

Notiziario Siot

Ai Soci SIOT

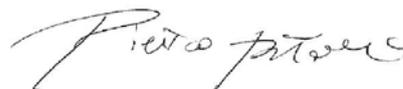
In data 22 febbraio è stato presentato al Consiglio Direttivo SIOT ed a tutti i Presidenti delle Società Superspecialistiche la proposta di adottare una check-list per la prevenzione delle complicanze infettive e la prevenzione di errori di omissioni nella attività di sala operatoria da compilarsi ed allegare alla cartella clinica del paziente sottoposto ad intervento chirurgico. La scelta è stata fatta sulla base della proposta messa a punto dal prof. Giorgio Maria Calori, Direttore UOC Chirurgia Ortopedica Riparativa e Risk Management dell'Ospedale G. Pini di Milano.

L'impostazione, condivisa da tutti i presenti, dovrà essere comunque validata per l'adozione da parte della Direzione Sanitaria di ciascuna Unità di Ortopedia e Traumatologia.

Riteniamo che un documento di questo genere, allegato alla cartella clinica e debitamente compilato, sia un valido ausilio per la tutela del paziente ed al contempo per la tutela dell'operatore e della struttura nella quale agisce.

La SIOT resta a disposizione per ricevere eventuali commenti da inviare alla Segreteria.

Il Presidente SIOT
prof. Pietro Bartolozzi



Allegato: Documento Gestione del rischio clinico in sala operatoria.

P.S.: Il documento è, inoltre, disponibile sulla Home page del sito www.siot.it, nella rubrica "Editoriale a cura del Consiglio Direttivo".

Gestione del rischio settico in Ortopedia e Traumatologia

PREMESSA

L'incidenza delle infezioni nel campo dell'Ortopedia e Traumatologia è drasticamente in aumento in considerazione delle nuove metodiche proposte e dei sempre più numerosi campi di applicazione clinica; ciò a fronte dei sicuri miglioramenti ottenuti nella applicazione della asepsi. Questa evenienza negativa pare verosimilmente legata: alla comparsa di nuovi ceppi batterici resistenti; all'utilizzo di innovativi impianti protesici, di osteosintesi e di trapianto tissutale; ad una inevitabile rilassatezza di comportamento del Personale Sanitario, determinata dalla non individuazione dell'Unico Responsabile della procedura. Parallelamente sono in aumento le contestazioni e le richieste risarcitive per Responsabilità Professionali di malpractice. Tutto ciò produce un notevole aggravio per l'Ente Ospedaliero in termini economici e gestionali.

A fronte di numerose esperienze di monitoraggio di eventi avversi (infezioni ortopediche), questo progetto innovativo si pone l'obiettivo di verificare l'adesione degli operatori alle necessarie procedure di prevenzione delle infezioni nelle singole fasi di cura del paziente.

OBIETTIVO

Si intende proporre un protocollo sperimentale per la gestione del rischio sanitario che viene a penalizzare il paziente, la serenità degli operatori sanitari ed anche a danneggiare l'economia dell'Ente Ospedaliero di appartenenza.

Ritenendo di non poter del tutto annullare il rischio infettivo, si vuole quanto meno esercitare un'azione di contenimento, perseguendo tale scopo tramite la più dettagliata documentazione dei singoli procedimenti sanitari.

IPOTESI DI LAVORO

A tale scopo si individuano tre fasi di applicazione gestite nelle rispettive aree di competenza:

- 1) fase preoperatoria o di preparazione all'intervento chirurgico, presso il Reparto di degenza;
- 2) fase operatoria, presso il Blocco Sale Operatorie;
- 3) fase postoperatoria immediata, presso il Reparto di degenza.

Verranno considerati differenti aspetti di lavoro operanti nelle singole fasi.

CRITERI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE

1° Criterio: Linee guida per la prevenzione delle surgical site infection¹

Forniscono raccomandazioni riguardanti la riduzione del rischio di infezioni della ferita chirurgica.

Ogni raccomandazione è classificata sulla base dei dati scientifici esistenti, della giustificazione logica e dell'applicabilità.

