

# Filodiretto

1/2  
numero

Anno XXIX/ numero 1/2 gennaio-aprile 2011 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari  
n° 732/83 / Periodico dei Collegi IPASVI delle Province di Bari e Barletta Andria Trani



## Università & Regione

Le due  
**FACCE**  
della stessa  
medaglia

in evidenza

EDITORIALE

IN PUGLIA

RICERCA  
INFERMIERISTICA

La formazione  
infermieristica  
in Puglia

Diritto alla salute  
diritto al lavoro

L'etica nell'agire  
infermieristico



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane  
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici  
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e  
Barletta-Andria-Trani  
Anno XXIX - N° 1/2 gennaio-aprile 2011  
Spedizione in A.P.  
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.  
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199



Questo periodico è associato alla  
Unione Stampa Periodica Italiana

# Filodiretto

PERIODICO DEI COLLEGI INFERMIERI,  
INFERMIERI PEDIATRICI, ASSISTENTI  
SANITARI DELLE PROVINCE DI BARI E  
BARLETTA - ANDRIA - TRANI

## Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra, 42 - 70124 Bari  
T. 080 54 27 333 - F. 080 54 27 413  
redazionefilodiretto@libero.it

## Impaginazione e Stampa Azienda Grafica L'Immagine

Zona Industriale Lotto B12  
T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51  
www.limmagine.net - info@limmagine.net  
Finito di stampare il 14 marzo 2011

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco  
Leonardo Di Leo

## Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

## Comitato di redazione

Saverio Andreula, Domenica Caldarola, Loredana Cappelli, Maria Caputo, Pasqualina Caramuscio, Idolo Cavaggion, Rosa Cipri, Biagio De Simone, Vincenza Anna Fusco, Michele Giacomantonio, Francesco Germini, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Giuseppe Notarnicola, Bernardo Valente, Giulio Campanale, Clementina Sfregola, Savino Petruzzelli

## Segreteria di Redazione

Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo, Giuseppe Marangelli, Idolo Cavaggion, Vanessa Manghisi

## Hanno collaborato

Fabio Andrisano, Domenico Cirasole, Donatella D'Accolti, Antonella La Torre, Giuseppe Papagni, Antonella Perrucci, Gianluigi Schena, Ciro Antonio Tampone, Roberta Vasile  
*Foto di Vanessa Manghisi*

## FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico dei Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT che pubblica articoli scientifici inerenti la teoria e la pratica infermieristica, la medicina, l'organizzazione e la politica sanitaria. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione. Il testo deve essere fornito sia stampato che come file di un programma di videoscrittura (word) e non deve superare le **7.300 battute** compresi gli interspazi. Le parole che gli autori desiderano evidenziare devono **essere in bold**. Eventuali tabelle devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica andrà sempre fornita una foto dell'autore con risoluzione di almeno **300 DPI in formato TIFF o JPEG**, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo va inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta del/degli autori, che dovranno firmare l'articolo stesso e fornire il loro indirizzo completo. L'autore dovrà altresì attestare, sotto la propria esclusiva responsabilità, l'autenticità ed originalità del testo inviato. Gli autori sono tenuti a dichiarare eventuali conflitti di interesse ed eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Redazione, che si riserva di pubblicarli.

numero **1/2**

## EDITORIALE

### 3 LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN PUGLIA

Saverio Andreula

## IN PUGLIA

### 7 DIRITTO ALLA SALUTE, DIRITTO AL LAVORO

Vanessa Manghisi

### 9 FUMATA NERA PER I MEDICI E INFERMIERI PRECARI

Domenico Cirasole

### 11 PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Ciro Antonio Tampone

## PROFESSIONE IN AZIONE

### 13 S.A.R.I. SISTEMA AVANZATO DI RISPOSTA INFERMIERISTICA

Leonardo Di Leo, Giuseppe Papagni

### 15 BRIEFING POST-INTERVENTO NELL'EQUIPE 118

Fabio Andrisano

### 17 L'INFERMIERI NEL COORDINAMENTO DEI TRAPIANTI

Antonella Perrucci

## RICERCA INFERMIERISTICA

### 20 L'ETICA NELL'AGIRE INFERMIERISTICO

Gianluigi Schena, Donatella D'Accolti

### 22 DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Giovanni Tanga

## NURSING & QUALITÀ

### 21 ATTUALITÀ E LEGALITÀ DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Carmela Marseglia

## INFORMAZIONE

### 27 RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

Roberta Vasile

## INSERTO 1/2

### MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

## PILLOLE D'INFORMAZIONE

Vanessa Manghisi

## CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



# LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN PUGLIA

Per Regione e Università è solo una questione di numeri

Saverio  
ANDREULA



*Lo statuto dei diritti e dei doveri degli studenti dell'Università degli Studi di Bari al primo articolo riporta la frase seguente: "Gli studenti sono portatori di diritti inalienabili,*

*in quanto cittadini della comunità universitaria". Questa "nobile" affermazione di principio, probabilmente rispondente alla realtà che vivono quasi tutti gli studenti immatricolati ai corsi di laurea attivati dalle diverse Facoltà Universitarie, per i corsi di laurea in Infermieristica è disattesa. I motivi di tale affermazione nel seguito. In via preliminare va evidenziato che gli studenti in Infermieristica, per la Facoltà di Medicina e Chirurgia, ed in particolare per il Preside della stessa, Antonio Quaranta sono considerati ospiti, (non molto graditi per verità) se si considera che il Preside Quaranta non perde occasione per esprimere pubblicamente il seguente pensiero: ... omissis ... "è la politica che ci chiede di formare personale sanitario sulla base di quelle che sono le esigenze territoriali, le richieste delle regioni, indipendentemente dalla qualità della formazione" ... Tali affermazioni sono molto espressive e non meritano ulteriori considerazioni! Senza entrare nel merito delle norme istitutive dei corsi di laurea delle professioni sanitarie,*

