

ScriptaManent

Notiziario a cura del Collegio IPASVI Bergamo



IPASVI

SCRIPTA MANENT - Anno XXIII n. 73 - Dicembre 2017 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c 1.662/96 - BG



Ipasvi vi augura buone feste!

SEGUICI SU  **IPASVI BERGAMO**

num
ero **73**

QUADRIMESTRALE DEL COLLEGIO IPASVI DI BERGAMO

Proprietà, Redazione e Amministrazione

Registrazione:

Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12
del 14 maggio 1994

Direttore Responsabile:

Beatrice Mazzoleni

Responsabile della Rivista:

Marco Ghidini

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente Mazzoleni Beatrice

VicePresidente Solitro Gianluca

Segretario Ghidini Marco

Tesoriere Gritti Maria Valentina **Consigliere**

Anemolo Enza

Consigliere Bergamelli Emanuela

Consigliere Cosmai Simone

Consigliere Facchetti Michele

Consigliere Gialli Marco Alessandro

Consigliere Gibellini Sonia Maria Teresa

Consigliere Mazzola Riccardo

Consigliere Pellegrini Ramona

Consigliere Poli Silvia

Consigliere Recanati Virginia Tranquilla

Consigliere Zaninoni Cinzia

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente Collegio Revisori dei Conti

Plebani Simona

Membro effettivo Collegio Revisori dei

Conti Mainardi Mariachiara

Membro effettivo Collegio Revisori dei

Conti Negroni Alessandra

Membro supplente Collegio Revisori dei

Conti Gibellato Alberto

Responsabile sito internet:

Gian Luigi Bena

Progetto grafico:

Gierre srl - Via A. Corti, 51 - Bergamo

Tel. 035.4243057

Stampa:

Novecento Grafico srl

Via Pizzo Redorta, 12/a - Bergamo

Tel. 035.295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito (www.ipasvibergamo.it) e consultando la sezione dedicata.

Per fornire alla commissione redazione articoli, spunti di miglioramento o segnalare criticità scrivere all'indirizzo: customerscriptament@ipasvibergamo.it

Orario apertura uffici:

lunedì, martedì, giovedì, venerdì

(9.30 - 12.00 / 13.30 - 17.00).

Giorno di chiusura: mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare

l'iscrizione all'albo mediante

autocertificazione

(DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il

ciudadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.



ISO 9001

Gli infermieri sono capaci di mettersi in gioco e lo fanno con l'Osservatorio civico sulla professione

3

a cura di Barbara Mangiacavalli

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

Congresso Nazionale 2018

6

a cura di Barbara Mangiacavalli

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

XVIII Congresso Ipasvi

7

Ecco le prime anticipazioni del programma a cura della Redazione

La sigla del Congresso Ipasvi 2018

8

affidata a un infermiere

a cura della Redazione

Rapporto Oasi 2017

10

La questione infermieristica è una priorità ormai indifferibile per un nuovo Ssn

a cura della Redazione

Federazione Ipasvi

13

Publicato l'elenco di "Esperti e collaboratori della Federazione nazionale Ipasvi in materia infermieristica"

a cura della Redazione

L'infermiere e i social media

14

a cura della Commissione Comunicazione

Collegio Ipasvi di Bergamo

Modalità di consultazione

Albo Nazionale

17

a cura di Simona Plebani,

Presidente Revisore dei Conti

Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età

18

Una revisione della letteratura

a cura di Simone Cosmai, Marco Ghidini, Monica Casati,

Cristina Caldara, Giuseppe Lazzari, Nadia Colombo,

Daniela Rizzo, Chiara Mainardi, Beatrice Mazzoleni

Sommario



Gli infermieri sono capaci di mettersi in gioco e lo fanno con l'Osservatorio civico sulla professione

a cura di *Barbara Mangiacavalli*
Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

L'intensa attività che caratterizza l'organo professionale degli infermieri non poteva prescindere dal tassello più importante della nostra attività professionale: il rapporto con i cittadini.

Questo perché la professione dell'infermiere è tra le più ben volute dai cittadini. E lo dimostrano con la loro disponibilità che, secondo i dati rilevati da Cittadinanzattiva attraverso il recente monitoraggio civico del servizio sui territori, è riconosciuta dal 59,52% dei cittadini: all'interno del servizio ADI 7 su 10 infermieri sono reperibili nella fascia oraria della mattina, più di qualunque altra professione sanitaria, medici compresi.

Ma come tutte le professioni sanitarie, colpite pesantemente dai blocchi del turn over e quindi senza ricambio di organici, sempre più ridotti, i dati che li riguardano - questa volta rilevati nel Pit salute - parlano anche di scarsa assistenza infermieristica e medica nel 35,1% dei casi e, peggio, in ospedale il 18,4% è considerato responsabile di comportamenti "poco umani" (13,7% del 2014 e inferiore a quello dei medici: 50,5%).

Colpa non solo di ritmi di lavoro che di umano hanno ben poco, ma anche del fatto che quasi nella totalità dei casi un infermiere deve lavorare almeno per due, vista la carenza di organici e la scarsa disponibilità organizzativa delle aziende.

Proprio per questo abbiamo deciso di realizzare - ed è partito in questi giorni - l'Osservatorio civico sulla professione infermieristica, grazie alla collaborazione tra Federazione Ipasvi e Cittadinanzattiva. Il contesto in cui si colloca l'iniziativa è quello secondo il quale Cittadinanzattiva vede nella professione infermieristica un ruolo centrale nel processo di offerta e garanzia di salute ai cittadini.

Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli in-

fermieri sono chiamati ad esercitare un ruolo sempre più incisivo, basato sulla sinergica collaborazione con i medici e gli altri professionisti sanitari, che riconosca le professionalità acquisite, e capaci di contribuire ad innalzare la qualità della risposta assistenziale ai cittadini che Cittadinanzattiva riconosce ai nostri professionisti (“Siamo convinti che la capacità di risposta del Ssn alle aspettative e ai bisogni assistenziali dei cittadini, soprattutto nel caso della cronicità e non autosufficienza, possa e debba migliorare, anche attraverso un maggior investimento e valorizzazione della professione infermieristica come previsto in vari atti di programmazione”, ha detto il responsabile di Cittadinanzattiva Tonino Aceti).

Oggi l’infermiere è un professionista laureato, che ha sviluppato competenza ed esperienza che gli permettono

di essere una risorsa importante anche per sostenere l’innovazione organizzativa che il Ssn è chiamato a realizzare, a partire ad esempio dall’attuazione del Piano Nazionale della Cronicità.

Purtroppo però, nonostante tutto questo, ci confrontiamo ancora con cronica carenza di personale infermieristico, oltre che di altri professionisti, gestito con ‘minutaggi’ e ‘tempari’ che incidono sulla qualità e sulla quantità del tempo dedicato al paziente, sulla qualità e accessibilità alle cure e ai servizi, e sui costi privati che quindi i cittadini devono sostenere per l’assistenza di cui hanno bisogno.

È evidente che c’è un gran bisogno di riallineare le politiche pubbliche con i bisogni dei cittadini. Anche la comunicazione, la relazione e l’umanizzazione dell’assistenza sono ambiti sui quali è necessario lavorare di più e non posso-



no certo essere marginali o trascurati. L'Osservatorio appena partito ha tre obiettivi:

- 1 Riconoscere il valore della professione infermieristica e renderla ancor più strategica;
- 2 far fare un ulteriore passo in avanti nel rapporto tra infermiere e cittadino, cercando di intercettare criticità e aspettative di questi ultimi;
- 3 trovare comuni linee strategiche di azione che possano orientare la professione verso la migliore qualità dell'offerta.

L'Osservatorio prevede un'indagine civica di natura esplorativa (target cittadini e pazienti) che punterà a raccogliere dati su diversi aspetti che verranno definiti dalle organizzazioni, come ad esempio: ambito relazionale, educativo, professionale e gestionale (es. "prestazioni richieste agli infermieri sul territorio", "forza lavoro e impatto del ruolo nelle organizzazioni", "competenze", "gestione della relazione", "umanizzazione" ecc.).

È prevista la costruzione di uno strumento di rilevazione da parte dell'Agenzia di Valutazione civica (AVC) di Cittadinanzattiva con un tavolo di lavoro coordinato che coinvolga i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti e Ispavi, i cui risultati saranno raccolti in un rapporto che sarà presentato nei primi mesi del 2018.

Gli infermieri sono, secondo i dati di Cittadinanzattiva, i più presenti nelle cure domiciliari: 84,31 per cento. Una presenza che, secondo il monitoraggio

dei servizi sul territorio "Fuori dall'Ospedale dentro le Mura Domestiche", di Cittadinanzattiva, è seguita al 73,87% da medici di famiglia e pediatri di libera scelta.

E non è solo un fatto di presenza o reperibilità: a contribuire alla definizione della diagnosi, dopo i medici specialisti (85.71%) e quelli di famiglia (35.06%), sono proprio gli infermieri (7.79%), seguiti poi da psicologi (5.19%) e assistenti sociali (1.30%).

Ma i dati negativi sulla scarsa assistenza e la poca umanità non ci piacciono ed è per questo che vogliamo, con lo strumento dell'Osservatorio, mettere a fuoco il nodo del problema per affrontarlo come Federazione sul piano professionale, etico e deontologico.

La nostra professione ha come scopo il rapporto coi pazienti. È per noi un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il 'patto col cittadino' che da anni ci caratterizza. Per noi è essenziale avere una relazione privilegiata con loro, per comprendere come ci vedono e come possiamo soddisfare nel modo migliore i loro bisogni di salute. Per questo abbiamo attivato l'Osservatorio civico.

E l'Osservatorio civico sulla professione infermieristica, nasce proprio come un programma partecipato da cittadini e infermieri per individuare in modo condiviso i nodi critici e le azioni di miglioramento sui quali lavorare tutti insieme. Ci mettiamo in gioco, è vero, ma lo facciamo per mettere davvero al centro della nostra professione il bisogno dei cittadini. ■

Congresso Nazionale 2018

a cura di *Barbara Mangiacavalli*

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Il XVIII Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi nasce all'insegna di novità che caratterizzano e hanno caratterizzato nei tre anni trascorsi dall'ultimo appuntamento congressuale la professione infermieristica.

Per questo abbiamo scelto che il Congresso sia contrassegnato proprio dall'impronta che gli infermieri danno all'assistenza, gestendola secondo l'uso ottimale delle risorse, sempre più spesso scarse, e garantendo risposte coerenti alle necessità della collettività con la massima appropriatezza clinica e organizzativa.

Abbiamo scelto che questo sia il Congresso degli infermieri e quindi caratterizzato da un ampio spazio per idee, progetti e realtà sviluppate a dimostrazione delle capacità proattive e attuative di ripensare e ripensarsi dentro l'organizzazione e secondo processi per orientare l'agire e le competenze a favore dei bisogni dei cittadini e per aggiornare il sistema salute.

La Federazione delinea la sua posizione per la prima volta attraverso le scelte che i presidenti dei Collegi determineranno insieme durante i lavori e che saranno la guida alla mozione finale, politica e professionale, dell'intero Congresso.

Un Congresso che metterà in mostra



le capacità della professione attraverso le nostre best practice senza che nessuna possa passare sotto silenzio, ma facendo sì che tutte abbiano il loro spazio per essere osservate ed apprezzate.

Dobbiamo, insieme, pensare e disegnare il nostro futuro, per la riconoscibilità degli infermieri e per lo sviluppo della professionalità che essi manifestano ogni giorno.

Il XVIII Congresso non sarà il Congresso "con" gli infermieri, ma "degli" infermieri, perché le scelte e le ricadute della professione, dalla capacità assistenziale allo sviluppo dell'alleanza con i cittadini, le disegneranno gli infermieri, tutti insieme.

Data la complessità sempre maggiore del sistema-bisogni e dei sistemi professionali non possiamo permetterci di non ripensare il sistema delle relazioni rimodulando gli equilibri di potere e influenza e cogliendo le finestre di opportunità evitando infruttuose contrapposizioni.