Le raccomandazioni sono distinte in categorie: *I A* e *I B* sono quelle considerate efficaci dall'HICPAC e da esperti in campo chirurgico, infettivologico e del controllo delle infezioni. Entrambe le raccomandazioni sono applicabili in tutte le strutture sanitarie e dovrebbero essere da esse adottate. *I A* e *I B* differiscono solo nella forza dell'evidenza scientifica che le supporta.

Le raccomandazioni di *categoria II* sono supportate da una minore evidenza scientifica rispetto alla categoria *I*. Queste raccomandazioni possono essere appropriate se indirizzate verso specifici problemi ospedalieri o specifici gruppi di pazienti.

Per alcune procedure *non sono fornite raccomandazioni*, o perché manca il consenso sulla loro efficacia, o perché l'evidenza scientifica disponibile è insufficiente per giustificarne l'adozione. Per questi punti irrisolti, gli operatori dovrebbero valutare criticamente gli elementi per elaborare strategie relative a queste pratiche all'interno della loro organizzazione.

Infine sono contemplate *raccomandazioni basate su regole di Legge* e pertanto ineludibili.

2° Criterio: Standard relativi ai programmi di controllo delle infezioni ospedaliere²

Nell'aprile 1989 la *Joint Commission for Accreditation of Hospitals* (JCAH) ha adottato nuovi standard per la valutazione dei programmi di controllo delle infezioni ospedaliere; tali standard sono divenuti operativi al 1 gennaio 1990.

I nuovi standard sono meno dettagliati rispetto ai precedenti, ammettono diversi approcci alla sorveglianza delle infezioni (es. sorveglianza mirata o per obiettivi), danno maggiore importanza agli esiti degli interventi e sono meno prescrittivi per quanto riguarda le caratteristiche strutturali dei programmi di controllo. Consentono quindi una maggiore flessibilità agli ospedali nella adozione delle pratiche raccomandate per la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

È previsto un punteggio che sintetizza il grado di adesione a ciascuno standard.

Di seguito sono riportati gli standard della JCAH ed i criteri ai quali deve rispondere ciascuno ospedale per essere incluso nella prima categoria di compliance o sostanziale:

- 1) esiste un *programma efficace*, esteso a tutto l'Ospedale, per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere;
- 2) esiste un *Comitato Multidisciplinare* che coordina il programma per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni (*C.I.O.*);
- 3) la responsabilità della gestione delle attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni è assegnata a *personale qualificato*;
- 4) esistono *politiche e protocolli scritti* per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni per tutti i dipartimenti/servizi;
- 5) altri dipartimenti/servizi di supporto, quali la centrale di sterilizzazione, i servizi di pulizia, la lavanderia, partecipano ai programmi di prevenzione e controllo delle infezioni e sono *dotati di personale e materiale sufficiente per svolgere le funzioni richieste* di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni.

METODICA

Sono preliminarmente stabilite delle priorità di rilevamento nelle tre differenti fasi di osservazione.

È stata perciò predisposta una scheda di documentazione (check-list) suddivisa in 3 parti, relativa alle 3 fasi osser-

vazionali. Tale check-list è strutturata in modalità *simple-choice* (Sì/No) e si propone di applicarla routinariamente su tutti i pazienti trattati in tempi diversi nelle differenti sedi di cura individuate.

La modalità *simple-choice* è stata prescelta per rendere più semplice ed efficace il riscontro fenomenologico, al fine di permettere una più misurabile e comparabile analisi dei dati.

Alla finalità del progetto, vengono considerate le raccomandazione di categoria I A ed alcune I B, che si vogliono comunque monitorare; si intende cioè valutare quelle attività che rispondano ai requisiti della categoria più fortemente raccomandata, poiché supportata da studi ben disegnati sperimentali, clinici e/o epidemiologici.

La possibilità di poter confrontare in modo oggettivo (quantitativo e qualitativo) i risultati ottenuti, permetterà un confronto tra differenti Unità Operative nell'ambito della stessa Struttura Sanitaria, come anche tra diverse Strutture Sanitarie che pur presentano differenti problematiche ed organizzazioni.