*a tutti note, si evidenziano, per facilitare la lettura, i soggetti impegnati nell'ambito della formazione e i rispettivi ruoli istituzionali:*

- *I Ministeri della Salute e della ricerca scientifica e tecnologica nella qualità di veri e propri committenti della formazione infermieristica; il primo definisce competenze e ambiti di attività dell'infermieristica ed il secondo i criteri generali per l'ordinamento degli studi universitari;*
- *La Regione e le Università che definiscono intese e rapporti convenzionali finalizzati alla applicazione degli ordinamenti didattici per il corretto funzionamento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie con atti regolamentari definiti protocolli che impegnano le Aziende Ospedaliere, le Aziende Universitarie sanitarie e gli IRCCS ad implementare strutture organizzate per il "governo della didattica".*

*E' di tutta evidenza che il perseguimento degli obiettivi didattici richiede una **puntuale indicazione dei requisiti generali e specifici riguardanti le strutture ospedaliere, extraospedaliere, distrettuali, logistiche e le risorse professionali e materiali per le attività formative rivolte alle diverse figure regolamentate con specifico profilo professionale, mediante un attento confronto tra le parti (Regioni, Università e rappresentanti istituzionali delle professioni sanitarie), anche in relazione all'esigenza di individuare standard condivisi. L'attuale protocollo d'intesa e atti conven-***



zionali stipulati tra Regione, Università degli studi di Bari e Foggia e istituzioni sanitarie pubbliche e private accreditate per la formazione, si preoccupa di determinare un quadro di collaborazione istituzionale in cui le strategie qualificanti si riducono solo al calcolo delle prebende a beneficio delle Università (dodicimila euro per corso di laurea attivato) oltre che una serie di altri impegni strutturali e di risorse umane a totale carico delle istituzioni sanitarie, senza riportare riferimenti e standard qualitativi del percorso didattico.

Le criticità presenti nell'attuale sistema formativo pugliese sono specificatamente indicate nell'interrogazione parlamentare che il Sen. D'Ambrosio Lettieri, a cui va il plauso dell'intera classe infermieristica pugliese, ha presentato ai Ministeri competenti e che si riporta nella griglia che segue.

Dal momento in cui è stata ufficialmente presentata l'interrogazione parlamentare è iniziato un serrato e formale confronto tra i Collegi-IPASVI, l'Università, nella perso-

na del Magnifico Rettore Corrado Petrocelli e l'Assessore alle politiche della salute della Puglia prof. Fiore Tommaso. Nel prossimo numero di filo diretto vi daremo un ampio resoconto.

I Collegi per acquisire ogni dettaglio utile per fotografare nitidamente la situazione universitaria, hanno attivato un gruppo di lavoro composto da Infermieri impegnati nella qualità di docenti e coordinatori assegnando loro il compito di analizzare nel dettaglio tutte le criticità presenti nel sistema formativo universitario pugliese per i corsi di laurea in infermieristica e di produrre una proposta in grado di offrire agli studenti in infermieristica un percorso didattico degno di questo nome. Rinnovo l'invito al Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari di interpretare il ruolo che lo statuto universitario gli riconosce sostenendo gli studenti e il loro "diritto allo studio" a prescindere dal corso di laurea a cui sono iscritti.

#### CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Bari, ai sensi del DPR n. 221 del 05/04/50 art. 23 e 24 con all'ordine del giorno:

- 1) RELAZIONE DEL PRESIDENTE
- 2) CONTO CONSUNTIVO 2010
- 3) BILANCIO DI PREVISIONE 2011

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42, in prima convocazione alle ore 16.00 dell'1/04/2011 ed in seconda convocazione alle ore 16.00 dell'8/04/2011

Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Saverio Andreula*

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI DELLA  
PROVINCIA DI BARI

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL \_\_\_\_\_

DELEGA L'ISCRITTO \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2011

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



## INTERROGAZIONE PARLAMENTARE

ai Ministri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e della Salute  
presentata dal Senatore Lettieri D'Ambrosio sul sistema universitario pugliese



### Lettieri D'Ambrosio

Presidente Ordine dei Farmacisti di Bari.

Membro Gruppo PdL.

Segreteria della 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanità).

Membro della 14<sup>a</sup> Commissione permanente (politiche dell'Unione europea).

Membro della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale.

### Premesso che:

l'articolo 6 (rubricato: "Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università") del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" prevede, al comma 3, che l'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria di Infermiere si consegue con il conferimento di "laurea in infermieristica" rilasciata dall'Università nell'ambito delle facoltà di medicina e chirurgia dopo non meno di tre anni di studi, il superamento dell'esame "abilitante" e l'iscrizione all'albo professionale;

la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

considerato che:

l'offerta formativa per i corsi di laurea in infermieristica definiti d'intesa tra la Regione Puglia e le Università di Bari e Foggia è di circa mille posti l'anno, mentre le domande presentate sono in media 4.500;

allo stato le immatricolazioni per il primo anno del corso di laurea in infermieristica attivato presso l'Università degli Studi di Bari contano circa 594 studenti mentre quello attivato presso l'Università degli Studi di Foggia ne annovera circa 172;

la Regione Puglia e le Università di Bari e Foggia hanno sottoscritto un protocollo d'intesa approvato con delibera della Giunta regionale n. 838 del 27 maggio 2008, che definisce le sedi didattiche per il Corso di laurea in infermieristica prevedendo, tra l'altro, ai sensi dell'art. 9, che le spese per arredamento, utenze, strumentazioni, materiali e manutenzione degli ambienti di proprietà delle Aziende sanitarie che ospitano il corso e destinati alla didattica siano assegnati a carico delle stesse;