Un orizzonte obbligato per la sanità, anche con la legittimazione, il rispetto e il riconoscimento reciproco di tutte le professionalità coinvolte: è questa la base del raggiungimento di obiettivi per le risposte ai bisogni di salute della persona che gli infermieri devono e sapranno dare. ■

XVIII Congresso Ipasvi

Ecco le prime anticipazioni del programma

a cura della Redazione

Lunedì 5 marzo 2018 all'Auditorium della Musica in via P. De Cubertin, 30 a Roma, dalle 12 alle 15, tutti gli iscritti potranno registrarsi ai desk predisposti; quindi è prevista la cerimonia ufficiale di apertura che sarà possibile seguire anche in diretta streaming. I lavori si apriranno con il saluto delle autorità e con la consueta relazione introduttiva della presidente nazionale. A seguire, la prima sessione dedicata al tema: "Infermieri e cittadini: esercitare guardando al futuro" per fotografare i bisogni di salute modificati e porsi in una nuova relazione con il cittadino, facendo dell'infermiere l'agente morale del cittadino, un alleato indispensabile a stabilire un rapporto di partenariato.

Alle 18, una riflessione sulle violenze ai danni del personale sanitario chiuderà il primo atto congressuale. Una giornata che, però, non si concluderà, perché l'appuntamento, per i congressisti, è alle 20.45: uno spettacolo musicale a cura della Oversea Orchestra, e poi un "One man show" di un noto personaggio dello spettacolo che del mondo infermieristico... se ne intende!

Il secondo giorno, apertura lavori e saluti delle autorità alle 9.30. A seguire, mentre i presidenti provinciali Ipasvi si riuniranno in sessione parallela per di-

scutere di rapporto con i cittadini, istituzioni, mondo del lavoro, formazione e per redigere, assieme, la mozione conclusiva, in plenaria verranno presentate le "Esperienze e buone pratiche" fino alla pausa pranzo prevista fra le 12.45 e le 14. Di ritorno in sala, la seconda sessione intitolata: "Mondo del lavoro: esercitare in sicurezza" tratterà i temi dell'organizzazione e delle problematiche legate al diritto del lavoro. A seguire, il terzo talk: "Esercitare in partnership con le altre professioni". A fine giornata, alle 17,45 circa, i congressisti, in Auditorium, potranno assi-

stere allo spettacolo teatrale "E Johnny prese il fucile" a cura della Fonderia Mercury, della durata di circa un'ora.

Mercoledì 7 marzo, alle 9.30, apertura dei lavori per l'ultima giornata del Congresso e alle 9.45, quarta ed ultima tavola rotonda, dal titolo: "Esercitare al massimo delle potenzialità", per delineare criteri e indicatori di modelli innovativi e che valorizzino gli infermieri. La mozione conclusiva è prevista attorno alle ore 12, mentre, ufficialmente, il XVIII Congresso Ipasvi si chiuderà alle ore 13.

Come per le passate edizioni, per chi non potesse essere presente all'evento, buona parte dei lavori congressuali sarà trasmessa in diretta streaming. ■



La sigla del Congresso Ipasvi 2018 affidata a un infermiere

a cura della Redazione



Musicista, direttore della Oversea Orchestra, ma prima di tutto infermiere e iscritto Ipasvi, Filippo Martelli, in forze al Laboratorio di Tossicologia Clinica e Antidoping della Usl Toscana Centro.

Un pianista, per la precisione, che, tra un turno e l'altro, si è seduto al suo strumento ed ha composto la sigla ufficiale del Congresso Ipasvi 2018. La colonna sonora che accompagnerà le tre giornate di lavori in programma a Roma dal 5 al 7 marzo prossimi. Scopriamo meglio chi è.

Filippo Martelli, si definisce più un infermiere musicista o un musicista infermiere?

“Sinceramente, la carriera musicale mi ha accompagnato per tutta la vita e continua a farlo. Devo ammettere che le

competenze che ho in campo musicale superano di gran lunga quelle infermieristiche, per quanto mi dedichi al mio lavoro, ogni giorno, con la stessa passione. Credo, comunque, si tratti di due professioni che, da un punto di vista del 'sentire', direi da un punto di vista emozionale, si somigliano molto e mi ritengo assai fortunato ad aver avuto l'opportunità di potermi occupare di entrambe. Certo, il lavoro musicale, negli anni, si è ridotto in termini di frequenza; ma quello infermieristico, altrettanto importante ed utile per tante persone, è motivo, per me, di enorme soddisfazione. Sono convinto che quanti riescano a esercitare professioni diverse, ma che necessitano di una vera vocazione, siano da ritenersi fortunati e, pertanto, vi si debbano dedi-

care ancora con più convinzione. Io sono un infermiere e un musicista. E me ne vanto!”.

Si è meravigliato che i vertici della Federazione abbiano preferito rivolgersi a Lei e non ad un musicista a tutto tondo per creare la sigla ufficiale del Congresso nazionale Ipasvi?

“Francamente non me l’aspettavo! Ma, ovviamente, ne sono lusingato ed onorato. Credo che la scelta di affidare la parte musicale ad un musicista che fa parte anche del mondo infermieristico sia giusta e coerente in relazione al nostro Congresso. È bello che ci sia la possibilità di mettere in evidenza anche altre peculiarità di quanti vivono della professione infermieristica. Penso sia importante mettere a disposizione se stessi e quello che sappiamo fare oltre la professione specifica: si tratta di un arricchimento reciproco importante. Che poi abbiano fatto bene ad affidare proprio a me il mandato musicale è un’altra questione! Ma non spetta a me giudicare: per ora, mi sembrano tutti soddisfatti dei primi provini e perciò sono contento ed orgoglioso. Io posso solo dire di aver dato il massimo, mettendo in campo più il mio curriculum musicale che quello infermieristico. Ma, per l’occasione, era ciò che mi veniva richiesto”.

A cosa si è ispirato per comporre la colonna sonora del Congresso 2018? È stata una gestazione lenta o l’ha scritta di getto?

“L’ispirazione è nata via via, componendo vari brani che ho sottoposto all’esame dei vertici della Federazione, cercando di mettere assieme l’esperienza personale e i suggerimenti e le preferenze che mi venivano sottoposte. Credo sia importante, quando si compone, tenere alto l’ascolto degli altri e le loro esigenze, riuscendo a far convivere le

tue emozioni con quelle degli altri: questa, credo, sia la base per fare un buon lavoro sempre, in tutti i campi. Mi è stato d’aiuto ascoltare cose fatte prima e la mia passione smisurata per compositori come John Williams o Alan Silvestri (*autori di colonne sonore di film assai noti, ndr*) a cui mi ispiro da sempre quando mi capita di dover comporre dei nuovi brani”.

Quando è nata e qual è il “credo” della Oversea Orchestra?

“L’orchestra nasce nel 2001 ed ha come scopo principale quello di lavorare per i maggiori artisti italiani: all’inizio, abbiamo affiancato Marco Masini, Raf, Laura Pausini, Irene Grandi, Anna Oxa. Poi, via via, anche Dolcenera, i Pooh, Fabrizio Moro e Alessandra Amoroso. Senza contare le mie due direzioni al Festival di Sanremo, nel 2005 e 2009. Intanto, con l’Oversea Orchestra abbiamo ideato il progetto “Rock in Classic” dove proponiamo i brani rock più famosi, dai Beatles ad oggi, in chiave rigorosamente classica, senza l’ausilio di batteria o chitarre elettriche e tastiere. Un progetto unico in Europa dove spesso si ascolta, invece, la musica classica in chiave rock. Purtroppo, negli ultimi anni, le risicate risorse messe a disposizione dagli enti pubblici, hanno ridotto la nostra attività concertistica, ma noi teniamo duro!”.

Crede che la sigla del Congresso piacerà ai colleghi presenti? Insomma, usciranno dall’Auditorium fischiettando il suo tema principale?

“Secondo me, il motivo conduttore del tema principale è semplice ed orecchiabile. Non so se sarà una *hit*, ma chi può dirlo? Certo, me lo auguro di cuore. Io ce l’ho messa tutta perché chi prenderà parte al Congresso si senta orgoglioso della professione e perché questa sia un’occasione di felicità per tutti!”. ■

Rapporto Oasi 2017

La questione infermieristica è una priorità ormai indifferibile per un nuovo Ssn

a cura della Redazione



“**S**iamo al limite del paradosso: il rapporto medici-infermieri a livello di paesi Ocse è mediamente di 1 a 2,8 con le punte estreme e i valori maggiori tutti nei paesi dove l’assistenza sanitaria si caratterizza di più per efficienza ed efficacia. Ma in Italia no. In Italia siamo a 1 a 1,5 e i paesi che stanno peggio, tranne la Spagna che comunque c’è molto vicina, non sono davvero quelli in cui si brilla di più per livelli positivi di assistenza. Ma gli infermieri sono dichiaratamente (e non solo dalla nostra Federazione) considerati essenziali ormai per l’evoluzione dell’assistenza e per far fronte alle sfide del futuro”.

Barbara Mangiacavalli, presidente della

Federazione nazionale Ipasvi che raccoglie gli oltre 447mila infermieri italiani, di cui circa 280mila lavorano per il servizio pubblico, commenta i dati sulla professione che emergono dal Rapporto Oasi 2017 della Sda e Cergas Bocconi in cui un intero capitolo (ma i concetti base sono presenti anche nella sintesi generale) è dedicato agli infermieri e che di fatto sottolinea l’importanza della crescita della professione infermieristica, ma lancia anche l’allarme su ciò che potrebbe accadere se questa non avvenisse.

Ciò che rappresenta l’evoluzione necessaria del modello di assistenza del Servizio sanitario nazionale e che si basa non

su ipotesi, ma su una ricerca reale effettuata per Oasi: "La 'questione infermieristica' è di fondamentale importanza e da essa dipende, in larga parte, la possibilità del sistema di fare fronte alle sfide del futuro. La ricerca ci consegna la fotografia di una situazione positiva rispetto a quella che era una 'professione ausiliaria' qualche decennio fa, ma mostra anche come molti nodi siano ancora da sciogliere, in un complesso intreccio di elementi quantitativi e di problemi legati agli assetti organizzativi e contrattuali nei quali la professione opera".

"Quindi? - chiede Mangiacavalli anche a chi ha il ruolo politico-istituzionale dell'organizzazione del Ssn - Come va affrontata quella che si presenta come una evoluzione naturale dell'assistenza e che invece trova per una sua ufficializzazione mille ostacoli su un percorso che a livello locale sembra ormai abbracciato dalla maggior parte delle aziende, pubbliche e private?"

Per quanto attiene all'approfondimento specialistico nell'area professionale di riferimento, quella infermieristica appunto, l'88% delle aziende del campione individua competenze specialistiche infermieristiche distintive. In particolare, si tratta del 100% delle aziende private, contro l'85% delle aziende pubbliche.

Questi sono i dati di Oasi, la cui ricerca ha messo in evidenza come siano ormai diffuse nelle organizzazioni forme di specializzazione della professione infermieristica. Le aree nelle quali sembra focalizzarsi tale fenomeno sono principalmente l'emergenza / urgenza e l'area chirurgica. Sono già previsti percorsi formativi a supporto di alcune figure specialistiche (es. master universitari di I livello in Wound Care), ma non sono ancora state concordate in via definitiva le aree di specializzazione e gli istituti

contrattuali (pubblici e privati) per il loro riconoscimento.

Dallo studio di Oasi risulta come nelle aziende pubbliche si sia sperimentato un forte numero di forme di assunzione di ruoli gestionali da parte degli infermieri, segno di una disponibilità della professione a farsi carico dei nuovi fronti di responsabilità che si aprono con le riorganizzazioni che stanno caratterizzando il settore pubblico (bed management, operation management, gestione di team multiprofessionali).

Ma Oasi dice anche che lo sforzo maggiore che la professione è chiamata ad affrontare riguarda l'apertura a logiche e strumenti di tipo manageriale sempre più generali e lontani dai contenuti professionali di origine. Si aprono - secondo Oasi - nuove prospettive di ruolo, rispetto alle quali può essere utile cogliere per tempo quali siano le competenze da sviluppare per sostenerne l'assunzione.

