5.500, di cui quasi 2.600 fisioterapisti). In tutto 1.691 i tecnici di radiologia e 1.104 i tecnici di laboratorio richiesti da Regioni e Province.

Il fabbisogno di infermieri è soprattutto rilevante per le regioni del Nord, oltre a Lazio e Sicilia.

(fonte: Sole24Ore Sanità n. 28-2005)

COLLEGIO IPASVI COMO

Organizzare, coordinare e dirigere: Il ruolo del manager infermiere

COMO - 21 novembre 2005

Sede: Grandate (Co), ARTSANA via Saldarini Catelli, 1

EVENTO EFFETTUATO IN CORRISPONDENZA DELLE ELEZIONI PROVINCIALI

OBIETTIVI

- Favorire l'acquisizione di metodi e strumenti manageriali nell'attuale contesto sanitario;
- Promuovere la cultura del cambiamento organizzativo
- Sviluppare la responsabilità professionale nell'ottica manageriale
- Formare la propria professionalità attraverso la continua revisione critica e l'aggiornamento
- Identificare in ogni contesto i bisogni di cambiamento organizzativo dell'assistenza infermieristica

PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 8.30** registrazione partecipanti
- 8.45** Apertura lavori e presentazione del congresso
Saluti dell'autorità

I SESSIONE

Formazione ed esercizio professionale dell'infermiere manager

MODERATORI:

Vincenzo MAGISTRELLI / M. Cristina CORRADINI

- 9.00** Evoluzione del ruolo del capo sala/coordinatore - Anna MICHETTI
- 9.30** Attuale contesto sanitario e ruolo del manager infermiere - Stefano CITTERIO
- 10.00** Quale formazione per il manager infermiere? - Stefania DI MAURO
- 10.30** Aggiornamento e formazione continua del Manager Infermiere: attuale contesto e criticità - Paola ZAPPA
- 11.00** Le responsabilità del Coordinatore Infermiere in attesa del profilo - Mario LAVATELLI

II SESSIONE

Esperienze a confronto

MODERATORI:

Vincenzo MAGISTRELLI / M. Cristina CORRADINI

- 11.30** Azienda Ospedaliera S. Anna di Como
Organizzazione dell'assistenza infermieristica e presentazione di una esperienza di direzione e coordinamento infermieristico di dipartimento - Anna MICHETTI e Lucia OSTINELLI

- 12.00** Ospedale Valduce - Como - Organizzazione dell'assistenza infermieristica e presentazione di una esperienza di direzione e coordinamento infermieristico di dipartimento - M. Cristina CORRADINI e Olga COSSA

13.00 PAUSA PRANZO

III SESSIONE - Tavola rotonda:

Organizzare, Coordinare e Dirigere: prospettive future

Moderatori: Stefano CITTERIO / Sandra RIVA

14.30 Sono stati invitati:

DG Sanità Regione Lombardia: Samuel DAL GESSO

Rappresentanti Organizzazioni sindacali provinciali: CGIL: Lucia CASSINA

CISL: Rosa PEREGO

UIL: Salvatore MONTEDURO

Dirigente SITRA: Barbara MANGIACAVALLI

Università dell'Insubria: Cecilia SIRONI

Direttore Sanitario D'Azienda: Antonino BONAFFINI

16.30 Dibattito guidato: Gli esperti rispondono

17.30 Conclusioni del convegno e compilazione questionari ECM

Destinatari: infermieri e Infermieri Pediatrici

Posti a disposizione:

175 Infermieri IPASVI Como

25 Infermieri IPASVI altri Collegi

15 Infermieri Pediatrici IPASVI Como

5 Infermieri Pediatrici IPASVI altri Collegi

Costo: 15,00 IPASVI COMO

30,00 IPASVI altri Collegi

Data apertura iscrizioni: mercoledì 12 ottobre 2005 (vedi modalità di iscrizione eventi formativi)

Informiamo che è possibile prenotare, all'atto dell'iscrizione, un buono pasto per il pranzo. Ulteriori informazioni verranno fornite al momento dell'iscrizione.

PER QUESTO EVENTO E' STATO CHIESTO ACCREDITAMENTO ECM PER INFERMIERI ev. n. 1830-217670 ECM N. 5 INFERMIERI PEDIATRICI ev. n. 1830-217671

Modalità d'iscrizione agli eventi formativi

- telefonicamente 031/300218, una telefonata max due iscrizioni;
- presso la segreteria negli orari di apertura (da lunedì a venerdì 9.00/12.00 - 14.00/17.00)
- Inviare ENTRO 5 giorni dall'iscrizione telefonica il coupon allegato e fotocopia del versamento effettuato;
- le modalità di pagamento verranno comunicate al momento della prenotazione.
- LA QUOTA NON È RIMBORSABILE.

COLLEGIO IPASVI COMO SCHEDA DI ISCRIZIONE PER EVENTI FORMATIVI

TITOLO EVENTO

DATA

COGNOME NOME

INDIRIZZO

RECAPITO TELEFONICO

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

QUALIFICA

COLLEGIO DI APPARTENENZA

SEDE DI LAVORO

N. TESSERA

DATA DI ISCRIZIONE

L'iscrizione all'evento deve essere prenotata telefonicamente o personalmente presso la Segreteria.