considerato, inoltre, che all'interrogante risulta che il sistema formativo delle Facoltà del Corso di Laurea di Infermieristica attivati nella Regione Puglia presenterebbe diverse criticità. In particolare:

le sedi formative sarebbero carenti dei requisiti strutturali minimi di cui al decreto ministeriale 24 settembre 1994;

i poli formativi periferici non darebbero la possibilità di fruire del servizio-mensa universitaria, con grave nocumento per le famiglie che sostentano i giovani studenti;

gli incarichi di insegnamento per le discipline previste dai piani di studio sarebbero attribuiti, con criteri selettivi discriminanti e assunti tardivamente;

il personale infermieristico coordinatore teorico pratico responsabile, infermiere - tutor e di supporto, impiegato nello svolgimento delle attività didattiche, sarebbe individuato e incaricato senza nessuna procedura selettiva e in alcuni casi è carente o del tutto assente;

il numero di studenti assegnati per ogni sede sarebbe eccessivo rispetto alle potenzialità delle sedi in termini di aule, banchi, sedie, spogliatoi eccetera;

in particolare, il polo formativo di Bari "Ospedale Di Venere" non avrebbe a disposizione strutture e risorse umane adeguate per le esigenze funzionali, organizzative e didattiche al punto che più corsi di laurea condividerebbero aule e risorse organizzative;

una recente ispezione del dirigente medico del Servizio di igiene e sicurezza della Azienda Sanitaria Locale di Bari avrebbe formalizzato un rapporto in cui afferma che "le strutture e i mezzi dedicati al polo formativo del corso di laurea di Bari "Ospedale Di Venere" e relative pertinenze sono "inidonee" sia in ordine ai requisiti strutturali minimi previsti dalla normativa vigente (decreto ministeriale 24 settembre 1994 - Requisiti d'idoneità delle strutture per i diplomi universitari dell'area medica), sia alle norme in materia di sicurezza;

le sedute e i banchi delle aule preposte all'insegnamento, ad esempio, sarebbero del tutto insufficienti rispetto al numero di studenti assegnati ai singoli poli e sarebbero disattese perfino le elementari regole relative all'igiene e alla sicurezza sui luoghi di lavoro nonché le normative antincendio;

per gli studenti, infine, non vi sarebbe alcuna possibilità di eseguire verifiche sulla attività di tirocinio prevista dal piano degli studi; *preso atto che:*

la legislazione vigente impone rigore nell'osservanza dei piani di studio regolamentati per ogni corso di laurea dai singoli ordinamenti didattici poiché l'infermieristica è una professione sanitaria intellettuale determinata da una formazione di eccellenza che deve essere garantita dalle Università;

gli infermieri che conseguono il titolo di studio nella Regione Puglia possono, al pari degli altri colleghi italiani, esercitare la professione di infermiere su tutto il territorio italiano e comunitario; i professionisti sanitari, e dunque gli infermieri, devono rispondere ai bisogni sanitari primari dei cittadini e pertanto l'offerta formativa deve essere improntata al rispetto assoluto dei contenuti didattici previsti dalla vigente normativa, poiché da essi dipende il conseguimento del patrimonio di saperi scientifici che garantisce adeguati livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate; qualora venissero meno i citati presupposti i cittadini potrebbero ricevere prestazioni sanitarie dannose o addirittura letali;

le carenze tecnico - strutturali e organizzative e le gravi lacune dei percorsi didattico - formativi relativi ai corsi di laurea in infermieristica, attivati presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università di Bari e Foggia nella Regione Puglia potrebbero determinare per gli infermieri, che ivi conseguono il titolo, la perdita di competitività nel mercato del lavoro con evidente pregiudizio per i livelli occupazionali,

l'interrogante chiede di sapere se ai Ministri in indirizzo, ciascuno per quanto di competenza, risulti quanto sopra riferito e, in particolare:

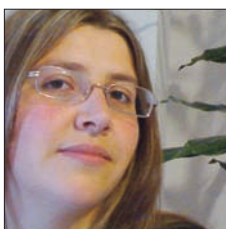
- se il protocollo di intesa firmato dalla Regione Puglia e dalle Università di Bari e Foggia contenga tutti gli elementi normativi necessari a garantire una formazione di qualità coerente con gli ordinamenti didattici;
- se risultino gli impegni sottoscritti nel protocollo di intesa tra la Regione Puglia e le Università e, in caso affermativo, se detti impegni enunciati siano stati effettivamente rispettati;
- se risulti che l'offerta formativa dei corsi di laurea in infermieristica delle Università della Regione Puglia sia conforme agli standard previsti dalle normative vigenti o, in caso negativo, se e quali provvedimenti intendano porre in essere;
- se risulti che gli strumenti e gli insegnamenti a disposizione degli studenti delle Facoltà di infermieristica dei poli formativi della Regione Puglia e, in particolare, del polo formativo di Bari-Ospedale di Venere, siano sufficienti e adeguati a fornire loro la preparazione necessaria per l'esercizio della professione di infermiere;
- se e quali iniziative siano state intraprese al fine di garantire i necessari livelli formativi per gli studenti delle facoltà di infermieristica garantendone l'omogeneità su tutto il territorio nazionale.