La verifica della compilazione della check-list è affidata ad un Unico Responsabile, figura professionale di volta in volta individuata nell'effettivo esecutore materiale della procedura di compilazione della scheda di documentazione (Medico che effettua la visita di accettazione nel Reparto di degenza, Chirurgo primo operatore in Sala Operatoria, Medico che effettua il rilievo post operatorio nel Reparto di degenza).

È individuato un Unico Responsabile della compilazione della check-list, competente per ciascuna singola fase/area di applicazione, poiché si ritiene essenziale l'individuazione di un solo Sanitario referente, onde far fronte all'atteggiamento di dilagante rilassatezza determinato dalla mancata attribuzione della specifica responsabilità. Per rendere efficace il progetto, dopo un indispensabile periodo di sperimentazione clinica applicativa realizzata attraverso uno studio pilota ed un'inevitabile revisione del protocollo, è prevista una fase educativa rivolta a tutto il Personale Sanitario dell'Ente coinvolto nel processo di cura e quindi l'introduzione del progetto esteso a tutte le Unità Operative dell'Ospedale. L'attività di formazione all'interno dell'Ente, si ritiene indispensabile per poter costituire un gruppo di sperimentazione ben definito ed omogeneo (gruppo di osservazione *intra-observer*); questo riveste una grande importanza in considerazione di produrre più omogenei e pertanto più affidabili risultati nella compilazione delle schede di documentazione somministrate. È verosimile, infatti che inizialmente si

verificherà una omogeneità per piccoli gruppi (singole Unità Operative); la succitata azione educativa impartita dall'Ente a tutti i singoli Sanitari estenderà il criterio di omogeneità e correttezza con ciò ampliando il gruppo di osservazione in modo interdivisionale (unico grande gruppo *intra-observer*).

Solamente in una fase successiva, se disponibili, saranno comparabili risultati ottenuti presso altre strutture sanitarie, coscienti della maggiore difficoltà interpretativa dell'applicazione in gruppi disomogenei (gruppo di osservazione *inter-observer*). Punto di arrivo finale è potere adeguare il riscontro del gruppo di osservazione *inter-observer* al gruppo di osservazione *intra-observer* e quindi di poter stabilire una innovativa modalità di lavoro comune e di effettivo confronto.

CONCLUSIONE

Il frutto del raggiungimento dell'obiettivo proposto produrrà:

- una maggiore consapevolezza delle problematiche individuate nelle singole fasi del processo sanitario di cura;
- l'individuazione del rischio concreto e dell'effettivo responsabile dell'errore;
- la ottimizzazione gestionale dello specifico rischio;

- la possibilità di poter valutare ed introdurre azioni correttive e preventive;
- un sicuro beneficio nei rapporti, attualmente critici, con le compagnie assicurative dell'Ente (diminuzione del rischio = diminuzione del premio assicurativo annuale e possibilità di ottenere maggiori garanzie);
- un deterrente all'incremento in atto delle azioni risarcitive e legali oggi giorno sempre più numerose contro l'Ente Ospedaliero;
- un beneficio organizzativo ed economico per l'Ente considerando che, grazie ad una dettagliata documentazione posta agli atti di un comportamento corretto (perito, prudente e diligente) potranno essere escluse alcune immotivate attribuzioni di colpa professionale;
- non da ultimo, un rilevante beneficio per il paziente che si sentirà così meglio garantito e tutelato durante l'intero percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA

Linee guida per la prevenzione delle SSI (Surgical Site Infection). Edizione 1999.

Standard relativi ai programmi di controllo delle infezioni ospedaliere – Joint Commission for Accreditation of Hospitals (JCAH). Edizione 1990.