"Dal punto di vista quantitativo - commenta Mangiacavalli - la diagnosi secondo Oasi è semplice: con una densità medica (rapporto medici / popolazione) medio-alta e una densità infermieristica medio-bassa, il rapporto infermieri / medici nel nostro paese è già oggi troppo basso, ma lo è soprattutto rispetto alle future esigenze.

E spiega - prosegue - che due dinamiche impongono importanti modificazioni nella composizione della forza lavoro (skill mix) tra infermieri e medici. La prima è l'emergere della cronicità e della "presa in carico" come questioni fondamentali per il sistema sanitario, con la conseguente necessità di riaggiustare il rapporto tra le diverse professioni.

La seconda è la progressiva professionalizzazione degli infermieri che consente in molti ambiti lo sviluppo pieno e a pie-

no titolo del lavoro infermieristico di cui è propria l'assistenza".

Ma Oasi sottolinea anche che la terapia rischia di essere complessa, soprattutto in un contesto di limitazione del turnover come quello che caratterizza la parte, maggioritaria, del sistema sanitario alimentata da risorse pubbliche. Una modificazione nello skill mix è, infatti, una operazione lunga, che implica, in termini molto semplificati, l'assunzione, costante nel tempo, di un certo numero di infermieri per ogni medico assunto. Si tratta di una scelta molto difficile da attuare, sia per una perdurante identificazione presso l'opinione pubblica della sanità più con la componente medica che con quella infermieristica, sia, e soprattutto, per la differente fungibilità che contraddistingue le due professioni (una carenza in una specialità medica non può essere coperta con un differente specialista).

"Per raggiungere l'obiettivo - dice ancora Mangiacavalli - Oasi ritiene necessario un intervento molto determinato, sorretto da una esplicita presa di posizione e pronto a scontare grandi problemi e resistenze nel breve periodo. Il taglio netto rispetto alle professioni consolidate prodotto dall'inserimento degli infermieri nel comparto e le limitate tipologie di riconoscimento disponibili sono vincoli che devono essere e molto probabilmente saranno superati dai nuovi contratti".

"Ma per quel che ci riguarda - spiega Mangiacavalli - e lo stiamo sottolineando e chiedendo da tempo, sia pure senza azioni secche come scioperi e manifestazioni che avrebbero sicuramente maggiore potere di chiarezza rispetto al management dei servizi, ma penalizze-

rebbero i nostri assistiti e gli operatori della professione infermieristica non lo farebbero mai: abbiamo denunciato la mancanza di almeno 47mila infermieri per poter alzare il livello del servizio, specie sul territorio dove anziani, cronici e non autosufficienti vivono i loro bisogni. Abbiamo messo in evidenza le difficoltà legate agli organici ridotti che rischiano di coinvolgere anche i cittadini, ricordando che studi internazionali indicano che se i pazienti per infermiere scendono numericamente da 10 a 6, la mortalità si riduce del 20%: in Italia la proporzione media nazionale è di 12 pazienti per infermiere e se alcune Regioni (poche) ce la fanno a scendere anche se di poco sotto i 10, ce ne sono altre, ancora tra quelle in piano di rientro che di più scontano il blocco del turn over e la carenza di personale, dove si arriva anche a 18 pazienti per infermiere".

"Gli operatori del Ssn non ce la fanno più - conclude - e, se nella spesa ancora ci sono rami secchi da tagliare per raggiungere un vero equilibrio senza manovre locali, i bisogni dei cittadini e il loro soddisfacimento dicono chiaramente che, senza personale e senza che questo possa lavorare in modo appropriato, il Ssn resterà presto solo una questione contabile e non più di salute. Le istituzioni sono avvertite: il Ssn va rimodellato e la questione del personale affrontata senza placebo o soluzioni di facciata, ma come priorità, perché senza personale e senza una nuova politica assistenziale riconosciuta a livello nazionale l'Italia rischia di restare indietro e chi vive nella nostra nazione di perdere pezzi importanti ed essenziali di un'assistenza che così perde la sua qualità". ■

Federazione Ipasvi

Publicato l'elenco di "Esperti e collaboratori della Federazione nazionale Ipasvi in materia infermieristica"

a cura della Redazione



È pubblicato nella sezione Intranet di questo sito l'elenco di "Esperti e collaboratori della Federazione nazionale Ipasvi in materia infermieristica", redatto in base all'avviso pubblico del 22/12/2016.

L'elenco - spiega una circolare inviata ai Collegi - verrà utilizzato in conformità con quanto previsto dalle Linee guida per il conferimento di incarichi professionali e di collaborazione della Federazione, approvate con la delibera n. 111 del 20/6/2015, dal Dlgs 165/2001 e dalla normativa in materia di conferimento di incarichi individuali con oggetto prestazioni di tipo intellettuale con contratti di lavoro autonomo considerati prestazione occasionale, della collaborazione coordinata e continuativa, dell'incarico professionale esterno soggetto a Iva, della prestazione d'opera intellettuale (art. 2222 e seguenti c.c.).

Sono escluse le ipotesi disciplinate dal Dlgs 50/2016 e gli incarichi le cui modalità di conferimento sono disciplinate da leggi speciali.

L'iscrizione all'elenco degli Esperti e collaboratori della Federazione non comporta automaticamente e necessariamente il conferimento di incarichi individuali di collaborazione e la formazione dell'elenco è finalizzata all'individuazione, dopo specifica procedura ispirata ai principi di trasparenza e rotazione, di soggetti qualificati in possesso dei requisiti richiesti, ai quali poter eventualmente affidare specifici incarichi di collaborazione.

Inoltre, la Federazione si riserva la facoltà di scegliere altri soggetti, non iscritti nell'elenco, nel caso in cui la particolarità e complessità delle attività da svolgere richieda specifiche competenze di alta specializzazione non in possesso degli iscritti.

L'iscrizione all'elenco dura tre anni.

Tutte le domande pervenute sono state accolte e l'elenco pubblicato è diviso in base alle quattro aree individuate:

- Area Clinica;
- Area Organizzazione;
- Area Formazione e ricerca;
- Area Responsabilità e deontologia. ■

L'infermiere e i social media

a cura della Commissione Comunicazione Collegio Ispasvi di Bergamo:
Baggi S., Bianchi N., Cons. Facchetti M., Cons. Ghidini M., Cons. Gibellini S.,
Giudici M.M., Mainardi M.C., Mazzola R., Pres. Mazzoleni B.



In questi anni con il propagarsi di internet e del web 2.0 si sono sviluppati numerosi siti di comunicazione online: basti pensare al boom di iscritti e visualizzazioni che hanno avuto social network come Facebook, Twitter o Instagram.

Questi luoghi virtuali, a cui tutti possono accedere, permettono di scambiare informazioni, visualizzare notizie, idee, fatti e ogni utente può diventare fornitore e produttore delle stesse.

Anche in sanità la comunicazione assume un ruolo rilevante, soprattutto nel fornire informazioni al cittadino e nella condivisione di esperienze fra professionisti.

Con l'avvento di internet tutti possono usufruire in tempi rapidi e concisi, di contenuti che permettono di vagliare

nuove opportunità e idee.

Come riportato da Vanzetta et al., 2013 si evince che l'uso dei social permette di aumentare la diffusione e la rapidità delle campagne di sensibilizzazione (per esempio lavaggio delle mani o prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili), e permette anche di:

- Favorire le relazioni sociali e professionali.
- Migliorare la comunicazione con il cittadino.
- Favorire la diffusione e discussione di buone pratiche di assistenza e di educazione sanitaria.
- Condividere di esperienze.
- Consentire di rappresentare e tutelare la professione infermieristica.

D'altra parte, l'utilizzo del web po-

trebbe portare ad un uso improprio ad esempio:

- Violazione della privacy dei colleghi e dei pazienti.
- Diffusione di materiale e dati sensibili.
- Violazione dei confini professionali.
- Compromissione dell'immagine professionale dell'infermiere.

Il collegio IPASVI di Bergamo, attraverso questo articolo, vuole porre l'attenzione degli iscritti sul rischio di incorrere in queste violazioni.

I professionisti sanitari devono vigilare in maniera attenta sul delicato utilizzo di questi strumenti, perché, senza accorgersene, si può incorrere in fenomeni di violazione della privacy o in altre situazioni spiacevoli.

Il verificarsi di questi accadimenti, oltre a costituirsi come illecito, punibile per legge, risulta essere in contrasto col codice deontologico degli infermieri che recita:

- *"L'infermiere assicura e tutela la riservatezza del trattamento dei dati relativi all'assistito" (art. 26).*
- *"L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta dal rapporto di fiducia con l'assistito" (art. 28).*
- *"L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà" (art. 42).*
- *"L'infermiere tutela il decoro personale ed il proprio nome. Salvaguarda il prestigio della professione..." (art. 44).*

La raccomandazione è quindi quella di evitare di pubblicare online informazioni che possano favorire l'identifica-

zione dell'assistito, come avvenuto in recenti fatti di cronaca, che hanno visto coinvolti professionisti in situazioni deontologicamente scorrette e perseguite penalmente e disciplinarmente.

I consigli fondamentali per un corretto utilizzo del web sono:

- Evitare di fotografare, "taggare" o girare video di assistiti utilizzando dispositivi personali, compresi i telefoni cellulari: in questo modo si lederebbe il principio di autodeterminazione dell'individuo. Prima di eseguire un'azione precedentemente descritta, si deve sempre chiedere ed ottenere il consenso scritto; in caso contrario si può andar incontro a richieste di risarcimento di notevole entità.
- Porre attenzione a non fare commenti riguardo agli assistiti, colleghi, datori di lavoro o situazioni professionali, al fine di non ledere altre persone e per non incorrere in situazioni perseguibili in ambito civile, penale e disciplinare.
- Risulta difficile scorporare la vita lavorativa e quella professionale sui social network, ma, in questo caso, si deve tener sempre presente di essere professionisti che "postano" sul web e che "il web non dimentica mai niente". Ogni cosa che si scrive o si pubblica rimarrà sempre disponibile e visibile nel corso degli anni.

In conclusione si può affermare che nessun infermiere deve rinunciare alle grandissime opportunità che il web offre, ma lo deve fare in maniera coerente, rispettando la privacy e l'etica.

Si deve inoltre tener presente che non esiste una vera e propria linea di confine tra il mondo reale e quello virtuale: in entrambi bisogna rispettare delle re-

gole civili di convivenza e quindi non si può considerare il web un mondo senza alcuna regola da seguire. Infine è di fondamentale importanza segnalare alle autorità competenti eventuali contenuti presenti sui so-

cial media che possono danneggiare il benessere, la privacy e i diritti degli assistiti e colleghi, come scritto nel Codice Deontologico degli infermieri (Capo III, articolo 44). ■

RACCOMANDAZIONI SU COSA **NON** FARE SUI SOCIAL:

NON fotografare assistiti o colleghi usando dispositivi personali.

NON girare video usando dispositivi personali.

NON "taggare" assistiti o familiari sui social media.

NON fare commenti su assistiti, colleghi o datori di lavoro.

NON diffondere informazioni sui social riguardanti assistiti o familiari.

NON pubblicare contenuti a nome dell'azienda per cui si lavora, salvo diverse indicazioni dell'azienda stessa.

RICORDARSI che il web non dimentica mai ogni cosa che si pubblica e sarà sempre reperibile.



BIBLIOGRAFIA:

- Marina Vanzetta, Ercole Vellone, Dal Molin Alberto, Emma Martellotti, Rosaria Alvaro, "Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri", L'Infermiere n. 5 (2013): e79-e88
- Codice deontologico dell'infermiere, 2009, <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

Modalità di consultazione Albo Nazionale

a cura di Simona Plebani, Presidente Revisore dei Conti



Gentile collega,
ricordiamo che è possibile per i professionisti iscritti all'Albo, accedere in qualsiasi momento al proprio fascicolo personale per controllare la propria posizione.