# DIRITTO ALLA SALUTE, DIRITTO AL LAVORO

La carenza di Infermieri ha ripercussioni sul benessere dei cittadini

Vanessa  
**MANGHISI**



*“L’assistenza sanitaria non è una merce dipendente dal mercato, bensì un bene comune”* Questa definizione dell’O.M.S. dovrebbe divenire il volano delle scelte politiche

di “governance” del nostro sistema sanitario regionale, che, come è noto, vive un momento di difficoltà! Oggi la popolazione pugliese esprime bisogni di assistenza sanitaria diversificata per il progressivo invecchiamento degli italiani e per l’aumento della popolazione migrante. Il nuovo contesto va affrontato con una nuova organizzazione della sanità pubblica, che deve muovere le sue azioni sull’integrazione socio-sanitaria e multidisciplinare, sull’inserimento dei temi della salute in tutte le politiche e sulla prevenzione dei bisogni. È necessario quindi un approccio maggiormente pragmatico sulle diverse tematiche, soprattutto per quanto concerne il diritto alla salute dei cittadini coniugandolo con il diritto al lavoro dei “precari” della sanità pugliese. Oggi si vive una situazione paradossale e schizofrenica riguardo all’assistenza infermieristica che per la grave carenza di personale e per la totale assenza di “modelli organizzativi” è da considerare inqualificabile. Infatti, dopo la riduzione delle ASL pugliesi, prosegue l’opera, definita di “razionalizza-

zione” dell’intero sistema sanitario pugliese. L’obiettivo dichiarato è sempre lo stesso: “**contenere i costi di gestione**”. A pagarne le conseguenze più gravose sono e saranno solo i cittadini/utenti, che vedono allungare i tempi di attesa per qualunque prestazione sanitaria, anche con un elevato livello di complessità. Alcuni esempi: mesi fa i tempi di attesa nella ASL Bari erano di oltre un mese per i ricoveri, 4/5 mesi per le protesizzazioni d’arto ed oggi si sono ulteriormente allungati, non è più consentito rimandare provvedimenti per i quali si devono assolutamente reperire soluzioni adeguate, considerando soprattutto che molte Unità Operative e diversi servizi possono erogare un minimo di assistenza grazie alla presenza di personale infermieristico a tempo determinato, che da anni assicura il diritto alla salute dei cittadini che usufruiscono delle Strutture Sanitarie pugliesi (Agenzia Quotidiana di Stampa Consiglio Regionale di Puglia). Di sicuro, la Regione ha un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari e sociali. È responsabile in via esclusiva dell’organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari e sociali, ed è direttamente impegnata ad assicurare l’effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Livelli Essenziali di Assistenza Sociale LIVEAS in considerazione delle specifiche esigenze del territorio. Tanto è nero su bianco in diversi provvedimenti legislativi regionali: **al punto 5 dell’art. 11 della LEGGE REGIONALE 31 dicembre 2010, n. 19 “Disposizioni per la forma-**

*zione del bilancio di previsione 2011 e bilancio pluriennale 2011-2013 della Regione Puglia” si legge.. omissis... In connessione con i processi di riorganizzazione previsti dal Piano di rientro 2010-2012, ivi compresa la razionalizzazione della rete ospedaliera con l’attivazione e potenziamento delle attività di assistenza domiciliare, delle cure intermedie e delle attività di riabilitazione domiciliare e ambulatoriale per la non autosufficienza e la disabilità fisica, psichica e sensoriale, con provvedimento di Giunta regionale, da adottarsi previo parere delle Commissioni consiliari permanenti competenti, sono fissati gli indirizzi applicativi di cui all’articolo 2, comma 72, lettera b), della l. 191/2009”.*

Le attività nei numerosi ospedali pugliesi, nei Servizi dei Distretti Socio Sanitari, nei Dipartimenti, ecc., sono garantite dalla continuità, dal lavoro e dalla elevata competenza di ciascun professionista infermiere, medico, fisioterapista ecc.

Sono da prendere in seria considerazione i risultati di un notevole numero di studi pubblicati da anni sulle più autorevoli riviste nazionali ed internazionali le quali dimostrano che:

- la valorizzazione degli infermieri;
- l’ambiente lavorativo favorevole;
- il coinvolgimento degli infermieri nella presa di decisioni;
- la formazione e il sostegno di una *leadership* infermieristica;
- l’ottimale relazione interpersonale fra gli operatori sanitari e in particolare con i medici;
- il riconoscimento dello specifico contributo degli infermieri nella risposta ai bisogni sanitari delle persone e comunità.

L’insieme di quanto sopra evidenzia:

- un miglior risultato in termini di salute delle persone;
- una maggior soddisfazione degli utenti;
- un minore abbandono della professione da parte degli infermieri;
- un contenimento della spesa sanitaria.

Il contesto sul fronte organizzativo sanitario è sempre più complesso e in questo ambito emerge pesantemente l’assenza di un riconoscimento della leadership infermieristica sia in termini di collocazione all’inter-



no delle organizzazioni (Aziende sanitarie e ospedaliere, Regioni e ambito ministeriale), sia in termini di possibilità di prendere decisioni inerenti l’organizzazione stessa dei servizi sanitari.

Per di più non è stato previsto alcun percorso di carriera che riconosca i titoli e le competenze realmente acquisite dagli infermieri che hanno investito nella propria formazione e formazione continua. Infatti non sono presenti né indicazioni nazionali né alcun riconoscimento contrattuale e quindi, le Regioni e le Aziende Sanitarie presentano situazioni molto difformi.

A tutto questo si aggiunge l’assenza di incentivi, meccanismi premianti e altre fonti di motivazione provenienti dall’ambiente lavorativo che generano disaffezione all’attività lavorativa e abbandono dei posti di lavoro.

Le risorse assegnate al servizio sanitario e all’università sono pesantemente influenzate dall’attuale situazione politica ed economica del nostro Paese.

La scarsità di finanziamenti e la mancanza di risposte che guardino al futuro, aggraveranno ulteriormente la cronica carenza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie con già evidenti ripercussioni sui cittadini.

La lotta al precariato è un atto di responsabilità dal quale nessuna forza politica può sottrarsi, ed è una priorità affinché siano garantiti i principi dettati dalla Costituzione italiana, che tutela tutti i cittadini, il lavoro, i diritti dei lavoratori, il diritto alla salute e la responsabilità sociale!