CHECK-LIST PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SETTICO IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Cognome e nome paziente

Cartella clinica n. UO

Fase preoperatoria		Si	No
1.	Sono state, quando possibile, identificate e trattate tutte le infezioni distanti dal sito chirurgico prima di un intervento elettivo; rimandando l'intervento su un paziente con infezioni lontane dal sito chirurgico, fino a quando esse siano state risolte?		
2.	Non è stata praticata la tricotomia nel preoperatorio, a meno che i peli in corrispondenza o attorno al sito chirurgico interferiscano con l'intervento?		
3.	È stata effettuata la tricotomia, immediatamente prima dell'intervento, evitando di produrre abrasioni cutanee?		
4.	È stato controllato adeguatamente il livello di glucosio nel sangue nel paziente diabetico e soprattutto è stato evitato l'iperglicemia nel periodo preoperatorio?		
5.	È stata somministrata una profilassi antibiotica solo quando indicato e selezionati i tipi di antibiotico in base alla loro efficacia contro i patogeni più comunemente causa di SSI per lo specifico tipo di intervento e in base alle raccomandazioni locali		
6.	È stata somministrata la dose iniziale di antibiotico per via venosa, in modo tale che sia presente una concentrazione battericida nel siero e nei tessuti del paziente nel momento in cui è stata eseguita l'incisione, mantenendo nel siero e nei tessuti concentrazioni terapeutiche del farmaco durante tutto l'intervento e al massimo per poche ore dopo che la ferita è stata chiusa in sala operatoria?		

Data e Firma

Fase intraoperatoria		Si	No
7.	È stato effettuato un approfondito lavaggio preoperatorio delle mani, per almeno 4 minuti, usando un appropriato antisettico e lavando le mani e gli avambracci fino ai gomiti?		
8.	Sono state tenute chiuse le porte della sala operatoria ed è stato limitato l'accesso in modo adeguato?		
9.	È stata attuata la normale procedura di sanificazione e disinfezione prevista tra un intervento e l'altro?		
10.	Tra un intervento chirurgico e l'altro: sono stati cambiati gli indumenti protettivi esterni (camice, guanti, mascherina, copricapo, calzari, ecc.)?		
11.	Durante lo stesso intervento: è stata sostituita la divisa chirurgica visibilmente sporca, contaminata o intrisa di sangue o altri materiali potenzialmente infettivi?		
12.	Sono stati rispettati i principi dell'asepsi quando sono stati posizionati dispositivi intravascolari (es. cateteri venosi centrali), cateteri per anestesia spinale o epidurale e quando sono stati somministrati farmaci intravenosi?		
13.	Sono stati trattati i tessuti in modo non traumatico, mantenendo una emostasi efficace, minimizzando la presenza di tessuti devitalizzati (necrotici, coagulati) e di corpi estranei (es. suture), eliminando gli spazi morti nella ferita chirurgica?		
14.	Si è ricorso alla chiusura primaria ritardata oppure è stata lasciata la ferita aperta per una guarigione per seconda intenzione, se il chirurgo ha ritenuto che la ferita era fortemente contaminata (es. classe III e classe IV)?		

Fase intraoperatoria

Si

No

15.	Se si è reso necessario un drenaggio, è stato utilizzato un sistema ad aspirazione chiusa, posizionando il drenaggio attraverso una incisione separata e distante dall'incisione chirurgica e rimuovendolo appena possibile?		
-----	--	--	--

Data e Firma

Fase postoperatoria		Si	No
16.	Sono stati controllati adeguatamente il livello di glucosio nel sangue del paziente diabetico e soprattutto sono state evitate l'iperglicemia nel periodo postoperatorio?		
17.	Sono state lavate le mani prima e dopo aver cambiato medicazioni e ad ogni contatto con la ferita chirurgica?		
18.	È stata usata la tecnica sterile quando è stata cambiata una medicazione?		