Solo dopo avere avuto conferma della disponibilità di posti, inviare la scheda, entro 5 giorni, unitamente alla copia del versamento della quota di iscrizione all'evento, al n. **031/262538**.



NOTIZIE IN PILLOLE

CREDITI FORMATIVI ECM 2005

Nella seduta del 23 marzo 2005, la conferenza permanente stato regioni ha stabilito che i crediti ECM per l'anno 2005 sono stati fissati in 30 e non in 40 come precedentemente comunicato.

Assistenza infermieristica domiciliare: al via il documento di riconoscimento

A cura di IP Ciro Marino

Cari Colleghi, il Collegio di Como, sensibile all'importanza dell'attività domiciliare libero professionale, vuole arricchire di un nuovo contenuto di trasparenza l'attività domiciliare stessa, dotando tutti gli Infermieri libero professionisti con partita IVA, che ne faranno richiesta, di un cartellino di riconoscimento da apporre sulla propria vettura.

Per avere diritto al documento bisogna essere iscritti al Collegio di Como ed avere una posizione IVA aperta.

Per la richiesta di tale cartellino è necessario compilare il modulo sottoriportato consegnandolo poi in Segreteria negli orari d'ufficio.

RICHIESTA CARTELLINO DI RICONOSCIMENTO PER INFERMIERI LIBERI PROFESSIONISTI

Al Presidente
COLLEGIO IPASVI COMO

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ PROV _____ IL _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

IN VIA _____

ISCRITTO A QUESTO COLLEGIO DAL _____ N. ISCRIZIONE _____

QUALIFICA _____

ATTIVITÀ PROFESSIONALE _____

TERRITORIO DI RIFERIMENTO _____

AUTO _____ TARGA _____

P. IVA _____

CHIEDE

CHE GLI VENGA FORNITO CARTELLINO GENERICO DI RICONOSCIMENTO DA APPORRE SUL PARABREZZA DELLA PROPRIA AUTO.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL CARTELLINO SARÀ STRETTAMENTE PERSONALE, NON LO CEDERÀ A TERZI E LO UTILizzerà AL SOLO FINE DI UNA MAGGIORE TRASPARENZA PROFESSIONALE.

Data _____ Firma del Professionista _____

A proposito di CO.CO.CO

A cura di IP Ciro Marino

Cari Colleghi liberi professionisti, chi di voi ha visitato il sito della cassa di previdenza ENPAPI nell'area approfondimenti, avrà certamente notato un articolo sulla legge Biagi: novità sulle Co.Co.Co.... Ebbene a pagina due (La tutela previdenziale del collaboratore) si legge che il rapporto di Co.Co.Co. è una delle possibili modalità di svolgimento della professione infermieristica.

Il Collegio di Como ha interpellato il Consulente del Lavoro rag. Sergio Bazzanella il quale ha inviato a sua volta una lettera molto circostanziata alla cassa di previdenza la quale esprime stupore per quanto loro affermato.

Pubblichiamo la lettera del rag. S. Bazzanella, in attesa di risposte certe da parte di ENPAPI, che sostiene che per una professione protetta quale la nostra, la modalità di svolgimento di lavoro in forma coordinata e continuativa è assolutamente vietata dall'ordinamento fiscale.

Cantù, 21.07.2005

Spett
ENPAPI
www.previdenzaipasvi.it
info@previdenzaipasvi.it
e p.c.
Collegio IPASVI - Como

oggetto: Vs/ articolo su "approfondimenti" - La Legge Biagi ultime novità

Nella giornata di ieri ero al Collegio IPASVI di Como (per inciso sono il Consulente del Collegio). Un iscritto, si è presentato dal sottoscritto, adducendo il fatto che era corretto avere dei rapporti di collaborazione coordinata e continuativa nell'arte infermieristica, giusto l'Articolo da Voi pubblicato nella sezione di cui all'oggetto.

Sono rimasto allibito, nel leggere il contenuto della Vs/ interpretazione!

Non esiste, non è ammissibile e non è corretto quanto da Voi indicato: NON È VERO CHE LE CO.CO.CO. SONO AMMISSIBILI PER LEGGE NELL'ARTE INFERMIERISTICA PROFESSIONALE e mi stupiscono le affermazioni da voi indicate!

Molto presumibilmente, quanto da Voi scritto è riferito esclusivamente al contributo dovuto alla Cassa per i Co.Coo.Co delle Cooperative, ma la Legge fiscale italiana VIETA in modo categorico le Co.Co.Co. nell'arte, mestiere e professione del soggetto che le svolge. Quanto sopra non è derivato dalla Legge Biagi (D.Lgs 276/2003 art. 61 commi da 1 a 3) bensì dal T.U. delle Imposte sui Redditi n° 917 del 22.12.1986 con successive modificazioni ed integrazioni che all'Art. 50 (attuale) comma c-bis recita testualmente "Sono assimilati ai redditi di lavoro dipendente... nonché quelli percepiti in relazione ad altri rapporti di collaborazione aventi per oggetto la prestazione di attività svolta senza vincolo di subordinazione a favore di un determinato soggetto nel quadro di un rapporto unitario e continuativo senza impiego di mezzi organizzati e con retribuzione periodica prestabilita, sempreché gli uffici e le collaborazioni non rientrino nei compiti istituzionali compresi nell'attività di lavoro dipendente di cui all'Art. 46 (49) comma 1 concernente redditi di lavoro dipendente, o nell'oggetto dell'arte e professione di cui all'Art. 49 (53) comma 1 concernente redditi di lavoro autonomo esercitate dal contribuente"