# FUMATA NERA PER I MEDICI E INFERMIERI PRECARI

Domenico  
CIRASOLE



Il Consiglio Regionale della Puglia ha approvato nella notte del 27 dicembre 2010 il bilancio in un'unica seduta, nonostante erano state previste tre giornate di consiglio, ciò al

fine di evitare che la seduta del 28 dicembre coincidesse con la marcia dei precari.

La politica ha operato in emergenza, e in piena notte per evitare il contrasto dei precari. Noi medici ed infermieri precari, con contratti semestrali, attendevamo un atto di coraggio della politica regionale, nel concederci, così come in altre regioni interessate dal piano di rientro, ed entro il 31.12.2010, una proroga di 36 mesi, al fine di superare il blocco delle assunzioni -turnover- imposto dal governo nazionale, e confermato, per la puglia, nella conferenza stato-regione

conclusasi il 16.12.2010.

Invece è mancata la tenacia e la grinta, nell'affrontare una operazione politica, estremamente delicata. Concretamente abbiamo ricevuto un semplice palliativo, un sedativo, per sopportare meglio l'agonia, che precede la morte.

Infatti, a fronte del processo di stabilizzazione e di una congrua e dignitosa proroga, i medici, tecnici ed infermieri hanno visto spostare di soli tre mesi il termine del contratto. Noi consapevoli del grave male di cui eravamo affetti grazie ad una diagnosi precoce, abbiamo lottato, creando un comitato, nonostante le forze sociali preposte alla tutela del lavoro e alla tutela della salute hanno preferito abbandonare il paziente agonizzante, ad una morte lenta e silenziosa. Conferma della nostra solitudine, si è manifestata nel consiglio regionale, con l'assenza di una parola di conforto nei nostri riguardi, e anche fuori, tra i manifestanti, per la scelta di alcune forze sindacali di aver cura, della parte più forte, numerosa e chiassosa.

>>

## AVVISO IMPORTANTE PER I LETTORI DI FILODIRETTO

Le nuove norme varate dal Governo in tema di accesso ai contributi per l'editoria hanno fatto sì che le spese di spedizione di FILODIRETTO quintuplicassero. Le attuali tariffe postali per la spedizione della nostra rivista rendono insostenibile economicamente l'impegno editoriale profuso per la produzione del periodico. In attesa di individuare soluzioni adeguate all'aumento significativo dei costi di spedizione FILODIRETTO sarà edito e stampato con periodicità quadrimestrale ed arricchito di nuove pagine. E' inevitabile che alcune rubriche (Pillole, Convegni e Corsi, eccetera) potrebbero riportare notizie o eventi non di primordine, per ovviare all'inconveniente si suggerisce ai lettori e gli iscritti di consultare i siti web dei Collegi: [www.ipasvibari.it](http://www.ipasvibari.it), [www.ipasvibat.it](http://www.ipasvibat.it) che si arricchiscono di nuovi servizi.

La redazione

Per noi medici ed infermieri in prima linea nelle trincee dei Pronto Soccorso, Rianimazione, Utic, Cardiologia della Puglia, è mancata anche la possibilità di confrontarci e di farci ascoltare.

Nessuno ha voluto il 28 dicembre ascoltar il nostro pianto, e comprendere il nostro lamento.

A tutti è stato concesso di interloquire con le forze politiche, tranne che a noi, che da mesi chiedevamo chiarezza. Ma d'innanzi al dato certo, incontrastabile, diseguale, ma discutibile, del

blocco delle proroghe dignitose, e del processo di stabilizzazione, imposto dallo Stato, e d'innanzi la costante attenzione della Corte Costituzionale all'operato del governo regionale, quest'ultimo non ha avuto ne il coraggio di salvare il salvabile, ne di chiarire le sorti.

Dunque riepilogando a causa del blocco del turnover (L.122/2010), del patto di stabilità del 2011 (firmato nella conferenza stato-regione), del piano di rientro, e della legge di bilancio regionale, i medici ed infermieri che da anni lavoravano continuativamente,

ricoprendo vecchie vacanze delle piante organiche, come dipendenti con contratti a termine, il 31.03.2010, andranno a casa. Per loro sarà impossibile trovare altro impiego, mentre le ASL indicano nuovi avvisi pubblici, ed assumono per mobilità.

Questa scelta imposta, non tiene conto in alcun modo della riduzione quantitativa e

qualitativa delle prestazioni sanitarie, della lesione del diritto alla salute per i pugliesi causata dalla prevedibile ed inevitabile interruzione di pubblico servizio che si verificherà.

Al contrario, a noi medici ed

infermieri precari da anni, sembra opportuno, contrastare ciò che è palesemente ingiusto, anche se imposto, e porre in essere una programmazione della stabilizzazione, in tempi brevi, come previsto dalle direttive europee, dalle norme nazionali di pubblico impiego e confermato di recente dalla Corte di Cassazione Civile, questo, per non disperdere preziose competenze professionali, la cui formazione ha avuto un costo non indifferente per la collettività, e per permettere di rispondere alla crescente domanda di salute dei cittadini pugliesi.