Data e Firma

Check-list SSOp – “Sicurezza in Sala Operatoria”

La check-list Sicurezza Sala Operatoria (SSOp), costituisce uno strumento preventivo nel rispetto degli obiettivi seguenti:

- 1) *garanzia per la sicurezza in camera operatoria del paziente chirurgico* relativamente all'intero iter peri-operatorio. Questo è ottenibile tramite una documentata tracciabilità delle fondamentali attività connesse, che sono individuate nelle principali fasi dell'iter peri-operatorio. Tali fasi evidenziate in colorazione differenziata sul modello applicativo;
- 2) *contenimento del rischio* per errata/omessa procedura, ottenibile mediante realizzazione di un sistema a sbarramento che impedisce di fatto la progressione alla fase successiva, ove non correttamente completata quella precedente. Tutti i campi della check-list debbono essere correttamente compilati. La mancanza/incongruenza (risposta negativa) di un campo colorato (giallo, azzurro, verde, arancio, blu) determina l'arresto dell'iter peri-operatorio; la mancanza/incongruenza (risposta negativa) di un campo grigio non determina di per sé interruzione dell'iter peri-operatorio. La completezza dei campi grigi è comunque richiesta per potere svolgere analisi statistica per la gestione del rischio;
- 3) *tutela degli operatori sanitari* nei confronti di un'eventuale attribuzione di colpa per responsabilità professionale. La disponibilità di una procedura aziendale unificata e validata dall'Ente per la documentazione delle attività peri-operatorie, redatta ex-ante e fruibile ex-post, permette di annullare gli effetti negativi prodotti dall'attuale orientamento giuridico che richiede l'inversione dell'onere della prova.

Il “responsabile verificatore” è un operatore sanitario, medico o non medico, dipendente ovvero in formale rapporto contrattuale con l'AOUI. Questi, è tenuto alla compilazione della check-list relativamente alla propria area di appartenenza, che corrisponde ad una o più fasi dell'iter peri-operatorio tracciato. Egli dovrà sottoscrivere il documento in modo chiaro e leggibile, provvedendo contestualmente a registrare inoltre data e ora di compilazione della attività. È responsabile unico della corretta applicazione della procedura, relativamente a quanto sottoscritto.

Il “testimone” è un dipendente ovvero in formale rapporto contrattuale con l'AOUI, anche estraneo alla qualifica sanitaria. Questi è tenuto a sottoscrivere in modo chiaro e leggibile, la validazione del documento realizzata dal responsabile verificatore. Egli non ha alcuna responsabilità circa la correttezza della procedura, semplicemente tutela il responsabile verificatore circa l'aver effettivamente compilato la check-list alla data ed alle ore registrate. È importante in quanto rafforza la possibilità di tutela degli operatori sanitari nei confronti di una possibile responsabilità professionale.

La check-list “Sicurezza in Sala Operatoria”, attualmente in modalità cartacea, in futuro informatizzata, è a tutti gli effetti parte integrante la cartella clinica di ricovero del singolo paziente e pertanto rispetta gli obblighi di composizione e conservazione a quest'ultima imposti ai sensi della Legge (DPR n. 128 artt. 2-5-7 del 27.III.1969; DPR n. 225 del 14.III.1974; Nuovo Codice Deontologia Medica art. 10; Circolare Ministero Sanità del 19.XII.1986; DLGS n. 196 del 2003).

REGOLAMENTO DEGLI EVENTI CONGRESSUALI E DEI CORSI

Approvato dal Consiglio Direttivo SIOT il 14/12/2009

Tenendo conto delle premesse contenute nella lettera sull'argomento inviata al Consiglio Direttivo in data 20 luglio 2009, si avanza la proposta di una modifica all'attuale regolamento degli eventi Congressuali e dei Corsi.

In particolare, si propone che gli eventi congressuali vengano distinti in tre gruppi, ciascuno con caratteristiche peculiari.

- a) Eventi *accreditati* SIOT: sono eventi di alto valore FORMATIVO caratterizzati da Letture Magistrali fatte da vari Esperti possibilmente nostrani, predisposizione di Consensus Conferences nelle previsioni di stendere delle linee guida.

A questi eventi le Aziende parteciperanno garantendone economicamente lo svolgimento – secondo gli accordi economici di vendita degli spazi espositivi e di iniziative commerciali ed aziendali – consapevoli di avere un'ampia vetrina espositiva della loro attività.