L'Infermiere Professionale iscritto al relativo Collegio possiede un'arte, mestiere e professione certificata dalla Legge (iscrizione ad Ente di Diritto Pubblico) e pertanto NON PUÒ SVOLGERE ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA nella propria arte, mestiere o professione con chiunque, sia esso una Cooperativa o un'azienda pubblica oppure privata

La Legge Biagi (D.Lgs 276/2003) ha esclusivamente introdotto il c.d. "Lavoro a Progetto" senza nulla cambiare relativamente alle Co.Coo.Co. che sono ancora ammesse nei confronti dei soggetti titolari di pensione di vecchiaia o degli Amministratori di Società, Revisori, Sindaci, Enti ecc. (semprechè non rientrino nell'arte mestiere o professione del soggetto che la esercita).

Chiaro come il sole che un lavoro a progetto nell'Arte Infermieristica Professionale non è affidabile ad un soggetto iscritto all'Albo relativo ma è altrettanto chiaro che le Co.Co.Co. nella propria professione sono VIETATE, qualunque essa sia la professione (Infermiere Professionale od altro).

Tutto quanto premesso, se è vera la realtà che alcuni iscritti ai Collegi IPASVI svolgono prestazioni in qualità

di Co.Co.Co. la Legge non le ammette ora, ma non le ha mai ammesse (risaliamo all'anno 1959 Legge c.d. "Vigorelli"), quando le stesse si configuravano come attività professionale del soggetto (all'epoca soggette all'I.G.E) oppure rientranti nell'attività specifica dell'Impresa comunque fosse denominata (cooperativa, Ente, azienda od altro) e quindi soggette all'INPS (od altro Ente) configurandosi un rapporto di lavoro subordinato occulto.

Pertanto, se è vero che la contribuzione dovuta alla Cassa è comunque dovuta anche da soggetti titolari di un rapporto di lavoro errato nella forma e nella sostanza, è scorretto l'articolo da Voi pubblicato, in quanto, l'obbligo previdenziale non ha nulla a che vedere con quanto la Legislazione fiscale in materia prevede.

Quindi, il soggetto che svolge prestazioni in qualità di Co.Co.Co. o è Lavoratore dipendente in base all'Art. 2094 c.c. (o socio lavoratore di cooperativa) oppure è Lavoratore Autonomo (art.2082 c.c.); non esiste l'ibrido né la via di mezzo.

Attendo di leggere sul Vs/sito la debita rettifica o la nuova interpretazione in merito, evitando interpretazioni fuorvianti a quanto la Legislazione attuale prevede.

Rag. Sergio Bazzanella
Consulente del lavoro Collegio IPASVI Como



NOTIZIE IN PILLOLE

CENSIS: presentati i risultati di un'indagine sull'universo di Internet che si occupa di temi sanitari

Il boom dei siti dedicati a temi sanitari è sotto gli occhi di tutti. Ma quanto sono affidabili, accessibili, accurati e sicuri? L'indagine Censis "Il web come consulente sanitario globale" tenta di rispondere in modo dettagliato a questi interrogativi.

Secondo i ricercatori la qualità dei siti in generale è buona ma i rischi non mancano soprattutto sul piano dei contenuti spesso troppo superficiali, tanto che solo il 7,4% dei siti può fregiarsi del "bollino qualità". Ammontano a quasi 200 indirizzi internet, i siti analizzati su 4 caratteristiche: affidabilità, superficialità, usabilità e varietà dei contenuti.

PARAMETRO ANALIZZATO (indice da 0 a 20)	VALORE MEDIO
AFFIDABILITÀ	11,1
SUPERFICIALITÀ	5,3
USABILITÀ	10,0
VARIETÀ DEI CONTENUTI	8,5

(fonte: Sole24Ore Sanità n. 27-2005)

DOMANDA D'INDENNIZZO PER DANNO IRREVERSIBILE

Informiamo che ai sensi e per gli effetti della Legge 25 febbraio 1992 n. 210 come modificata con Legge 25 luglio 1997 n. 238, è possibile inoltrare domanda entro il 25 novembre 2005 all'ASL di competenza per DANNO IRREVERSIBILE CONTRATTO A SEGUITO DI CONTATTO CON SANGUE E SUOI DERIVATI PROVENIENTI DA SOGGETTI AFFETTI DA HIV O EPATITE VIRALE.

Gli interessati possono richiedere la modulistica presso la Segreteria del Collegio.

COORDINAMENTO CAPOSALA

Il Coordinamento dei Caposala richiede nominativi di Caposala interessati ad impegnarsi nella prossima costituzione del Coordinamento Caposala provinciale di Como/Lecco.