Per potervi facilitare l'accesso, vi riportiamo qui di seguito le istruzioni per la registrazione e le successive consultazioni. Andare sull'home page della Federazione, www.ipasvi.it, in fondo alla pagina cercare la scritta **Comunica online con il tuo Collegio**, selezionare Bergamo e cliccare sulla freccia a destra. Si entrerà nella pagina **Benvenuto nella Intranet del Sistema Albo**.

Per iscriversi cliccare sulla scritta **Se non sei ancora Iscritto clicca qui** per effettuare il riconoscimento.

Dopo la registrazione si riceveranno via e-mail Username e Password per poter accedere all'Intranet, dove si potrà, tra le altre cose, visualizzare anche il proprio fascicolo personale (con le relative informazioni sull'iscrizione, numero di posizione e data). ■

Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età



Una revisione della letteratura

a cura di Simone Cosmai ⁽¹⁾, Marco Ghidini ⁽¹⁾, Monica Casati ⁽²⁾, Cristina Caldara ⁽³⁾, Giuseppe Lazzari ⁽⁴⁾, Nadia Colombo ⁽⁵⁾, Daniela Rizzo ⁽⁶⁾, Chiara Mainardi ⁽⁷⁾, Beatrice Mazzoleni ⁽⁸⁾

RIASSUNTO

Introduzione Utilizzare uno strumento adeguato, attendibile e validato al fine di misurare il dolore è uno degli aspetti essenziali per la sua gestione. L'obiettivo di questa revisione della letteratura è di conoscere lo stato dell'arte degli strumenti di misurazione del dolore disponibili per le diverse fasce d'età.

Materiali e metodi È stata effettuata una revisione della letteratura attraverso le banche dati TRIP Database, The Cochrane Library, PubMed e CINAHL.

Risultati La revisione ha prodotto una sinossi delle scale di misurazione del dolore disponibili, suddivise per fascia d'età. Per ogni scala sono state descritte l'età della popolazione di riferimento, l'intervallo di punteggio, i relativi descrittori, il numero delle voci e la rilevanza clinica.

Conclusioni Per la valutazione del dolore, la scelta più importante, al di là del tipo di scala, è quella delle condizioni correlate al suo utilizzo, ovvero: i descrittori, il metodo e le tempistiche di somministrazione, le informazioni relative all'uso della scala, l'interpretazione dei *cut-off* e la loro rilevanza clinica, le misure di esito e le analisi statistiche appropriate per gli studi clinici (Hjermstad MJ et al., 2011). Quindi, la chiave per una gestione ottimale del dolore dipende, da un lato, dalla coerenza della scala con le capacità del paziente e, dall'altro, dall'attenta valutazione dei punteggi da parte dei professionisti sanitari.

Parole chiave: *valutazione del dolore, scala di valutazione del dolore, metodi di valutazione del dolore, studi di validazione.*

(1) Consigliere Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo;

(2) Responsabile ricerca, formazione e sviluppo, Direzione professioni sanitarie e sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo;

(3) Responsabile di Dipartimento per le professioni sanitarie di oncologia e di ematologia, co-coordinatore Comitato ospedale e territorio senza dolore (COTSD), ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo;

(4) Tutor professionale, Centro Formazione Universitaria, Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sede ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo;

(5) Coordinatore didattico di sezione, Centro Formazione Universitaria, Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca, sede ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo;

(6) Infermiere, Unità strutturale complessa patologia neonatale e terapia intensiva, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo;

(7) Infermiere, Fondazione Casa Ricovero S. Maria Ausiliatrice;

(8) Presidente Collegio IPASVI della Provincia di Bergamo

INTRODUZIONE

Secondo l'International Association for the Study of Pain (IASP, 1986) il dolore è definito come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

Vista la centralità e l'importanza della tematica, in termini sia di miglioramento degli esiti assistenziali sia di qualità dell'assistenza, la legislazione italiana (Legge n. 38/2010, art. 7) richiede di registrare nella documentazione sanitaria le caratteristiche del dolore e la sua evoluzione, la tecnica analgesica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato analgesico conseguito.

La lotta contro il dolore rappresenta un'operazione a sfondo etico che ha per gli infermieri, tra gli altri, una valenza deontologica, così come definito nell'articolo n. 34 del Codice deontologico dell'infermiere (IPASVI, 2009) che prevede che il professionista si attivi per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza e si adoperi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari. Lo studio di Melotti e colleghi (Melotti RM et al., 2009) afferma che, in Italia, un cittadino su quattro soffre di dolore cronico e che in ospedale, nel 21% dei casi, vi è una sottostima del dolore. Attualmente, in letteratura, le scale di misurazione del dolore sono molteplici e si differenzia-

no in unidimensionali e multidimensionali. Le prime misurano l'intensità del dolore e sono un ottimo strumento di autovalutazione (Breivik H et al., 2008); le seconde misurano invece le diverse componenti del dolore: sensoriale, motivazionale, affettiva e cognitivo-valutativa.

Nello svolgimento della sua attività professionale, l'infermiere si confronta continuamente con il dolore della persona assistita. Un approccio consapevole e l'impiego di metodi validati per la misurazione del dolore consentono di attuare rimedi adeguati, sia farmacologici sia non, e quindi di ridurre lo stato di grave disagio in cui la persona si trova (Cox F, 2010). La misura del dolore ha tra le sue finalità quella di garantire un adeguato trattamento, prevenendo invalidità secondarie e raggiungendo così un miglioramento della qualità di vita (Alford DP et al., 2008). Le scale di misurazione del dolore hanno un ruolo fondamentale nella pratica clinica e sono essenziali per una valutazione e gestione globale di un bisogno che segna la vita degli assistiti.

OBIETTIVO

L'obiettivo della presente revisione della letteratura è di descrivere gli strumenti di misurazione del dolore in funzione alle fasce d'età adulta, pediatrica, neonatale e pretermine.

MATERIALI E METODI

Per il reperimento dei documenti pertinenti è stato sviluppato il quesito clinico secondo la metodologia PICO (Richardson W et al., 1995) (Tabella 1).

Tabella 1. Quesito clinico di ricerca individuato secondo la metodologia PICO

Metodologia PICO		
P	<i>patient</i> (paziente)	pazienti adulti, pediatrici, neonatali, pretermine
I	<i>intervention</i> (intervento)	misurazione del dolore con scale specifiche
C	<i>comparison</i> (controllo)	/
O	<i>outcome</i> (risultati)	validità, affidabilità e utilità clinica delle scale di misurazione del dolore
Sono presenti in letteratura delle scale di misurazione del dolore validate e affidabili per pazienti adulti, pediatrici, neonatali, pretermine con un'utilità clinica rilevante?		

Nello specifico, la revisione vuole rispondere alle seguenti domande:

- quali sono gli strumenti di misurazione del dolore disponibili in letteratura?
- quali sono le loro caratteristiche?
- qual è la loro validità e affidabilità?
- qual è la loro utilità clinica?

Strategie di ricerca

Tra aprile e maggio 2014 è stata effettuata una ricerca bibliografica che ha previsto la consultazione delle seguenti banche dati: TRIP database, The Cochrane Library, PubMed e CINAHL per il reperimento di letteratura secondaria e primaria.

La strategia di ricerca ha comportato la combinazione, tramite l'operatore booleano "AND", di termini liberi e controllati (MeSH Terms/CINAHL headings).

Le fasce d'età considerate sono state:

- pretermine;
- neonatale: da 1 a 23 mesi;
- pediatrica: da 2 a 18 anni;
- adulta: superiore a 18 anni.

In alcuni casi la ricerca è stata effettuata all'interno del campo "titolo" al fine di reperire contributi specifici relativi alle scale di misurazione.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi tutti i documenti che, negli ultimi 10 anni, rispondevano al quesito definito (Tabella 1) e pubblicati in lingua inglese, francese, spagnola e italiana.

Per la fascia di età adulta si sono analizzate e incluse nello studio le scale di misurazione del dolore unidimensionali ed escluse quelle multidimensionali.

Sono stati esclusi gli studi:

- relativi ad assistiti non in grado di riferire il proprio dolore (per esempio, portatori di tubo endotracheale, pazienti sedati, con demenza o con deficit cognitivi);
- primari con un campione inferiore a 30 pazienti;
- non strutturati secondo il formato IMRaD

(introduzione, metodi, risultati e discussione);

- con letteratura con data di pubblicazione antecedente al 2004;
- con letteratura primaria e secondaria già inclusa nella più recente revisione sistematica;
- non rilevanti ai fini della revisione oppure riconducibili a contesti clinici specialistici (dolore correlato ad artrite reumatoide o psoriasica, ustioni o anemia falciforme);
- di cui era inaccessibile il testo integrale;
- riferiti a un diverso contesto culturale (per esempio, Africa, Asia e Sud America).

Selezione degli studi

I titoli e gli *abstract* sono stati valutati in modo indipendente da due revisori. Successivamente, con le stesse modalità, per gli articoli risultati pertinenti si è proceduto alla valutazione del testo integrale.

In caso di discordanza tra i due revisori è stato chiesto il parere di un terzo.

Dati estrapolati dagli articoli

Per ogni scala di misurazione del dolore sono stati estrapolati:

- l'età della popolazione di riferimento;
- l'intervallo di punteggio;
- i relativi descrittori;
- il numero delle voci (*item*);
- le implicazioni pratiche e la rilevanza clinica.

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha consentito di reperire complessivamente 4.400 voci bibliografiche. Di queste ne sono risultate pertinenti 362 e, dopo la selezione, sono stati inclusi 37 studi.

In particolare, per fascia d'età:

ADULTA: sono stati inclusi 5 studi dei 114 individuati (Breivik H et al., 2008; Ferreira-Valente MA et al., 2011; Helfand M et al., 2008; Hjermstad MJ et al., 2011; Williamson A et al., 2005).

Sono stati esclusi: 17 studi perché doppi; 91 studi dopo la lettura dell'abstract; 1 dopo la lettura del testo integrale.

PEDIATRICA:

- **da 13 a 18 anni:** sono stati inclusi 9 studi dei 48 individuati (Bailey B et al., 2007; Garra G et al., 2010; Kaplan CP et al., 2008; Mirò J et al., 2009; Stinson JN et al., 2006; Voepel-Lewis T et al., 2011; Von Baeyer CL et al., 2007; Von Baeyer CL et al., 2009; Von Baeyer CL, 2009).

Sono stati esclusi: 19 studi perché doppi; 20 studi dopo la lettura dell'abstract;

- **da 6 a 12 anni:** sono stati inclusi 3 studi degli 87 individuati (Connelly M, 2010; Gomez RJ et al., 2013; Laloo C et al., 2014). Sono stati esclusi: 37 studi perché doppi; 47 studi dopo la lettura dell'abstract;

- **da 2 a 5 anni:** sono stati inclusi 2 studi dei 33 individuati (Garra G et al., 2013; Melotti RM et al., 2009).

Sono stati esclusi: 8 studi perché doppi; 23 studi dopo la lettura dell'abstract.

NEONATALE (da 0 a 2 anni): sono stati inclusi 10 studi dei 62 individuati (Babl FE et al., 2012; Bailey B et al., 2010; Bailey B et al., 2012; Castarlenas E et al., 2013; De Tovar C et al., 2010; Fournier-Charrière E et al., 2012; Franck LS et al., 2011; Hesselgard K et al., 2007; Pagé MG et al., 2012; Tomlinson D et al., 2010).

Sono stati esclusi: 17 studi perché doppi; 35 studi dopo la lettura dell'abstract.

PRETERMINE: sono stati inclusi 8 studi dei 18 individuati (Bellieni CV et al., 2007; Gibbins S et al., 2014; Holsti L et al., 2007; McNair C et al., 2004; Spence K et al., 2005; Stevens B et al., 2010; Stevens BJ et al., 2014; Van Dijk M et al., 2009). Sono stati esclusi: 1 studio perché doppio; 9 studi dopo la lettura dell'abstract.