**“Attendevamo un atto di coraggio della politica regionale, nel concederci, così come in altre regioni interessate dal piano di rientro, ed entro il 31.12.2010, una proroga di 36 mesi”**



**all'amico Idolo**

*“Idolo dall'11 novembre 2010 non sei più con noi. Caro amico, ottimo professionista e Maestro per tutti noi. Tanti anni di collaborazione sia alla rivista “filodiretto” del Collegio Ipasvi che alle numerose attività ci hanno visto insieme a scrivere, a leggere e rileggere appassionanti articoli sulla*

*nostra professione a te tanto cara.*

*Spesso riaffiorano tanti ricordi e... con essi tanti sorrisi.*

*Perdere qualcuno è comprendere quanto fosse importante la sua presenza fattiva e discreta.*

*Lasci un grande vuoto ma... Ti sentiamo sempre accanto.*

*Ciao grande Prof.*

*Il comitato di redazione di “Filodiretto”  
e i Direttivi Collegi Ipasvi Bari e Bat*

*Ti salutano*



# PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

## Criticità e risorse infermieristiche per la qualità dell'assistenza in Puglia

Ciro Antonio  
**TAMPONE**



L'Associazione Regionale degli Infermieri della Puglia ha spento 25 candeline il giorno 11 dicembre 2010 proprio a Cerignola, dove è stata fondata l'8 settembre del 1985. Ricorda il

Presidente Giuseppe Tampone *"Eravamo tutti giovani, motivati e desiderosi di promuovere lo sviluppo culturale della professione infermieristica, nell'intento di migliorare la qualità dell'assistenza al malato"*.

Tampone fu il primo Presidente Regionale, con incarico quinquennale che ricoprì per due mandati, salvo trasferirlo al successore Felice Lombardi negli anni in cui andava a ricoprire la prestigiosa presidenza nazionale della CNAI (Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i) cui l'Associazione Infermieri Puglia è affiliata.

E' stato un percorso formativo e professionalizzante meraviglioso, in continua ascesa, grazie al quale sono sorti nuovi nuclei provinciali e locali (Lucera, Manfredonia, San Giovanni Rotondo, Barletta-Andria-Trani, Bari, Conversano, Monopoli, Putignano, Taranto e Lecce) che lasciano un'importante impronta sul continuo impegno che l'Associazione Regionale pugliese ha dato in questi lunghi anni e continua a dare per la categoria infermieristica.

Anche nel venticinquesimo della nascita

numerose sono state le iniziative realizzate. Eventi formativi ed incontri divulgativi si sono avvicinati nei mesi di novembre e dicembre in molte città pugliesi concludendo proprio a Cerignola, dove si è svolta la cerimonia celebrativa *"Professioni infermieristiche in Puglia: Criticità e Risorse Infermieristiche per la Qualità dell'Assistenza"*, in occasione della quale sono state ripercorse tutte le tappe della storia dell'Associazione, dalla fondazione fino ad oggi. Sono stati approfonditi i passi verso l'autonomia della professione, attraverso un breve excursus delle leggi che, dal 1985 fino ai giorni nostri, hanno segnato profondamente l'evoluzione della professione.

La professione infermieristica, per lungo tempo considerata solo per la sua funzione collaborativa nei confronti del medico, è oggi protagonista di un importante processo di rinnovamento. Numerosi i provvedimenti legislativi che in questi ultimi anni hanno fortemente innovato la figura dell'infermiere. Nuovi e professionalizzanti i percorsi formativi introdotti con i nuovi ordinamenti didattici universitari dedicati agli infermieri (Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche, Dottorato di ricerca, master di I° e II° livello). L'evoluzione intervenuta ha tuttavia resistenze interne, nella transizione da infermiere esecutore a infermiere decisore, che comporta una vera e propria rivisitazione della propria identità professionale, e resistenze esterne. L'assunzione di una competenza, e quindi di una responsabilità decisionale, fino ad ora impensabile nella



*I vertici della CNAI-PUGLIA premiano il Presidente Giuseppe Tampone*

nostra cultura, ma già consolidata in altri sistemi europei e mondiali, ha rappresentato una sorta di “rivoluzione copernicana” per la professione infermieristica italiana. Di conseguenza, sia la formazione accademica, sia l’organizzazione dei servizi infermieristici aziendali, si stanno avviando verso questa virata, non senza difficoltà, come spesso accade nei momenti di cambiamenti storici. La Puglia, invero, si è resa protagonista della produzione di una serie di provvedimenti legislativi in materia di sanità, in tema di miglioramento della qualità delle cure infermieristiche ai cittadini, rimaste solo sulla carta e mai attuate. Ancora oggi in molte strutture sanitarie pubbliche pugliesi non sono stati istituiti i Servizi Infermieristici, e la presenza numerica di personale infermieristico non è qualificabile, per cui spesso i cittadini ricevono cure infermieristiche non “definibili tali”. Altresì inesistente, seppur prevista dalle norme regionali, è la possibilità dei cittadini pugliesi, di ottenere cure infermieristiche domiciliari in continuità con quelle ricevute in Ospedale. Nonostante numerosi sforzi attuati dalle associazioni di categoria e dai colleghi professionali pugliesi nella loro qualità di Enti di Diritto Pubblico regolatori della professione infermieristica e di controllo di qualità delle prestazioni infermieristiche erogate, la situazione professionale pugliese è in una condizione di precarietà assoluta con forte ricadute sulla qualità delle prestazioni infermieristiche erogate ai cittadini.

La cerimonia conclusiva è stata anche un momento di autocelebrazione e premiazione. Premi e targhe al merito sono stati conferiti agli infermieri che si sono distinti nel campo dell’associazionismo, della formazione e della ricerca per dare un piccolo ma significativo riconoscimento per l’impegno che essi stanno dedicando, ognuno nel proprio modo, alla professione infermieristica. Un riconoscimento particolare, tra applausi e fiori, ad Erminia Sportelli, ex consigliera nazionale CNAI-PUGLIA, da sempre in prima linea per lo sviluppo della professione infermieristica, che nonostante i suoi 76 anni, ha sfoggiato una grinta ed una determinazione ammirevoli.

Un minuto di silenzio per i colleghi passati a miglior vita, la *Anita Simcic* (emerita consigliera CNAI e presidente dell’associazione provinciale di Taranto, fondatrice della Consociazione nel 1946, e la *Arcangela Mongelli* emerita consigliera CNAI.