Gli interessati possono inviare la propria adesione al seguente indirizzo mail: lorena.salvini@tiscalinet.it

Commissione extracomunitari

A cura di IPAFD Maria Luisa Bianchi

La commissione extracomunitari, nel corso del triennio 2003/2005 ha visto un crescendo di candidati, tanto che è stato necessario aumentare le sessioni d'esame al fine di poter evadere le richieste pervenute:

ANNO	N. COMMISSIONI	TOT. CANDIDATI
2003	5	53
2004	8	52
2005 (agosto)	7	47

Ad oggi l'elenco speciale degli infermieri ed infermieri pediatrici che hanno sostenuto l'esame ed effettuato l'iscrizione al Collegio, vanta ben 15 nazionalità di provenienza.

Cittadinanza	2002	2003	2004	2005
Albanese	1		12	6
Argentina	1			
Boliviana		3	5	3
Bosniaca	2	9		
Brasiliana		1		
Congolese		1		
Filippina		2	2	2
Indiana	1	2	6	2
Nigeriana				1
Polacca		1		2
Rep.ceca				1
Rumena		13	21	24
Slovacca				2
Tunisina		9	3	1
Ucraina			1	

La commissione d'esame cittadini extracomunitari è attualmente composta da:

- Pina Adelaide con le funzioni di presidente della Commissione
- Bianchi Maria Luisa con le funzioni di Segretario della Commissione
- Cattaneo Flavia insegnante di lingua italiana

INFORMIAMO CHE, IN OCCASIONE DELL'EVENTO DEL 21 NOVEMBRE 2005 "ORGANIZZARE, COORDINARE E DIRIGERE: IL RUOLO DEL MANAGER INFERMIERE" CHE SI SVOLGERÀ IN CONCOMITANZA ALLE ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO PRESSO L'ARTSANA DI GRANDATE, LA SEGRETERIA DEL COLLEGIO RIMARRÀ CHIUSA PER TUTTA LA GIORNATA.

Algorà
Spazio di informazione del Collegio IPASVI di Como

Direttore Responsabile:

Citterio Stefano

Comitato di Redazione

Responsabile:

Citterio Stefano

Componenti:

Belluschi Valeria, Mafia Rosella, Pozzi Paola, Rubino Vitale

Segreteria di Redazione:

Sereni Daniela,
Zanini Daniela

Sede, Redazione, Amministrazione
Collegio IPASVI
Viale C. Battisti, 8
22100 Como

Proprietario:

Collegio IPASVI - Como

Tipografia:

Sea - Via Adamo del Pero, 6 22100
Como

Trimestrale informativo
del Collegio IPASVI di Como
Pubblicazione autorizzata dal Tribunale
di Como con decreto 1/98 del
09/02/1998

Per contattarci:

tel. 031/300218

fax 031/262538

e-mail: info@ipasvicomo.it

INFORMAZIONI SULLE NORME EDITORIALI

"Agorà", trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como, pubblica contributi inediti (ricerche, esperienze, indagini, approfondimenti, comunicazioni, informative professionali...) nel campo delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Il testo dei contributi deve essere dattiloscritto, possibilmente su file (formato Word) ed accompagnato da un breve riassunto (max 200 parole). Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità e vanno numerate progressivamente e/o accompagnate da didascalie. Vanno indicati con chiarezza il nome, cognome qualifica e l'indirizzo di riferimento dell'autore/i.

Le note bibliografiche devono essere essenziali e limitate agli autori citati nel testo. Ogni articolo è sotto la diretta responsabilità dell'autore/i ed è sottoposto all'insindacabile giudizio del comitato di redazione. Se lo riterrà opportuno, il comitato di redazione proporrà delle modifiche che devono essere accettate dall'autore/i.

La pubblicazione dei contributi non prevede nessun costo per gli autori e parallelamente nessun compenso.

Gli articoli o contributi devono pervenire alla sede del Collegio I.P.A.S.V.I. Como, via Cesare Battisti, 8 su dischetto in formato Word, oppure via email all'indirizzo info@ipasvicomo.it

IL COMITATO DI REDAZIONE ringrazia fin da ora chiunque vorrà contribuire alla continuità e allo sviluppo della rivista.

OSPEDALE "MORIGGIA PELASCINI" GRAVEDONA

Accessi vascolari venosi e arteriosi: scelta dei materiali, procedure e ottimizzazione della gestione 2° ed. 17 e 21 ottobre 2005

Info: direzione@ospedaledigravedona.it - fax 0344/85896

FEST

Il triage infermieristico in Pronto Soccorso e aspetti relazionali - Torino; 3° ed. 19/20/21/22 ottobre 2005

Info: Tel. 011/325743

SI.Pe.M.

13° Congresso nazionale "L'educazione in medicina" - Genova 17/18/19 novembre 2005

Info: segreteria@bccongressi.it
Tel. 010/5957060 - Fax 010/5958548

ANIARTI

L'infermiere in Area Critica: pensare, essere, fare. Sorrento 26/27/28 ottobre 2005

Info: aniarti@aniarti.it www.aniarti.it
tel. 055/434677 - fax 055/435700

A.E.I.O.T. A.I.I.O.T.