Scale di misurazione del dolore: ETÀ ADULTA

Numerical Rating Scale (NRS)

La NRS (vedi), o scala di valutazione numerica, è una scala di misurazione in cui la persona assistita indica l'intensità del proprio dolore verbalmente (Breivik H et al., 2008) o disegnando un cerchio sul numero che meglio la descrive. Nella maggioranza dei casi lo strumento è rappresentato da una linea o barra orizzontale su cui è indicato un intervallo compreso tra i valori 0 e 10, corrispondenti rispettivamente a "nessun dolore" e "peggior dolore immaginabile". Esistono in letteratura versioni a 6, 7, 20, 21 e 101 punti (Hjermstad MJ et al., 2011). Viene anche rappresentata in quadretti o segmenti e può essere orientata verticalmente (Downie WW et al., 1978).

La NRS ha un tempo di compilazione inferiore al minuto (Hawker GA et al., 2011), è facile da somministrare (Hawker GA et al., 2011), semplice da utilizzare e presenta elevati coefficienti di validità e affidabilità (Hjermstad MJ et al., 2011).

La NRS viene chiamata Verbal Numeric Rating Scale (VNRS) oppure Verbal Numeric Scale (VNS) quando viene somministrata verbalmente (Hjermstad MJ et al., 2011).

Visual Analogue Scale (VAS)

La scala VAS (vedi) è costituita da una linea predeterminata lunga 10 cm; alla persona assistita viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. L'estremità sinistra della scala corrisponde a "nessun dolore", mentre la destra al "peggior dolore immaginabile". Il punteggio si ottiene misurando la distanza in millimetri dall'estremità sinistra della linea a quella destra. La scala VAS presenta proprietà coerenti con la scala lineare, pertanto i punteggi possono essere trattati in termini di rapporto. Basandosi sulla distribuzione dei punteggi VAS riportati dagli assistiti, nel 2003 sono stati suggeriti i seguenti *cut-off* (Hawker GA et al., 2011):

- da 0 a 4 mm: "nessun dolore";

- da 5 a 44 mm: “dolore lieve”;
- da 45 a 74 mm: “dolore moderato”;
- da 75 a 100 mm: “dolore severo”.

Il tempo di compilazione della VAS è inferiore al minuto (Hawker GA et al., 2011). La linea della scala può essere orientata orizzontalmente o verticalmente senza influenzare la sua sensibilità (Shorten G et al., 2007). Tuttavia, lo studio di Williamson e Hoggart (Williamson A et al., 2005) ha dimostrato che la versione orizzontale della VAS presenta un tasso di fallimento (*failure rate*) minore. La scala può essere somministrata con un supporto plastificato o con un regolo dotato di cursore mobile in sostituzione della tradizionale versione cartacea; le due varianti hanno entrambe un buon grado di correlazione ma quella con il regolo sembra di più facile e pratico utilizzo (Hjermstad MJ et al., 2011).

La VAS presenta limiti di applicazione nella popolazione anziana (Hjermstad MJ et al., 2011) e in caso di deterioramento percettivo e cognitivo, compreso quello post operatorio (Shorten G et al., 2007). In pazienti con dolore acuto la VAS presenta un buon grado di affidabilità e riproducibilità nel tempo, accuratezza nel cogliere le modificazioni dell'intensità del dolore nonché adeguati livelli di ripetibilità (Williamson A et al., 2005).

Verbal Rating Scale (VRS)

La scala VRS (vedi) comprende una lista di descrittori che identificano il grado di intensità del dolore: nessuno, lieve, moderato e grave. Esiste anche una versione con 5 descrittori del dolore: lieve, fastidioso, angosciante, terribile e atroce (Shorten G et al., 2007). La VRS è applicabile nella popolazione anziana, in pazienti con un basso livello culturale (Hjermstad MJ et al., 2011) e con anziani e bambini con ridotte capacità di astrazione (Williamson A et al., 2005). La revisione sistematica di Hjermstad e colleghi (Hjermstad MJ et al., 2011), che ha analizzato 239 studi al fine di comparare le diverse scale di misurazione unidimen-

sionali del dolore, ha evidenziato che la maggioranza degli studi ha riportato una buona correlazione tra le scale, in particolare tra NRS e VAS e che tutte tendono a misurare nel tempo le stesse variazioni nell'intensità del dolore. Tuttavia, le variazioni nei punteggi della NRS non risultano matematicamente equivalenti ai descrittori della VRS, indicando un basso livello di intercambiabilità tra le scale.

Scale di misurazione del dolore: ETÀ PEDIATRICA

Visual Analogue Scale (VAS)

La scala VAS è indicata anche per una popolazione pediatrica di età compresa tra 8 e 17 anni. Al bambino viene chiesto di marcare sulla linea il punto che indica l'intensità del proprio dolore. Lo strumento, pur avendo dimostrato un buon livello di validità anche nell'ambito dell'urgenza-emergenza, necessita di ulteriori studi per comprovarne l'affidabilità (Bailey B et al., 2012).

Numerical Rating Scale (NRS)

Secondo Pagé e colleghi (Pagé MG et al., 2012), la NRS è una scala valida per i soggetti di età compresa tra gli 8 e i 18 anni per i quali è necessario rilevare l'intensità del dolore e del disagio/malessere correlati a procedure chirurgiche. Gli autori sottolineano l'importanza che il bambino comprenda lo strumento e riesca ad associare l'intensità del proprio dolore a un numero. In letteratura emerge la necessità di ulteriori studi che confermino la validità della scala attraverso l'osservazione comportamentale, le descrizioni qualitative e l'effettuazione di esami ematochimici (Pagé MG et al., 2012).

Faces Pain Scale (FPS)

La revisione sistematica di Tomlinson e colleghi (Tomlinson D et al., 2010), condotta su 127 studi, ha individuato 14 versioni della FPS; 10 hanno presentato scarse proprietà psicometriche mentre solo 4 sono

supportate da dati statistici:

- **Faces Pain Scale, FPS:** consiste in una serie di 7 volti disposti su una linea orizzontale; la lettura avviene da sinistra verso destra e va rispettivamente dall'espressione del viso che indica "nessun dolore", a quella che indica il "peggiore dolore". Il punteggio va da 0 a 6 punti. La FPS si utilizza nei bambini di età compresa tra 2 e 12 anni. La scala presenta il vantaggio di essere veloce, semplice e corredata di minime istruzioni d'uso.
- **Faces Pain Scale-Revised, FPS-R (vedi):** è la versione modificata della FPS. Consiste in 6 volti e, a differenza della FPS, il punteggio va da 0 a 10 (da "nessun dolore" a "tantissimo dolore"). La FPS-R si utilizza nei bambini di età compresa tra 4 e 12 anni. Il vantaggio, rispetto alla versione base, è la presenza di istruzioni disponibili in più di 35 lingue. De Tovar e colleghi (De Tovar C et al., 2010) suggeriscono l'uso della FPS-R per rilevare il dolore post operatorio nei bambini da 5 a 15 anni.
- **Scala di Oucher (vedi):** è una scala verticale composta da 6 volti umani fotografati e il punteggio va da 0 a 10 punti. La scala è disponibile in differenti versioni per bambini di diversa etnia (età compresa tra 3 e 12 anni). Per i bambini di età superiore ai 7 anni è disponibile una scala numerica da 0 a 100 punti. L'utilizzo di questa scala presenta alcune criticità, tra cui il costo per la riproduzione delle fotografie colorate e la necessità di disporre di misure di affidabilità e validità per la popolazione di età compresa tra i 3 e i 4 anni.
- **Wong-Baker Faces Pain Rating Scale, WBFPRS (vedi):** è una scala orizzontale di 6 volti disegnati, da quello sorridente, a sinistra, fino a quello che piange, a destra, corrispondenti rispettivamente all'assenza di dolore e al peggiore dolore possibile. La scala prevede un punteggio compreso tra 0 e 10 e si utilizza per gli individui da 3 a 18 anni di età. Si sottolineano la facilità e velocità di utilizzo e le poche istruzioni d'uso. Tra le criticità ci sono la scarsità di

traduzioni validate, nonostante sia disponibile in 10 lingue differenti, e la possibilità che i sorrisi e le lacrime dei volti possano influenzare il bambino nel valutare l'intensità del proprio dolore. Garra G e colleghi (Garra G et al., 2013) hanno dimostrato che la WBFPRS riesce a misurare il grado di severità del dolore e non la paura o altri stati emotivi simili.

Scale di misurazione del dolore: ETÀ NEONATALE

*E*valuation *EN*fant *DO*uleur (*EVENDOL*)
EVENDOL (vedi), acronimo francese che identifica la formula "evaluation, enfant, douleur", è una scala di misurazione del dolore relativa alla fascia d'età neonatale e validata per il suo utilizzo in bambini fino ai 7 anni di età.

Si basa nella sua versione finale, composta da 5 voci, e considera l'espressione vocale o verbale (pianto, urla, gemiti e lamenti), l'espressione facciale (fronte, sopracciglia corruciate e bocca tesa), i movimenti (inquieto, agitato, rigido e muscoli tesi), la postura (antalgica, insolita, immobile e protezione dell'area dolente) e l'interazione con l'ambiente (conforto, interesse al gioco e interazione con le persone).

Ogni voce ha un punteggio su 4 livelli valutati con due criteri simultanei: intensità e durata del dolore, dove 0 corrisponde all'assenza di dolore e 3 a dolore intenso/continuo. Il punteggio totale va da un minimo di 0 a un massimo di 15.

Lo studio di validazione condotto da Fournier-Charrière e colleghi (Fournier-Charrière E et al., 2012), su un campione di 291 bambini fino a 7 anni di età ricoverati in pronto soccorso pediatrico, ha documentato che *EVENDOL* ha buone proprietà psicometriche: un coefficiente alfa di Cronbach eccellente (0,83-0,92); una buona validità di costrutto, dimostrata da una diminuzione nei punteggi *EVENDOL* dopo somministrazione di morfina sia a riposo (da 8,14 a 3,62 punti su 15; $P < 0,0001$) sia durante la movimentazione

manuale dei pazienti (da 11,87 a 6,65 punti su 15; $P=0,0011$); una buona capacità di discriminazione tra situazioni come l'ansia, la febbre, la rabbia e la *fatigue*; un'eccellente affidabilità intervaltatore (Kappa di Cohen 0,7-0,9; $P<0,0001$). Il valore minimo per il quale si deve considerare di avviare un trattamento antalgico è 4.

EVENDOL è una scala semplice, valida e facile da utilizzare; nei dipartimenti di emergenza-urgenza per rilevare il dolore acuto o cronico in tutti i bambini di età inferiore a 7 anni.

Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

La scala FLACC (vedi) è una scala di misurazione del dolore relativa alla fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni e si basa sull'osservazione del comportamento del bambino. Ognuna delle 5 voci previste dalla scala (volto, gambe, attività, pianto e consolabilità) prevede tre descrittori, a cui può essere attribuito un punteggio compreso tra 0 e 2, generando un punteggio totale compreso tra 0 e 10 (Merkel SI et al., 1997).

La validità concorrente e di costrutto della scala FLACC, nonché l'affidabilità intervaltatore, sono state dimostrate da Nilsson e colleghi (Nilsson S et al., 2008) su 80 bambini di età compresa tra 5 e 16 anni candidati al posizionamento di un catetere venoso periferico.

Lo studio osservazionale prospettico di Babl e colleghi (Babl FE et al., 2012), condotto su 125 pazienti pediatriche di età compresa tra i 6 mesi e i 3 anni e mezzo, ricoverati nel dipartimento di emergenza-urgenza e candidati all'inserzione di una cannula venosa periferica, di un sondino nasogastrico, al monitoraggio della saturazione di ossigeno e all'utilizzo di un inalatore pressurizzato predosato, ha evidenziato che la scala FLACC è in grado di rilevare non solo il dolore procedurale ma anche lo stress correlato alle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Scale di misurazione del dolore: ETÀ PRETERMINE

Premature Infant Pain Profile (PIPP)

Il Premature Infant Pain Profile (vedi), sviluppato nel 1996 da Stevens B e collaboratori, è uno strumento di misura multidimensionale del dolore, composto da 7 voci, ampiamente utilizzato per valutare il dolore acuto nei neonati.