Il Comitato Scientifico del Congresso avrà un'assoluta libertà da qualsiasi influenza dell'Industria, quindi con un budget gestito solo dai Responsabili del Congresso.

In sede scientifica verranno escluse presentazioni etichettate e, per quanto riguarda l'ospitalità, il Comitato Scientifico deciderà liberamente le proprie scelte, mentre le Aziende si atterranno alle normative Eucomed per i propri ospiti.

- b) Eventi Congressuali sui quali la SIOT interverrà esprimendo solo un giudizio di qualità e saranno quindi i *Congressi Patrocinati*.

Tali congressi avranno spiccate caratteristiche INFORMATIVE, quindi vi saranno presentazioni etichettate, gli Speakers potranno essere ospiti Aziendali ed il budget sarà concordato con le Aziende.

La SIOT chiederà che siano manifestazioni ben bilanciate e ovviamente plurisponsor.

In questo tipo di congressi vi sarà spazio per i confronti fra casistiche, presentazioni di metodiche, e di esperienze personali. È chiaro che la SIOT, lasciando alla discrezionalità dei singoli e delle Aziende queste iniziative, sosterrà un principio di contenimento degli eventi evitando ripetizioni e sovrapposizioni.

- c) Eventi scientifici di aggiornamento, o *Corsi*, ai quali spetterà la caratteristica di un alto valore didattico su cosa si fa, come si fa e con un giusto spazio agli aspetti tecnico applicativi.

Questi potranno essere chiaramente etichettati anche monosponsor, seguendo ovviamente le regole Eucomed.

La SIOT limiterà questo tipo di eventi onde evitare ripetizioni e sovrapposizioni.

Il numero di eventi Accreditati sarà di 15, estendibile a 18 qualora vi siano richieste di manifestazioni (di Società Specialistiche o ad iniziativa individuale), cui venga riconosciuto un particolare valore scientifico. Nel caso che il numero delle richieste di eventi congressuali da accreditare sia in eccesso rispetto al numero massimo e vi siano contemporanee richieste di congresso nazionale e di altre manifestazioni riferibili alla Società Specialistica stessa, o vi siano richieste in esubero di Società che possono rientrare in uno dei raggruppamenti individuati dal Consiglio Direttivo della SIOT, si attribuirà l'Accreditamento rispettando in primo luogo il regolamento già in vigore che riconosce un congresso ad anni alterni alle Società Specialistiche e, in secondo luogo, si terrà conto del parere di un Coordinatore espresso dalle stesse e che le rappresenterà presso la SIOT.

Il nominativo del Coordinatore dovrà essere comunicato al Presidente della SIOT all'inizio del biennio del suo mandato.

Ai Coordinatore verrà richiesto di indicare qual è l'evento congressuale più significativo del gruppo al quale fare afferire il finanziamento programmato e quindi l'evento da accreditare e nel quale le varie Società potranno trovare un loro spazio.

Il numero degli eventi congressuali patrocinati non è contingentato.

Il numero dei Corsi da accreditare è definito in un regolamento specifico allegato.

Tutto quanto non è stato citato e modificato nella suddescritta divisione degli eventi congressuali, rimane in vigore e fa riferimento alle indicazioni contenute nella lettera del Past President prof. Lanfranco del Sasso in data 11 settembre 2008, PUNTO 5, regolamento che si include* con l'unica modifica apportata al punto B ed all'eliminazione del punto VIII.

Sono da escludere sedi congressuali in località a carattere prevalentemente turistico nei seguenti periodi:

1 luglio – 15 settembre per le *località di mare*

1 gennaio – 15 marzo e

1 luglio – 31 agosto per le *località di montagna*

Nelle brochure e programmi i *Congressi Accreditati* dovranno riportare il Logo SIOT con la dicitura “Evento Accreditato SIOT” mentre, i *Congressi Patrocinati* riporteranno il Logo con la dicitura “Evento Patrocinato SIOT”.