Terzo millennio l'agire infermieristico: scenari assistenziali e orientamenti - Bellaria (Rn) 9/10/11 novembre 2005

Info: congressi@euroteam.sm - www.euroteam.sm
tel. 0549/919490 - fax 0549/919412

AEFFE

Convegno "Gli operatori sanitari nell'emergenza intraospedaliera: professionisti a confronto" - Tarquinia 25 novembre 2005

Info: Aeffe@infermieredellatruscia.it - www.infermieredellatruscia.it cell. 320/8331205 - fax 0761/820678

CARD

La gestione delle malattie croniche e la tutela del "paziente fragile" Roma 1 - 3 dicembre 2005

Info: eventi@iniziativesanitarie.it - www.iniziativesanitarie.it
tel. 06/5919418 - fax 06/5912007

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA

"Fare le cose giuste" l'appropriatezza in Medicina Riabilitativa - Ferrara 15/16/17 dicembre 2005

Info: tel. e fax. 0532/595011

AZ. OSPEDALIERA S.ANNA

- BLS IRC-ERC Adulto (Basic Life Support - rianimazione cardiopolmonare di base)
- BLS defibrillazione IRC-ERC Adulto (Basi Life Support - rianimazione cardiopolmonare di base)
- Formazione e prevenzione patologica acuta e cronica del rachide nello spostamento carichi in assistenza

Info: formazione@hsacomo.org
www.hsacomo.org/corsi.php - tel. 031/5854166

SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE

Nutrizione e idratazione alla fine della vita

Cremona 28 ottobre 2005

Bergamo 25 novembre 2005

Info: ebpcongress@libero.it - tel. e fax 02/4989818

RAAS

- Lesioni da pressione: dalla prevenzione alla cura. La medicazione avanzata - 5 novembre 2005
- Sistemi di qualità UNI ENI ISO 9001:2000 - 8 novembre 2005
- Evidence based practice: l'assistenza al paziente nel pre e post operatorio - 11 novembre 2005
- La bioetica e l'attività infermieristica - 12 novembre 2005
- L'educazione terapeutica per il controllo efficace del dolore - 25 novembre 2005
- Autonomia e responsabilità dell'infermiere nell'esercizio della professione infermieristica - 26 novembre 2005
- Gestione della relazione ed il bisogno di comunicare nel prendersi cura della persona - 3 dicembre 2005
- Sistemi di Qualità UNI ENI ISO 9001:2000 - 6 dicembre 2005
- Internet ed evidence based nursing: dove ricercare informazioni per la pratica professionale infermieristica - 9 dicembre 2005
- Il monitoraggio telemetrico e la sua importanza nell'assistenza alla persona con patologia cardiaca - 10 dicembre 2005
- Gestione del rischio nella professione infermieristica e negli errori di somministrazione - 16 dicembre 2005
- La risposta infermieristica ai bisogni della persona con alzheimer e rispettiva famiglia - 17 dicembre 2005
- Sede degli eventi Gallarate Va

Info: formazioneraas@libero.it
tel. 0331/701766 - fax 0331/798050

FORMAZIONE IN AGORÀ

- Motivazione e professione: per essere e per fare Padova 3 / 4 novembre 2005
- Infermiere e metodologia clinica Padova 7/8 novembre 2005
- Management infermieristico: i carichi di lavoro - Padova 9/10 novembre 2005
- Metodologia della ricerca infermieristica: questionari e interviste - Padova 14/15 novembre 2005
- Infermiere e processo di assistenza: diagnosi infermieristiche - Padova 28/29 novembre 2005
- Documentazione sanitaria: cartella clinica infermieristica - Padova 30 novembre 1 dicembre 2005
- Management infermieristico: integrazione organizzativa della risorsa umana Padova 6/7 dicembre 2005
- Infermiere e informatica: grafici excel e presentazioni Power Point Padova 13/14 dicembre 2005
- Infermiere e processo di assistenza: pianificazione assistenziale con NOC e NIC Padova 28/29 novembre 2005

Info: formazioneinagora@virgilio.it
tel. 049/8703457 - cell 346/2152759

VITARESIDENCE

Sede dei corsi : Legnano (MI)

- Il lavoro nel gruppo e il gruppo di lavoro - 27 settembre 2005

- Il "Lavoro" assistenziale con i morenti e i familiari in lutto - 4 ottobre 2005
- Il gruppo in azione: quali motivazioni e capacità per un buon lavoro di gruppo? - 7 ottobre 2005
- L'assistenza infermieristica alle persone affette da SLA, Sclerosi multipla e Corea di Huntington in fase avanzata - 11 e 27 ottobre 2005
- La demenza, tra paura e desiderio - 9/16/23 novembre 2005 - SEDE: Guanzate
- Assicurare la funzione cardiocircolatoria: clinica ed elettrocardiografia di base nell'assistenza infermieristica - 15 novembre 2005
- La relazione di aiuto nell'assistenza infermieristica in oncologia - 21 novembre 2005
- "...L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato..." (Codice Deontologico dell'infermiere, 02.1999) - 29 novembre 2005

Info: sbotta@vitaresidence.org
Tel. 031/35282101/211 - Fax 031/35282212

LAURI - Corsi II Semestre 2005

Sede: Milano

OTTOBRE

- 21/22 Organizzazione dell'assistenza in area geriatrica
- 26 Prevenzione e protezione dalle punture accidentali
- 28 Triage in pronto soccorso - corso base
- 28 Autonomia e responsabilità giuridica dell'infermiere
- 29 L'infermiere e il buon morire