La scala valuta tre aspetti comportamentali del neonato (aggrottamento delle sopracciglia, strizzamento degli occhi e mimica facciale), due aspetti fisiologici (frequenza cardiaca e saturazione periferica di ossigeno) e due aspetti di contesto (età gestazionale e stato comportamentale).

Tutte le voci previste dalla scala presentano un punteggio che va da 0 a 3; gli aspetti di contesto vengono considerati prima della valutazione del dolore. Il punteggio finale va da 0 a 21 per i neonati di 28 settimane di età gestazionale e da 0 a 18 per i bambini a termine. Anche se la scala PIPP è stata ampiamente validata per i neonati sia pretermine sia a termine, i dati relativi alla sua affidabilità nei neonati di età inferiore alle 32 settimane e alla sua applicabilità nelle terapie intensive neonatali sono scarsi (Gibbins S et al., 2014). La revisione della letteratura di Stevens e colleghi (Stevens B et al., 2010), condotta per valutare le proprietà psicometriche della scala PIPP, ha evidenziato che la scala è affidabile, valida e clinicamente utile nella valutazione del dolore nei neonati; per questo motivo, l'uso della scala PIPP può aumentare l'efficacia degli interventi finalizzati alla gestione del dolore.

Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R)

Sulla base dei *feedback* di esperti e clinici, oltre alla rivalutazione delle proprietà psicometriche, la scala PIPP è stata rivista (PIPP-R) per migliorarne l'affidabilità e la validità. Le modifiche minori includono variazioni al *layout*, le istruzioni dettagliate per l'uso e chiarimenti per indicare l'età

gestazionale e lo stato comportamentale dei prematuri e dei nati a termine.

Lo studio di validazione condotto da Gibbins e colleghi (Gibbins S et al., 2014) ha evidenziato che il PIPP-R presenta punteggi significativamente più alti durante le procedure dolorose rispetto a quelle non dolorose e un elevato grado di accordo tra valutatori, concludendo che la scala ha una buona validità di costrutto, un'adeguata affidabilità intervaltatore e una discreta flessibilità dal punto di vista dell'utilizzo pratico. Stevens e colleghi (Stevens BJ et al., 2014) hanno dimostrato che la scala PIPP-R, rispetto alla sua versione precedente, riporta punteggi significativamente più bassi in assenza di stimolo doloroso (prelievo capillare dal tallone).

ABC Pain Scale

La scala ABC (vedi) prende il suo nome da tre caratteristiche del pianto: acutezza del primo pianto, ritmicità o non ritmicità dello scoppio di pianto e continuità nel tempo del livello di pianto.

Ognuna di queste voci prevede un punteggio da 0 a 2. Il punteggio finale va da un minimo di 0 a un massimo di 6. Bellieni e colleghi (Bellieni CV et al., 2007) hanno dimostrato una buona correlazione tra i punteggi ottenuti con la scala ABC e la scala PIPP ($r=0,68$; $r^2=0,45$; $p<0,0001$), dimostrando una buona validità concorrente. La scala ha mostrato inoltre una buona sensibilità e specificità: sono state trovate differenze statisticamente significative tra i valori medi dei punteggi ottenuti durante lo stimolo doloroso (prelievo ematico dal tallone) o in sua assenza. L'affidabilità tra valutatori è risultata buona (K di Cohen=0,7).

COMFORT neo Scale

La COMFORT neo Scale (vedi) rappresenta una versione modificata della COMFORT Scale, una scala comportamentale validata per il post operatorio nei bambini da 0 a 3 anni e per i neonati in sedazione fino a 17

mesi di età, ed è stata sviluppata per l'ambito della terapia intensiva neonatale. La scala prevede 7 dimensioni comportamentali: vigilanza, quiete/agitazione, risposta respiratoria (solo per pazienti intubati), pianto (solo per pazienti in respiro spontaneo), movimenti del corpo, tensione del viso e tono muscolare. Ogni voce prevede una scala Likert con un punteggio da 1 a 5; il punteggio finale va da 0 a 30, rispettivamente nessun dolore e il peggior dolore possibile.

Lo studio di Van Dijk M e collaboratori (Van Dijk M et al., 2009) ha dimostrato che la COMFORT neo Scale presenta una buona affidabilità intervaltatore e una buona consistenza interna e capacità dello strumento di misurare il cambiamento dell'intensità del dolore. Non sono state rilevate grandi differenze nei valori di *cut-off* (stimato a un punteggio pari a 14/30) in base al peso alla nascita, all'età gestazionale, ai livelli di rischio di compromissione neurologica o al sesso.

Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)

La scala BIIP (vedi) si compone di 13 voci: 6 relative allo stato di sonno/veglia, 5 alle espressioni facciali e 2 ai movimenti delle mani.

Tutti gli indicatori sono stati validati individualmente per valutare il dolore acuto nei neonati pretermine (Holsti L et al., 2007). Holsti e Grunau (Holsti L et al., 2007) hanno dimostrato che vi è una modesta correlazione tra la scala BIIP e la scala NIPS ($r=0,64$, $p<0,01$). Questi due autori hanno valutato la coerenza, l'affidabilità e la validità di costrutto della BIIP, dimostrando che è uno strumento valido e affidabile per valutare il dolore nei bambini prematuri ricoverati in terapia intensiva neonatale con consistenza interna e affidabilità intervaltatore di grado elevati (rispettivamente 0,82 e 0,80-0,92).

Pain Assessment Tool (PAT)

Il PAT (vedi) è stato sviluppato per misura-

re il dolore post operatorio nei neonati a termine; esso considera aspetti comportamentali e fisiologici e include un punteggio basato sull'attento giudizio da parte dell'infermiere circa il dolore del neonato. Lo strumento consta di 10 parametri (postura/tono, pianto, modello di sonno, espressione, colorito della cute, respiro, frequenza cardiaca, pressione arteriosa e percezione dell'infermiere) per ognuno dei quali è previsto un punteggio da 0 a 2; il punteggio finale va da un minimo di 0 a un massimo di 20. Punteggi maggiori di 5 indicano che vanno adottate misure di conforto (tatto dolce, eccetera), mentre punteggi maggiori di 10 richiedono la somministrazione di un analgesico.

Il PAT presenta un'eccellente affidabilità intervalvatore (0,85) ed è uno strumento valido, affidabile, pratico, di facile utilizzo nella valutazione del dolore in tutti i neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale (Spence K et al., 2005).

Neonatal Infant Pain Profile (NIPS)

La NIPS (vedi) è una scala multidimensionale utilizzata nei bambini prematuri e a termine; essa è costituita da voci relative alle espressioni del viso, al pianto, al respiro, ai movimenti degli arti superiori e inferiori e allo stato di veglia del bambino. Il punteggio finale va da 0 a 7, rispettivamente l'assenza di dolore e il dolore massimo. La NIPS presenta alcuni limiti come la non valutabilità del pianto nel caso di neonati prematuri intubati e ventilati meccanicamente (in questa situazione non si segnerebbe niente), e la genericità dei descrittori previsti per ciascuna voce (Spence K et al., 2005).

In appendice è disponibile una sinossi delle scale di misurazione del dolore considerate.

DISCUSSIONE

La presente revisione della letteratura si è posta l'obiettivo di descrivere le caratteristiche degli strumenti di misurazione del

dolore in termini di validità, affidabilità e utilità clinica nei pazienti delle fasce d'età adulta, pediatrica, neonatale e pretermine. La maggioranza degli studi condotti sui pazienti adulti ha mostrato risultati consistenti rispetto alla correlazione tra le diverse scale; tutte si sono dimostrate sufficientemente stabili, sensibili ai cambiamenti e in grado di misurare le variazioni nell'intensità del dolore. Nello specifico, la scala NRS è rapida da compilare (meno di un minuto), risulta la più facile da somministrare (Hawker GA et al., 2011) e quella con i più elevati coefficienti di validità e affidabilità (Hjermstad MJ et al., 2011).

I risultati degli studi condotti sulla popolazione pediatrica non sono sempre convergenti o generalizzabili a causa della specificità dei contesti clinici, per la complessità che caratterizza la valutazione del dolore nel bambino e per la numerosità e l'eterogeneità delle scale utilizzate. In merito a quest'ultimo aspetto, la letteratura sottolinea quanto sia prioritario svolgere ulteriori studi di validazione delle scale già esistenti, per i bambini di età superiore agli 8 anni, più che svilupparne di nuove. Infatti, Tomlinson e colleghi (Tomlinson D et al., 2010) hanno individuato ben 14 versioni della Faces Pain Scale di cui solo quattro (FPS, FPS-R, Scala Oucher e WBFPRS) sono risultate supportate da dati statistici. Tomlinson e colleghi (Tomlinson D et al., 2010) hanno concluso che non è possibile individuare un vero *gold standard* relativamente all'utilizzo di una specifica scala di misurazione del dolore in ambito pediatrico; la scala WBFPRS risulta essere quella maggiormente preferita dai bambini, mentre la scala FPS-R rappresenta il *gold standard* per la conduzione di studi clinici.

Anche per l'ambito neonatale le scale di valutazione disponibili in letteratura sono numerose. La scala EVENDOL ha dimostrato buone proprietà psicometriche (Fournier-Charrière E et al., 2012), mentre la scala FLACC è in grado di rilevare non solo il dolore procedurale ma anche

lo stress correlato alle procedure diagnostiche e terapeutiche nei pazienti di età compresa tra i 6 mesi e i 3 anni (Babl FE et al., 2012).

La scala PIPP è risultata affidabile, valida e clinicamente utile nella valutazione del dolore nei neonati a termine (Stevens B et al., 2010). Gli strumenti ABC, BIIP, COMFORT neo Scale, PAT, NIPS, PIPP, PIPP-R hanno mostrato una buona sensibilità e specificità nella valutazione del dolore nei bambini prematuri ricoverati in terapia intensiva neonatale.

La NIPS presenta alcuni limiti come la non valutabilità del pianto nel caso di neonati prematuri intubati e ventilati meccanicamente e la genericità dei descrittori previsti per ciascuna voce della scala. Lo studio di Lawrence e colleghi (1993) ha dimostrato che la scala ha un'alta coerenza interna (alfa di Cronbach=0,95, 0,87 e 0,88 prima, durante e dopo lo stimolo doloroso).

LIMITI

Tra i limiti di questa revisione si possono annoverare:

- l'aver escluso le pubblicazioni di cui non è stato possibile recuperare la versione integrale;
- l'aver impostato il limite temporale per gli studi di 10 anni; in alcuni casi non è stato possibile reperire lo studio di validazione originale di ciascuna scala considerata, in quanto pubblicato in un periodo antecedente al limite temporale definito;
- il mancato recupero della letteratura grigia relativa all'argomento di interesse;
- l'aver escluso scale di misurazione del dolore multidimensionali nell'adulto, come la scala Brief Pain Inventory (Caraceni A et

al., 1996) oppure il McGill Pain Questionnaire (Melzack R, 1975), il che non ha permesso di fornire una panoramica completa degli strumenti presenti in letteratura per la misurazione del dolore.

CONCLUSIONI

Il dolore può rappresentare un segnale importante per la diagnosi iniziale, un fattore sensibile nell'indicare evoluzioni positive o negative ed è un'innegabile presenza durante numerose procedure diagnostiche e/o terapeutiche. Il dolore è anche il costante riflesso della paura e dell'ansia per tutto quello che la malattia comporta. Fra tutti, è il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica della persona e che più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita durante e dopo la malattia.