Un momento di grande emozione quando Felice Lombardi in accordo con il consiglio regionale ha onorato il Presidente Giuseppe Tampone con una “targa-quadro” di merito e di riconoscimento per l’encomiabile impegno incessantemente profuso da 25 anni a questa parte, per l’Associazione e per la professione infermieristica.

L’evento si è terminato con una mozione scritta inviata all’Assessore regionale della Salute Tommaso Fiore e al Governatore della Puglia Nichi Vendola.



*Il Presidente del Collegio IPASVI di Bari S. Andreula premiato dal Presidente G. Tampone*



# S.A.R.I. SISTEMA AVANZATO DI RISPOSTA INFERMIERISTICA

Leonardo  
DI LEOGiuseppe  
PAPAGNI

Per la prima volta l'infermiere è posto al centro di un sistema complesso di soccorso.

Il *Sistema Avanzato di Risposta Infermieristica* è un progetto del CIVES (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria), condiviso e in parte finanziato dalla Federazione Nazionale Collegi IPASVI.

Il S.A.R.I., presentato dal direttore operativo nazionale Rosaria Capotosto, è senz'altro stato l'argomento al centro dell'attenzione dei colleghi presenti al Convegno intitolato "*Lo specifico infermieristico: aspetti organizzativi e gestionali nelle maxiemergenze*", organizzato dal Nucleo CIVES e dal Collegio della provincia di Barletta-Andria-Trani, tenutosi il 18 dicembre 2010 presso la Sala Convegni del Comando della Polizia Municipale di Barletta.

Grazie al finanziamento da parte del Dipartimento di Protezione Civile, tale progetto, maturato ed elaborato dagli infermieri, è sicuramente da ritenersi una realtà, in particolare dopo l'esperienza diretta sul territo-

rio dell'Aquila colpito dal terremoto.

Grazie all'interessamento del direttivo nazionale, si è passati dal concetto di associazione "leggera", alla necessità di adeguarsi ad un Sistema di Protezione Civile in continua evoluzione e di rafforzare lo stesso mediante l'impegno continuo degli infermieri. Con il progetto S.A.R.I. si è pensato ad una nuova struttura campale, che fosse strategica nel risolvere problematiche assistenziali "minori", ma che si ponesse l'obiettivo, allo stesso tempo, di soddisfare i bisogni della persona e di migliorare l'intervento assistenziale nella catena di soccorso.

La finalità è quella di fornire al Sistema Nazionale di Protezione Civile e alla popolazione colpita da calamità team infermieristici particolarmente qualificati, immediatamente operativi e pienamente autosufficienti sotto il profilo logistico, muniti di attrezzature speciali in grado di fornire adeguato supporto agli altri professionisti sanitari. Il S.A.R.I. prevede l'attivazione e la dotazione di due moduli.

Il primo si chiama M.C.I. (*Modulo di Coordinamento Infermieristico* – fig. 1)



Fig. 1 - M.C.I. (immagine indicativa)



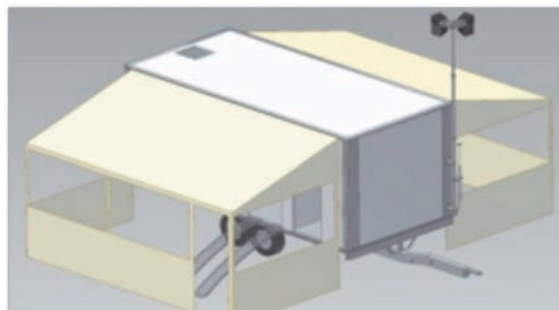


e prevede una task-force di infermieri esperti in area critica (triage, primo soccorso). E' formato da un team leader, o coordinatore, e da un infermiere referente in supporto alla Funzione 2 (Sanità) dell'Unità di Crisi. Tale Modulo ha un'operatività immediata (pronta partenza entro tre ore dall'attivazione) e un'autonomia logistica e operativa minima di 72 ore. Il rimorchio logistico comprenderà diverse apparecchiature ben definite tra cui l'estrinsecatore spinale, valigie di soccorso a tenuta stagna, aspiratore d'emergenza, pulsossimetro, kit di stecco bende, barella a cucchiaio, un letto smontabile, una coppia di radio di telecomunicazione, un computer portatile, un dispositivo palmare di supporto per gli operatori del soccorso di ultima generazione; quest'ultimo supporta un software di "guida e supporto decisionale", rivolto all'operatore di soccorso in maxiemergenza, le cui funzioni sono quelle di identificare il numero delle vittime coinvolte e tracciarne gli spostamenti, rendere disponibile una immediata "fotografia" dell'incidente, trasferire i dati raccolti e renderli immediatamente disponibili, al fine di guidare l'operatore e ridurre, così, al minimo gli eventuali errori. Il secondo Modulo si chiama M.I.A. (*Modulo Infermieristico Avanzato - fig. 2*)



**Fig. 2 - M.I.A.**

e garantisce l'assistenza infermieristica dalle prime fasi, sino alla conclusione del periodo di emergenza. E' uno strumento di supporto alle attività medico-specialistiche, di igiene e sanità pubblica, ha un'autonomia logistica e operativa di almeno 72 ore, con un team infermieristico di minimo 8 infermieri disponibili 24 ore su 24. Il M.I.A. è co-



**Modulo di Servizio**

stituito da una tenda pneumatica infermieristica per il trattamento delle vittime 7,0 m x 12,4 m, una tenda logistica, anch'essa pneumatica, con 8 posti letto 6,0 m x 8,5 m e un modulo di servizio con wc, box doccia e piccolo vano cucina che funge anche da centrale operativa interna e registrazione dati. Il M.I.A. comprenderà molteplici apparecchiature tra cui defibrillatori, carrello d'emergenza, monitor multiparametrico, ecg, pompe a siringa, ventilatore d'emergenza, frigorifero per farmaci, autoclave da 24 litri, distillatore di acqua, ecc.