NOVEMBRE

- 3 La motivazione come fattore di qualità assistenziale
- 3 Legge sulla privacy e ricadute operative per gli infermieri
- 4 Le aree critiche nella comunicazione interpersonale
- 4 L'integrazione dell'OSS nell'equipe assistenziale infermieristica: ruolo, funzioni, aspetti problematici
- 5 Pianificazione dell'assistenza infermieristica
- 5 Gestione delle emozioni e accompagnamento alla morte
- 11/12 Gestione infermieristica dell'arresto cardiocircolatorio: prevenzione, riconoscimento e trattamento
- 12 Linee guida sul cateterismo uretro-vescicale
- 12 Preparazione e somministrazione dei farmaci antitumorali
- 18/19 Prevenzione e trattamento delle complicanze dell'allettamento prolungato
- 25 Il controllo delle emozioni come fattore di qualità assistenziale
- 26 Accoglienza in ospedale del paziente con infarto miocardico acuto
- 26 Il tutorato clinico
- 26 Le funzioni manageriali dell'infermiere con responsabilità di coordinamento

DICEMBRE

- 2 Metodologia della ricerca infermieristica
- 3 Organizzazione e coordinamento dell'equipe assistenziale
- 3 Linee guida, protocolli e procedure per la prassi assistenziale
- 3 Il processo di sense-making nell'assistenza
- 3 La cura dei "folli": malati o diversi?
- 5/6 Progettare e organizzare il lavoro per turni
- 13 Controllo delle infezioni ospedaliere - corso base
- 15 La gestione del burnout come fattore di q.a.
- 16/17 Organizzazione dell'assistenza in area geriatrica
- 16/17 La gestione e lo sviluppo delle risorse umane
- 16/17 Relazione d'aiuto - corso avanzato
- 17 Assistenza al paziente pediatrico in situazioni d'emergenza
- 17 Il politraumatizzato: approccio e trattamento in pronto soccorso
- 17 L'autovalorizzazione come fattore di qualità assistenziale

- 20 Prevenzione e cura dalle punture accidentali
- 20 Il controllo dello stress come fattore di qualità assistenziale
- 21 Il prelievo e il trapianto di organi e tessuti: aspetti etici assistenziali
- 21 Triage in pronto soccorso - corso base

Info: info@lauriedizioni.com - www.lauriedizioni.com
Tel. 02/531014 - 02/5398509 - Fax 02/531067

CEREF - Centro Ricerca e Formazione Padova - Corsi per Infermieri 2005 - 2006

Sede dei Corsi: Padova

CLINICA DEL NURSING

- Interventi infermieristici nella riabilitazione respiratoria - 3 novembre 05
- Aiutare il paziente oncologico ad elaborare adeguate strategie di coping (reazione e risposta) - 8/9 novembre 05
- L'infermiere e la morte - 10 novembre 05
- Risk management: come monitorare, gestire i processi critici ed analizzare le cause profonde degli eventi avversi nella clinica - 11 novembre 05
- I problemi alcol-correlati: come riconoscerli ed intervenire - 1 / 2 dicembre 05
- La sterilizzazione in sala operatoria: innovazioni tecniche e normative - 6 dicembre 05
- Contenzione della contenzione - 16 dicembre 05
- Assistenza infermieristica post-ictus - 16 dicembre 05
- Efficacia nella relazione con la persona utente - 17 dicembre 05
- Linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione - 19/20 dicembre 05
- Assistenza infermieristica perioperatoria: prevenire le complicanze - 21 dicembre 05

ANSIA, STRESS E DOLORE

- Le tecniche fisico-sensoriali - 23 novembre 05
- La respirazione e il rilassamento - 24 novembre 05
- La visualizzazione e l'immaginazione - 25 novembre 05
- Nursing avanzato per l'assistenza al bambino con dolore - 1 dicembre 05
- I disturbi del sonno: tecniche infermieristiche - 1 / 2 dicembre 05

NURSING PER L'ANZIANO

- L'assistenza all'anziano fragile e l'attività fisica terapeutica - 24 novembre 05
- Assistere l'anziano. Nuovi paradigmi - 25 novembre 05
- Nursing avanzato al paziente anziano con dolore - 16 dicembre 05
- Assistenza infermieristica per la corretta funzionalità intestinale dell'anziano - 21 dicembre 05

NURSING SALUTE MENTALE

- Il paziente aggressivo: interventi infermieristici di prevenzione e gestione del rischio - 14 dicembre 05
- Paziente con disturbi psicotici: assistenza infermieristica basata sulle evidenze - 15 dicembre 05

METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA

- Metodologia e tecniche di misura: approccio quantitativo e qualitativo - 8 novembre 05
- Analisi qualitativa e quantitativa di dati con software dedicati per la ricerca di base infermieristica - 2 dicembre 05

METODOLOGIA DEL NURSING

- Valutare gli esiti dell'assistenza infermieristica - 6 dicembre 05

GESTIONE E ORGANIZZAZIONE

- Analisi economica dei sistemi infermieristici - 19 ottobre 05
- Lavorare con i gruppi. Programmazione, realizzazione e conduzione - 25/26 ottobre 05
- Come costruire la "scheda assistito dei servizi territoriali" - 10 novembre 05
- Il mentoring per il nursing - 18 novembre 05