La misurazione del dolore è parte fondamentale della valutazione e della strategia terapeutica per il suo controllo. Una corretta valutazione dell'intensità, della gravità e della durata del dolore è il primo passo importante per scegliere il trattamento farmacologico più adeguato da proporre al paziente. Sono disponibili numerose scale di misurazione del dolore; tuttavia, la scelta più importante non si limita a quella della scala di per sé ma, soprattutto, a quella delle condizioni correlate al suo utilizzo che includono la scelta standardizzata dei descrittori, il metodo e le tempistiche di somministrazione, le informazioni relative all'uso della scala, l'interpretazione dei *cut-off* e la loro rilevanza clinica, le misure di esito e le analisi statistiche appropriate per gli studi clinici (Hjermstad MJ et al., 2011). ■

BIBLIOGRAFIA

- Alford DP, Krebs EE, Chen IA et al. (2008) *Update in pain medicine*. Society of General Internal Medicine, 23(6), 841-848.
- Babl FE, Crellin D, Cheng J et al. (2012) *The use of the faces, legs, activity, cry and consolability scale to assess procedural pain and distress*

in young children. Pediatric Emergency Care, 28(12), 1281-1296.

- Bailey B, Bergeron S, Gravel J et al. (2007) *Comparison of four pain scales in children with acute abdominal pain in a pediatric emergency department*. Annals of Emergency Medicine, 50(4), 379-383.

- Bailey B, Daoust R, Doyon-Trottier E et al. (2010) *Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain*. Pain, 149(2), 216-221.
- Bailey B, Gravel J, Daoust R (2012) *Reliability of the visual analog scale in children with acute pain in the emergency department*. Pain, 153(4), 839-842.
- Bellieni CV, Maffei M, Ancora G et al. (2007) *Is the ABC pain scale reliable for premature babies?* Acta Paediatrica, 96(7), 1008-1010.
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM et al. (2008) *Assessment of pain*. British Journal of Anaesthesia, 101, 17-24.
- Caraceni A, Mendoza TR, Mencaglia E et al. (1996) *A validation study an Italian of the Brief Pain Inventory*. Pain, 65(1), 87-92.
- Castarlenas E, Miró J, Sánchez-Rodríguez E (2013) *Is the Verbal Numerical Rating Scale a Valid Tool for Assessing Pain Intensity in Children Below 8 Years of Age?* Journal of Pain, 14(3), 297-304.
- Connelly M (2010) *The verbal numeric rating scale in the pediatric emergency department: What do the numbers really mean?* Pain, 149(2), 167-168.
- Cox F (2010) *Basic principles of pain management: assessment and intervention*. Nursing Standard, 25(1), 36-39.
- De Tovar C, Von Baeyer CL, Wood C et al. (2010) *Postoperative self-report of pain in children: Interscale agreement, response to analgesic, and preference for a faces scale and a visual analogue scale*. Pain Research & Management, 15(3), 163-168.
- Downie WW, Leatham PA, Rhind VM et al. (1978) *Studies with pain rating scale*. Annals of the Rheumatic Diseases, 37, 378-81.
- Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia, IPASVI (2009) *Il Codice deontologico dell'Infermiere*. <https://tinyurl.com/k6uvscw>.
- Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP (2011) *Validity of four pain intensity rating scales*. Pain, 152, 2399-2404.
- Fournier-Charrière E, Tourniaire B, Carbajal R et al. (2012) *EVENDOL, a new behavioral pain scale for children ages 0 to 7 years in the emergency department: Design and validation*. Pain, 153(8), 1573-1582.
- Franck LS, Ridout D, Howard R et al. (2011) *A comparison of pain measures in newborn infants after cardiac surgery*. Pain, 152(8), 1758-1765.
- Garra G, Singer AJ, Domingo A et al. (2013) *The Wong-Baker Pain FACES scale measures pain, not fear*. Pediatric Emergency Care, 29, 17-20.
- Garra G, Singer AJ, Taira BR et al. (2010) *Validation of the Wong-Baker FACES Pain Rating Scale in Pediatric Emergency Department Patients*. Academic Emergency Medicine Journal, 17, 50-54.
- Gibbins S, Stevens BJ, Yamada J et al. (2014) *Validation of the Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R)*. Early Human Development, 90(4), 189-193.
- Gomez RJ, Barrowman N, Elias S et al. (2013) *Establishing intra- and inter-rater agreement of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale for evaluating pain in toddlers during immunization*. Pain Research & Management, 18(6), 124-128.
- Hawker GA, Mian S, Kendzerska T et al. (2011) *Measures of adults pain*. Arthritis Care and research, 63(11), 244-252.
- Helfand M, Freeman M (2008) *Assessment and management of Acute Pain in Adult Medical Inpatients: A Systematic Review*. American Academy of Pain Medicine, 7(10), 1183-1199.
- Hesselgard K, Larsson S, Romner B et al. (2007) *Validity and Reliability of the Behavioural Observational Pain Scale for postoperative pain measurement in children 1-7 years of age*. Pediatric Critical Care Medicine, 8(2), 102-108.
- Hjermstad MJ, Fayers PM, Haugen DF et al. (2011) *Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adult: a systematic literature review*. Journal of Pain and Symptom Management, 41(6), 1073-1093.
- Holsti L, Grunau RE (2007) *Initial validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP)*. Pain, 132(3), 264-272.
- International Association for the Study of Pain, IASP (1986). www.iasp-pain.org.
- Kaplan CP, Sison C, Platt SL (2008) *Does a Pain Scale Improve Assessment in the Pediatric Emergency Department?* Pediatric Emergency Care, 24(9), 605-608.
- Lalloo C, Stinson JN, Brown SC et al. (2014) *Pain-QuILT: Assessing Clinical Feasibility of a Web-Based Tool for the Visual Self-Report of Pain in an Interdisciplinary Pediatric Chronic Pain Clinic*. The Clinical Journal of Pain, 30(11), 934-943.
- Lawrence J, Alcock D, McGrath P et al. (1993) *The development of a tool to assess neonatal pain*. Neonatal Network, 12(6), 59-66.
- Legge n. 38, 15 marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla te-

rapia del dolore." Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, 65.

- McCaffery M, Pasero CL (1999) Pain: clinical manual. Edizione Mosby, St. Louis.

- McNair C, Ballantyne M, Dionne K et al. (2004) Postoperative pain assessment in the neonatal intensive care unit. Archives of Disease in Childhood: Fetal Neonatal Ed, 89(6), 537-541.

- Melotti RM, Dekel BG, Carosi F et al. (2009) Categories of congruence between inpatients self-reported pain and nurses evaluation. European Journal of Pain, 13(9), 992-1000.

- Melzack R (1975) The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain, 1(3), 277-299.

- Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR et al. (1997) The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatric Nursing, 23(3), 293-297.

- Miró J, Castarlenas E, Hugué A (2009) Evidence for the use of a numerical rating scale to assess the intensity of pediatric pain. European Journal of Pain, 13, 1089-1095.

- Nilsson S, Finnström B, Kokinsky E (2008) The FLACC behavioral scale for procedural pain assessment in children aged 5-16 years. Paediatric Anaesthesia, 18(8), 767-774.

- Pagé MG, Katz J, Stinson J et al. (2012) Validation of the numerical rating scale for pain intensity and unpleasantness in pediatric acute postoperative pain: sensitivity to change over time. Journal of Pain, 13(4), 359-369.

- Pellegatta I, Terzoni S, Lodini R et al. (2014) Le scale di valutazione del dolore nel paziente demente: revisione della letteratura. Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal, 2(3), 48-53.

- Richardson W, Wilson MC, Nishikawa J et al. (1995) The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. American College Physicians Journal Club, 123(3), A12-13.

- Shamseer L, Moher D, Clarke M et al. (2015) The PRISMA-P Group Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis. British Medical Journal BMJ, 350, g7647.

- Shorten G, Carr DB, Harmon D et al. (2007) La gestione del dolore postoperatorio. Linee guida di trattamento. Edizione Elsevier Masson, Milano.

- Spence K, Gillies D, Harrison D et al. (2005) A reliable pain assessment tool for clinical assessment in the neonatal intensive care unit. Journal of Obstet, Gynecol, Neonatal Nursing, 34(1), 80-86.

- Stevens B, Johnston C, Taddio A et al. (2010) The premature infant pain profile: evaluation

13 years after development. Clinical Journal of Pain, 26(9), 813-830.

- Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J et al. (2014) The Premature Infant Pain Profile-Revised (PIPP-R): Initial Validation and feasibility. Clinical Journal of Pain, 30(3), 238-243.

- Stevens SS (1946) On the theory of scales of measurement. Science, American Association for the Advancement of Science, 2684(103), 677-780.

- Stinson JN, Kavanagh T, Yamada J et al. (2006) Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. Pain, 125, 143-157.

- Suraseranivongse S, Montapaneewat T, Manon J et al. (2005) Cross-validation of a self-report scale for postoperative pain in school-aged children. Journal of the Medical Association of Thailand, 88(3), 412-418.

- Tomlinson D, Von Baeyer CL, Stinson JN et al. (2010) A Systematic Review of Faces Scales for the Self-report of Pain Intensity in Children. Pediatrics, 126(5), 1168-1198.

- Van Dijk M, Roofthoof DW, Anand KJ et al. (2009) Taking up the challenge of measuring prolonged pain in (premature) neonates: the COMFORT neo scale seems promising. Clinical Journal of Pain, 25(7), 607-616.

- Voepel-Lewis T, Burke CN, Jeffries N et al. (2011) Do 0-10 Numeric Rating Scores Translate into Clinically Meaningful Pain Measures for Children? Anesthesia Analgesia, 112, 415-421.

- Von Baeyer CL (2009) Numerical Rating scale for self-report of pain intensity in children and adolescents: Recent progress and further questions. European Journal of Pain, 13(10): 1005-1007.

- Von Baeyer CL, Spagrud LJ (2007) Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. Pain, 127, 140-150.

- Von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC et al. (2009) Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-report of pain intensity. Pain, 143(3), 223-227.

- Williamson A, Hoggart B (2005) Pain: a review of three commonly used pain rating scales. Journal of Clinical Nursing, 14(7), 798-804.

- Wood BM, Nicholas MK, Blyth F et al. (2010) Assessing pain in older people with persistent pain: the NRS is valid but only provides part of the picture. American Pain Society, 11(12), 1259-1266.

Appendice 1. Sinossi delle scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età

Scala	Età	Intervallo di punteggio	Descrittori del dolore	N. voci	Rilevanza clinica
Età adulta					
NRS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	0-6 0-7 0-10 0-11 0-20 0-21 0-101	<ul style="list-style-type: none"> • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore immaginabile 	-	<ul style="list-style-type: none"> • rapida e facile da somministrare (<1 min) • la versione con scala da 0 a 11 è la più utilizzata
VAS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	0-100 mm	dolore: <ul style="list-style-type: none"> • nessuno • lieve • moderato • severo 	-	<ul style="list-style-type: none"> • difficile utilizzo • elevato margine di errore
VRS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	-	dolore: <ul style="list-style-type: none"> • nessuno • lieve • fastidioso • angosciante • terribile • atroce 	-	di facile utilizzo nella popolazione anziana
			dolore: <ul style="list-style-type: none"> • nessuno • lieve • moderato • severo 		
Età neonatale					
EVENDOL	da 0 a 3 anni; validato anche fino a 7 anni	0-15	dolore: <ul style="list-style-type: none"> • nessuno • lieve o transitorio • moderato o frequente • intenso o continuo 	5	<ul style="list-style-type: none"> • strumento valido • di facile utilizzo
FLACC	da 0 a 3 anni; validato anche fino a 16 anni	0-10	valutazione comportamentale: <ul style="list-style-type: none"> • viso • gambe • attività • pianto • consolabilità 	5	validata per la misurazione del dolore nel periodo post operatorio
Età pediatrica					
VAS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	100 mm	dolore: <ul style="list-style-type: none"> • nessuno • lieve • moderato • severo 	-	<ul style="list-style-type: none"> • difficile utilizzo • elevato margine di errore