** Regolamento*

Il Presidente Organizzatore del Congresso deve essere un Socio SIOT;

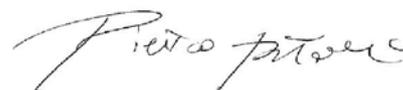
La domanda di Patrocinio Scientifico deve essere presentata *entro il 30 giugno di ogni anno* specificando:

- I. nome, cognome e qualifica del richiedente;
- II. sede, data del Congresso, tema congressuale e l'informazione di eventuali altri Congressi che siano in sovrapposizione;
- III. partecipanti numericamente presunti;
- IV. alla domanda deve essere allegata una dichiarazione (autocertificata) in cui si afferma che l'argomento non è stato oggetto di presentazione in occasione di altri Congressi Nazionali negli ultimi dodici mesi;
- V. *quattro mesi prima* del Congresso l'Organizzatore dovrà fornire un programma preliminare da cui si evinca chiaramente lo svolgimento dei lavori congressuali (i Relatori partecipanti Soci SIOT la composizione del Comitato Scientifico Organizzatore, nomi e la qualifica di eventuali relatori stranieri). Definire il numero presunto di partecipanti, enumerare le attività collaterali tipo cene sociali, visite guidate organizzate, dichiarandone i costi presunti;
- VI. autocertificazione che non si tratta di Congresso Mono Sponsor;
- VII. se trattasi di Congresso congiunto con altra Nazione.

Sulla base di tutte le informazioni il Consiglio Direttivo della SIOT si pronuncerà sulla concessione del Patrocinio nella prima seduta utile.

Il Patrocinio presuppone che gli organizzatori inviino alla SIOT e ai congressisti il Programma definitivo almeno *quarantacinque giorni* prima dell'evento Congressuale. Ciò comporterà la validazione definitiva dell'Evento.

Il Presidente SIOT
prof. Pietro Bartolozzi



REGOLAMENTO PER LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO SIOT A CORSI TEORICO-PRATICI

Il Presidente Organizzatore del Corso deve essere un Socio SIOT.

La domanda di Accredimento deve essere presentata entro il 30 Giugno dell'anno precedente la data della manifestazione scientifica specificando:

- I. nome, cognome e qualifica del richiedente;
- II. tema, sede e data del Corso;
- III. i corsi hanno durata di una giornata. Il Consiglio Direttivo della SIOT, nell'ambito del numero dei Corsi da Accreditare può autorizzare una quota non superiore al 30% del numero massimo stabilito (20) destinata a Corsi di durata superiore (max 3 giorni), tenendo conto della validità dell'iniziativa e delle motivazioni esplicitate dal Presidente del Corso nella richiesta di Accredito;
- IV. numero dei partecipanti: i partecipanti non potranno superare le 50-60 persone. Il numero dei docenti coinvolti a vario titolo in qualità di Relatori-Moderatori-Discussori-ecc. non potrà superare i 10 +30% per eventuali giorni aggiuntivi;
- V. dovranno essere descritte in dettaglio:
 - attività pratiche;
 - interattività con i docenti;
 - adeguati supporti didattici;
 - test di valutazione;
 - schede valutazione dei docenti;
 - schede valutazione delle qualità strutturali del corso;
- VI. quattro mesi prima del Corso l'Organizzatore dovrà fornire un programma pre-definitivo da cui si evinca chiaramente lo svolgimento delle lezioni, i Relatori partecipanti Soci SIOT, nomi e qualifica di eventuali relatori stranieri, composizione del Comitato Scientifico ed Organizzativo, comunicare il numero di richieste di partecipazione ricevute e, se in eccesso alle disponibilità, gli eventuali criteri di selezione; indicare eventuali cene sociali, max 1, (colazioni di lavoro escluse) con i docenti, dichiarandone i costi presunti;
- VII. perché l'attività formativa della Società possa rimanere, ogni anno, all'interno di un numero adeguato, per valenza territoriale e culturale, di corsi, si stabilisce un numero massimo di 20 Corsi accreditati per anno.

Sulla base di tutte le informazioni, il Consiglio Direttivo della SIOT si pronuncerà sulla concessione dell'Accreditamento nella prima seduta utile.

Il Presidente SIOT
prof. Pietro Bartolozzi