- Progettare modelli di cambiamento dell'assistenza nelle unità operative utilizzando in modo ottimale le risorse - 29/30 novembre 05
- Indicatori di unità operativa di interesse infermieristico - 29 novembre 05
- Statistica essenziale per il budget - 30 novembre 05
- Il coordinatore di dipartimento: strumenti per programmare, gestire e valutare - 15/16 dicembre 05

CORSI SULLE RESPONSABILITÀ GIURIDICHE E PROFESSIONALI

- Trasfusioni di sangue e di emoderivati: responsabilità organizzative ed operative - 4 novembre 05
- Vaccinazioni: responsabilità organizzative ed operative - 15 novembre 05

CORSI PER LA FORMAZIONE

- Dalla definizione degli obiettivi alla scelta dei contenuti - 27 ottobre 05
- Il metodo "lezione" - 28 ottobre 05
- Il metodo "caso" - 23 novembre 05
- Il metodo "role-play" - 24 novembre 05
- Valutare l'apprendimento - 12/13 dicembre 05

CORSI RIVOLTI A PIÙ FIGURE PROFESSIONALI

- Come costruire e implementare linee guida, protocolli, procedure e percorsi assistenziali - 1° edizione: 20/21 settembre 05 / 2° edizione: 17/18 novembre 05
- Il modello di campionamento nella metodologia della ricerca in sanità - 26 ottobre 05
- Valutare la qualità percepita - 2/3/4 novembre 05
- Come costruire un questionario - 10 novembre 05
- Elaborazione statistica di dati rilevati attraverso questionari - 11 novembre 05
- La comunicazione organizzativa - 22/23 novembre 05
- Costruire indicatori clinici e standard per verificare, monitorare e migliorare le performance dell'assistenza sanitaria - 24/25 novembre 05
- Carta dei servizi: come costruirla ed applicarla. Uno strumento per la comunicazione nel dipartimento - 12 dicembre 05
- La gestione dei conflitti - 13/14 dicembre 05
- La sindrome del burnout - 15/16 dicembre 05
- Come organizzare un convegno - 19 dicembre 05

*Info: segreteria@ceref.it - www.ceref.it
Tel. 049/8804827 - Fax 049/8803646*

CESPI

- Dalla cura all'autocura: assistenza ai malati portatori di stomia - 17/18/19 ottobre 2005
- Emergenze psicofisiche: approccio non invasivo - 21 ottobre 2005
- Aggiornamento nell'assistenza in dialisi peritoneale - 26/27/28 ottobre 2005
- Conoscenza del codice deontologico: presupposto all'esercizio della professione - 3 novembre 2005
- La movimentazione delle persone disabili - 4/5 ottobre 2005
- Educazione terapeutica: aggiornamento nell'approccio alla pratica infermieristica - 7/8 novembre 2005
- Ergonomia dell'alimentazione - 10/11 novembre 2005
- Assistere il malato oncologico: aggiornamenti - 14/15 novembre 2005
- In piedi senza dolore - 17/18 novembre 2005
- Il profilo di competenza nella professione infermieristica: la costruzione

e l'utilizzo del profilo di competenza nell'agire quotidiano - 21/22/23 novembre 2005

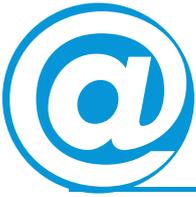
- Formazione della leadership - 24/25 novembre 2005
- La ricerca infermieristica - 29/30 novembre 2005
- La ricerca clinica: ruolo dell'infermiere - 1 dicembre 2005
- Ergonomia del gesto - 2/3 dicembre 2005
- Il case management nel lavoro infermieristico - 5/6 dicembre 2005
- Tocco massaggio - 5/6/7 dicembre 2005
- Tecniche di rilassamento e meditazione - 12/13 dicembre 2005
- Prevenire il burn-out nelle relazioni di cura - 14/15/16 dicembre 2005
- Sede dei corsi - Torino

*Info: segreteria@cespi-centrostudi.it - www.cespi-centrostudi.it
tel. 011/4366018 - fax 011/4357138*

A.I.S.Le.C

- La ricerca e l'uso dell'EBN: corso base
- 1° ed. Tradate (Va) 14/15 ottobre, 28/29 ottobre, 26 novembre 2005
- 2° ed. Pinerolo (To) 21/22 ottobre, 11/12 novembre, 17 dicembre 2005
- Diabete: complicanze cutanee agli arti inferiori e piede diabetico - Milano 28/29 ottobre 2005
- La gestione delle lesioni cutanee dell'arto inferiore - Cecina (Li) 19 novembre 2005
- Assistenza alla persona con lesioni da pressione: EBN e linee guida per il trattamento
- Pinerolo (To) 1° ed. 16 novembre; 2° ed. 17 novembre 2005
- Firenze 1° ed. 29 settembre; 2° ed. 27 ottobre; 3° ed. 26 novembre 2005
- Linee guida ed evidenze scientifiche per la prevenzione delle lesioni da pressione
- Cecina (Li) 3° ed. 18 novembre 2005
- Castelfranco Veneto (Tv) 12 novembre 2005
- L'infermieristica basata sulle evidenze: linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione
- Milano 2/3 dicembre 2005
- Bolzano 10/11 novembre 2005
- Porto Potenza (Mc) 4/5 novembre 2005
- Metodi e strumenti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione
- Milano 1° ed. 21 ottobre; 2° ed. 22 ottobre 2005
- Villa D'Adda (Bg) 19 novembre 2005
- Cecina (Li) 1° ed. 4 novembre; 2° ed. 5 novembre 2005
- Linee guida sulla nutrizione per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee
- Biella 1° ed. 21 ottobre; 2° ed. 22 ottobre 2005
- Pavia 5 novembre 2005
- Bolzano 1° ed. 16 dicembre; 2° ed. 17 dicembre 2005
- Corso Operatori di supporto ASA, OTA, OSS: il ruolo dell'ASA/ADEST/OTA/OSS nella prevenzione delle lesioni da decubito
- Castelfranco Veneto (Tv) 11 novembre 2005
- Firenze 1° ed. 29 settembre; 2° ed. 27 ottobre; 3° ed. 26 novembre 2005