NRS	≥8 anni senza compromissioni cognitive	0-11	<ul style="list-style-type: none"> • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore immaginabile 	-	rapida e facile da somministrare (<1min)
FPS	da 2 a 12 anni	0-6	7 volti che vanno da: <ul style="list-style-type: none"> • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore 	-	veloce e semplice utilizzo per operatori e pazienti
FPS-R	da 4 a 12 anni	0-10	6 volti che vanno da: <ul style="list-style-type: none"> • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore 	-	veloce e semplice utilizzo per operatori e pazienti
Scala Oucher	da 3 a 12 anni	0-10	6 volti che vanno da: <ul style="list-style-type: none"> • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore 	-	<ul style="list-style-type: none"> • disponibile per diverse etnie • necessita di ulteriori studi per la validazione in bambini di 3-4 anni di età
WBFPRS	da 3 a 7; validato anche fino a 18 anni	0-10	6 volti che vanno da: <ul style="list-style-type: none"> • min: nessun dolore • max: il peggiore dolore 	-	<ul style="list-style-type: none"> • facile e veloce utilizzo • scala preferita dai bambini • tradotta in 10 lingue
Pretermine					
PIPP	neonati prematuri	0-21 ¹ 0-18 ²	<ul style="list-style-type: none"> • sonno/veglia • occhi • mimica facciale • frequenza cardiaca • saturazione di ossigeno • età gestazionale • stato comportamentale 	7	<ul style="list-style-type: none"> • validata • criticità per bambini <32 settimane
PIPP-R	neonati prematuri	0-21 ¹ 0-18 ²	<ul style="list-style-type: none"> • sonno/veglia • occhi • mimica facciale • frequenza cardiaca • saturazione di ossigeno • età gestazionale • stato comportamentale 	7	revisione con aumento dell'affidabilità e validità per bambini estremamente prematuri
BIIP	neonati prematuri	0-10	<ul style="list-style-type: none"> • sonno/veglia • espressioni facciali • movimenti delle mani 	13	valida e affidabile



COMFORT neo Scale	neonati prematuri	0-30	<ul style="list-style-type: none"> • vigilanza • quiete/agitazione • risposta respiratoria • pianto • movimenti del corpo • tensione del viso • tono muscolare 	7	buona affidabilità
PAT	neonati prematuri	0-20	<ul style="list-style-type: none"> • postura/tono • pianto • modello di sonno • espressione • colore • respiro • frequenza cardiaca • pressione sanguigna • percezione dell'infermiere 	9	<ul style="list-style-type: none"> • pratica e di facile utilizzo • valida e affidabile
ABC Pain scale	neonati prematuri	0-6	caratteristiche pianto: <ul style="list-style-type: none"> • acutezza • ritmicità • continuità 	3	<ul style="list-style-type: none"> • validata per i bambini a termine • affidabile per i bambini prematuri
NIPS	neonati prematuri	0-7	<ul style="list-style-type: none"> • espressioni del viso • pianto • respiro • movimenti gambe e braccia • stato di agitazione 	5	il pianto non può essere valutato se il paziente è intubato
<p>¹ per i neonati di età gestazionale inferiore a 28 settimane; ² per i bambini a termine</p> <p>NRS: Numerical Rating Scale VAS: Visual Analogue Scale VRS: Verbal Rating Scale EVENDOL: Evaluation ENfant DOuLeur FLACC: Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability FPS: Faces Pain Scale FPS-R: Faces Pain Scale-Revised WBFRS: Wong-Baker Face Pain Rating Scale PIPP: Premature Infant Pain Profile PIPP-R: Premature Infant Pain Profile-Revised BIIP: Behavioral Indicators of Infant Pain PAT: Pain Assessment Tool NIPS: Neonatal Infant Pain Profile Max: massimo Min: minimo</p>					

Master

Fondazione Trapianti Onlus, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, organizza la Prima Edizione del Master "Coordinamento Infermieristico e gestione del processo dalla donazione al trapianto di organi e tessuti" che avrà inizio a marzo 2018. L'obiettivo è quello di fornire agli infermieri partecipanti al Master conoscenze e competenze per un'assistenza di qualità e sviluppare capacità di coordinamento durante tutte le fasi del processo che dalla donazione portano al trapianto.

Visto il ruolo sempre più centrale che la figura dell'infermiere riveste in questo ambito, confidiamo che il Master possa essere un'iniziativa di forte interesse per i vostri iscritti e vorremmo chiedervi di dargli diffusione attraverso i vostri canali, newsletter e sito. Pubblichiamo la brochure con tutti i dettagli del corso e rimaniamo a vostra completa disposizione per ogni approfondimento e necessità. ■



PER ISCRIZIONI:

Il bando per le iscrizioni sarà disponibile sul sito www.unimut.it (corsi post-laurea, master, area sanitaria) a partire dai primi giorni del mese di dicembre 2017.

PER INFORMAZIONI:

Segreteria Organizzativa
Fondazione Trapianti Onlus
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico
Via F. Sforza 35 - 20122 Milano

Tel | 02 55034015 Fax | 02 55034086
Site master | <https://cigpdt@stake.ct.unimut.it>
Site | www.fondazione-trapianti.org
Mail | master@fondazione-trapianti.org

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
ORGANIZZAZIONE IN COLLABORAZIONE CON
Fondazione Trapianti Onlus

MASTER DI I° LIVELLO

Coordinamento infermieristico e gestione del processo dalla donazione al trapianto di organi e tessuti

1° edizione secondo semestre 2017/2018

CON IL PATROCINIO DI

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Regione Lombardia Regione Lombardia

Il trapianto di organi e tessuti, un'essenziale opportunità di cura per molti pazienti, è una realtà in costante evoluzione sotto i diversi profili, tecnico-scientifico e organizzativo.

In questo ambito, la cura e l'assistenza centrate sui bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, orientate a ottenere risultati di sicurezza, efficacia, tempestività, efficienza ed equità, costituiscono oggi un patrimonio culturale e scientifico che necessita di essere integrato sistematicamente nella formazione dei sanitari

La funzione di coordinamento clinico organizzativo, unitamente a quella assistenziale, rappresenta sempre più un aspetto irrinunciabile nel compimento del processo dalla donazione al trapianto e follow up. L'infermiere con competenze e abilità specifiche può assumere un ruolo centrale in questa funzione.

L'Università degli Studi di Milano ha inteso contribuire al perseguimento di questo obiettivo in collaborazione con la Fondazione Trapianti Onlus istituendo un corso Master di primo livello.

Il Master è finalizzato all'acquisizione di conoscenze teoriche, metodi e strumenti utili a sviluppare competenze nella cura e assistenza e nel coordinamento e gestione del processo

OBIETTIVI

Obiettivo qualificante del Master è quello di consentire l'acquisizione di conoscenze e competenze evidenze based utili a favorire assistenza di qualità e capacità di coordinamento nella gestione del processo clinico organizzativo del trapianto di organi e tessuti nelle sue diverse fasi.

Le competenze acquisite consentiranno all'infermiere di agire in équipe multidisciplinari, in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero, nelle reti regionali e nazionali dei trapianti.

STRUTTURA

Il numero di posti disponibili per l'ammissione al corso è determinato in 20

L'attività didattica si articola in 7 moduli attraverso lezioni frontali, esercitazioni e laboratori, e-learning FAD, seminari di approfondimento e tirocini presso strutture sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private, con particolare riferimento agli uffici di coordinamento previsti dalla nomenclazione della rete trapiantologica; Centro Nazionale Trapianti; Fondazioni e Associazioni di volontariato per il sostegno della donazione (organi e tessuti e per l'assistenza ai pazienti candidati al trapianto e trapiantati).

Il conseguimento del master porta all'acquisizione di 60 CFU per un totale di 1500 ore

Modulo 1

Promozione della donazione nella società e continuità delle cure alla persona e alla famiglia nel processo del trapianto.

Modulo 2

Definizione e coordinamento del procurement (coordinamento e reti)

Modulo 3

Programmazione e gestione integrata del processo clinico del trapianto, il trapianto da cadavere.

Modulo 4

Programmazione e gestione integrata del processo clinico del trapianto: trapianto da vivente.

Modulo 5

Coordinamento e leadership infermieristica nel processo clinico e organizzativo, dalla donazione al trapianto.

Modulo 6

Modelli di interazione efficace nella comunicazione nel processo clinico e organizzativo della donazione al trapianto.

Modulo 7

Il processo di ricerca, procedimento tecnico e procedimento pratico.

REQUISITI D'ACCESSO

Il master è rivolto a tutte le persone in possesso di una Laurea in Infermieristica, Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, Laurea in Infermieristica pediatrica o titoli equipollenti.

MODALITÀ DI AMMISSIONE

L'ammissione al Master, fino al raggiungimento del numero massimo dei posti disponibili, avverrà secondo la graduatoria di merito con prova scritta e orale, come specificato da bando pubblicato sul sito www.unimi.it

Il percorso formativo avrà la durata di un anno, da marzo 2018 a marzo 2019.

Quota di partecipazione:

Costo di euro 2500 pagabili in due rate. Fondazione Trapianti Onlus metterà a disposizione 10 borse a parziale copertura del contributo di iscrizione.

COORDINATORE DEL MASTER

Professoressa **Maura Lusignati**
Professore Associato Scienze Infermieristiche,
Università degli Studi di Milano

COMITATO ORDINATORE

Prof. **Mariano Ferrareso** - Università degli Studi di Milano
Prof. **Francesco Onida** - Università degli Studi di Milano
Prof. **Francisco Valenza** - Università degli Studi di Milano
Dr. **Roberto Accardi** - Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico Milano
Dr. **asse Bibiana Del Bello** - ASSST Pupa Giovanni
XXIII Bergamo
Dr. **Sergio Vesconi** - Fondazione Trapianti Onlus

SEDE DEL MASTER

Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico
Via F. Sforza 35, Milano



Iscriviti alla mailing list del Collegio per avere in tempo reale informazioni sempre aggiornate direttamente sulla tua casella di posta



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA

Collegio Provinciale di Bergamo

24125 Bergamo - Via Rovelli n.45 - Telefono 035/217090 - Fax 035/236332

www.ipasvibergamo.it - E-mail: collegio@infermieribergamo.it



Caro/a collega, al fine di rendere più veloce il passaggio di informazioni relative all'attività del Collegio e alle novità in ambito sanitario, il Consiglio Direttivo della Provincia di Bergamo ha approvato l'iniziativa di attivare la newsletter creando una mailing list.

Al fine di acquisire gli indirizzi mail ti chiediamo di compilare la parte sottostante e inviarla alla segreteria, via fax al numero 035/236332 oppure di collegarti direttamente al sito internet www.ipasvibergamo.it e accedere all'area mailing list.

La Presidente Beatrice Mazzoleni

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO MAIL _____

(pregasi scrivere in stampatello)

Infermiere dipendente Coordinatore Infermiere libero professionista

Informativa sulla privacy: ai sensi Dlgs 196/2003, informiamo che la newsletter del Collegio di Bergamo gestisce una "mailing list" di indirizzi elettronici. Tale lista di distribuzione è utilizzata esclusivamente per spedire, via posta elettronica ed elencando i destinatari in copia nascosta, la newsletter del Collegio di Bergamo. In ogni caso, i dati presenti nei nostri archivi non saranno comunicati ad altri. Sono tuttavia accessibili da parte dello staff tecnico incaricato dal Collegio IPASVI di Bergamo, al fine di garantire l'adeguata manutenzione e svolgere le operazioni eventualmente richieste dai legittimi proprietari dei dati registrati. Gli indirizzi elettronici dei destinatari della newsletter sono relativi a richieste d'iscrizione acquisite tramite adesione al presente modulo o la registrazione nel sito. Chiunque e in qualsiasi momento ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, integrare o cancellare i propri dati ed opporsi al loro utilizzo, se sono trattati in violazione della legge (art. 13 del Dlgs 196/2003). In particolare: chi non volesse più ricevere la newsletter, può chiedere la rimozione dei suoi dati dalla mailing list utilizzando l'apposito link presente in fondo alla stessa o scrivendo alla segreteria del Collegio. Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo.

Approvo

Non approvo

Data _____

Firma _____



XVIII

CONGRESSO NAZIONALE

**FEDERAZIONE
NAZIONALE
DEI COLLEGI IPASVI**

**ROMA 5 - 6 - 7 MARZO 2018
AUDITORIUM PARCO DELLA MUSICA**

NOI INFERMIERI

la nostra impronta sul sistema salute



IPASVI