*Info: segreteria@aislec.it - www.aislec.it
tel. 340/1644020 - 0382/422133 - fax 0382/523203*



News from the web

Aggiornamento su siti d'interesse

A cura di IPAFD Paola Pozzi

www.doctor33.it/

La più grande directory di medici italiana, con un'area pubblica di news, attualità, diagnosi e cura per l'utenza, ed un'area professionale di servizi, pronto soccorso, sezioni, biblioteca, indirizzi utili.

www.cercasalute.it

Guida internet su salute, medicina, benessere. Sezione rassegna stampa web, specialisti on line, categorie.

www.piazzasalute.it/

Guida al benessere per il cittadino. Fornisce informazioni di primo soccorso, rubriche di attualità, notizie sulla cura delle malattie.

www.angelfire.com/md/Italianmaverick/nurses.html

Sito curato da un gruppo d'infermieri della Rianimazione di Conegliano. Contiene documenti di aggiornamento sull'assistenza del paziente in Rianimazione.

www.anipio.it/msie.html

Sito ufficiale dell'Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere, che raggruppa infermieri e professionisti personalmente e professionalmente impegnati nelle attività e funzioni di Prevenzione e Controllo delle Infezioni Ospedaliere. Rivista Ufficiale.

www.chirurgiatoracica.org/per_infermieri.htm

Il sito compendia diverse aree: per medici, per infermieri, per fisioterapisti, per pazienti.

Convocazione elezioni

Informiamo che, come disposto dal decreto legge 14/03/2005 n. 35, coordinato con la legge di conversione 14/05/2005 n. 80 che di seguito riportiamo:

omissis... 4-sexis. All'articolo 2 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n.561, il quinto comma è sostituito dal seguente:

"I componenti del Consiglio durano in carica tre anni e l'assemblea per la loro elezione deve essere convocata entro il mese di novembre dell'anno in cui il Consiglio scade. La convoca-

zione si effettua mediante avviso spedito almeno dieci giorni prima a tutti gli iscritti, esclusi i sospesi dall'esercizio della professione, per posta prioritaria, per telefax o a mezzo di posta elettronica certificata. Della convocazione deve essere dato altresì avviso mediante annuncio, entro il predetto termine, sul sito internet dell'Ordine nazionale. E' posto a carico dell'Ordine l'onere di dare prova del solo effettivo invio delle comunicazioni".

Da quest'anno non decorre più l'obbligo di convocare l'assemblea delle elezioni a mezzo raccomandata, per-

tanto **la convocazione verrà inviata nei tempi e nei modi previsti dalla nuova normativa.**

RICORDIAMO CHE LE ELEZIONI SI SVOLGERANNO NEI GIORNI:

SABATO 19 NOVEMBRE 2005

COMO C. CARDINAL FERRARI

8.30/12.30 - 13.30/18.00

DOMENICA 20 NOVEMBRE 2005

COMO C. CARDINAL FERRARI

9.30/11.30

LUNEDI' 21 NOVEMBRE 2005

GRANDATE ARTSANA

9.00/18.00

Nel mese di novembre 2005 si svolgeranno le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti. In questo numero troverete pubblicate le date che coincideranno con delle iniziative formative accreditate ECM.

Di seguito troverete il modulo per proporre la Vostra candidatura. Partecipate numerosi, e tenetevi aggiornati anche sul nostro sito www.ipasvicomo.it

Scheda di candidatura per rinnovo cariche Triennio 2006/2008

COGNOME..... NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA.....

ISCRITTO AL COLLEGIO IPASVI DI COMO DALAL N.

QUALIFICA IP AS VI AFD IID DAI

SEDE DI LAVORO

RECAPITO TELEFONICO.....

ESPERIENZE PROFESSIONALI E/O FORMATIVE SIGNIFICATIVE:

SPECIFICARE SE INTENDE CANDIDARSI NEL

- CONSIGLIO DIRETTIVO
 COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Firma _____

INVIARE LA SCHEDA A
 COLLEGIO IPASVI
 VIALE C.BATTISTI,8 COMO
 TEL. 031/30021/ FAX. 031/262538
 E: MAIL info@ipasvicomo.it

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richieste verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti il rinnovo delle cariche nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

Il titolare del trattamento è Collegio IPASVI di Como, viale C.Battisti, 8. Il responsabile del trattamento è il presidente pro tempore dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.lgs n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente autorizza il trattamento dei dati personali

Data _____

FIRMA _____