L'obiettivo a medio termine del CIVES nazionale è quello di dotare di un M.I.A. e di un M.C.I. le cinque macro aree (Nord, Centro, Sud, Sicilia e Sardegna); l'obiettivo a lungo termine è, invece, quello di dotare di un M.I.A. ogni Regione e di un M.C.I. ogni nucleo provinciale.

I primi due moduli per una macro area sono stati finanziati e pare che la prima zona di interessamento sia il nostro meridione.

Il S.A.R.I. è un progetto avvincente e innovativo della risposta infermieristica alle grandi emergenze, che, oltre ad essere utilizzato in caso di catastrofi, permetterà anche, attraverso le esercitazioni e le simulazioni, la formazione sul campo degli infermieri, favorendo momenti di crescita, di condivisione e aggregazione professionale. Siamo del parere che la salvaguardia della vita umana sia l'obiettivo principe della nostra professione, per questo motivo è senz'altro fondamentale l'apporto della competenza infermieristica. Si invitano, pertanto, tutti i colleghi ad aderire ai nuclei provinciali CIVES.

### **“Gli infermieri sono invitati ad aderire ai nuclei provinciali CIVES”**



# BRIEFING POST - INTERVENTO NELL'EQUIPE 118

Fabio  
ANDRISANO



Le esperienze lavorative e didattiche maturate nel corso degli anni nelle Strutture Complesse di terapia intensiva, pronto soccorso e nel SET 118, hanno mostrato una scarsa o tal-

volta assente comunicazione fra le diverse figure professionali, evidenziando una incapacità degli operatori nel lavoro di equipe. Attraverso la cronaca quotidiana si assiste spesso ad avvenimenti in cui classismo, superficialità, all'interno delle strutture sanitarie, fra le diverse figure professionali sono causa di accesi scontri e denunce con conseguenti danni alle ASL. L'Infermiere, oltre ad una responsabilità diretta sull'assistenza infermieristica, risulta avere un ruolo centrale attorno al quale ruota l'intera equipe sanitaria. Da ciò si desume che "Il confronto con le altre figure professionali diventa indispensabile per la cura del paziente".

Dal punto di vista culturale le serie televisive sviluppate in ambienti sanitari hanno fornito motivi di riflessione filosofica, etica e religiosa relativa al campo della medicina e della deontologia. Lo scrittore Michael Crichton, alcuni anni fa, nella serie televisiva statunitense (E.R. medici in prima linea) ambientata in un pronto soccorso di Chicago, mostrava come allo scopo di promuovere un approccio condiviso volto

a garantire la sicurezza del paziente, alla chiusura di ogni intervento gli operatori sanitari si riunivano per discutere circa le procedure utilizzate per "trattare" il paziente. Nelle riunioni, che si svolgevano all'interno del dipartimento di emergenza, si procedeva all'analisi del protocollo utilizzato e/o di quello più adeguato alla fattispecie analizzata. Durante tali incontri le critiche opposte ed i consigli proposti rappresentavano per le diverse figure professionali spunti di analisi e riflessione. Nella prassi professionale è molto usuale procedere con una analisi autocritica del lavoro svolto, trascurando il confronto con tutte le figure con le quali si interagisce durante la gestione del caso. Nell'analisi autocritica, infatti, dopo aver adempiuto alle proprie mansioni, l'operatore ne trae le dovute riflessioni, seguendo alcuni modelli, quali ad esempio quello di riflessione di Gibbs (1988) o Johns (1994) e di altri autori presenti in letteratura. Questi modelli di riflessione, hanno lo scopo di supportare l'operatore sanitario durante i nuovi interventi, grazie alle conoscenze maturate nelle esperienze precedenti che in ogni caso determinano uno stato di riflessione circa l'accaduto.

## **Briefing Post-intervento nell'equipe di 118**

Alcuni definiscono il *briefing* come la prima operazione da effettuare nelle postazioni di 118 al fine di garantire l'efficienza del servizio. Il ripasso delle procedure e dei protocolli di intervento, la sicurezza dei mezzi di trasporto, la ricognizione dei materiali per escludere imprevisti durante l'intervento rappresentano un atto dovuto al fine di



assicurare la buona riuscita della missione. Questo processo riproposto anche alla chiusura dell'intervento, definito *de-briefing*, assicura che tutto venga lasciato in ordine. Nel servizio di emergenza di 118, è ritenuta di fondamentale importanza per Medici, Infermieri, soccorritori e autisti, una conoscenza e preparazione adeguate. La garanzia di efficienza del servizio è perseguita attraverso un'adeguata collaborazione fra ogni componente dell'equipe in relazione ai diversi livelli di responsabilità ed affidabilità. Nel lavoro in *team*, infatti, la condivisione del carico di lavoro fra i diversi membri, riduce le barriere professionali, il livello di stress e ottimizza l'esiguo tempo disponibile rispetto all'eccessiva quantità di lavoro. Inoltre, modifica positivamente l'approccio con il quale ci si accosta alle sofferenze dei pazienti inteso non solo dal punto di vista terapeutico ma anche psicologico ed umano rappresentando esso uno degli aspetti essenziali nelle prestazioni degli operatori sanitari. Dalle ultime statistiche in tema di comunicazione emerge che essa rappresenta un fattore determinante a favorire il grado di crescita individuale. Ognuno, durante la *lecture* di squadra può apprendere ed approfondire metodi e sistemi di intervento applicati nella gestione del paziente che non sempre durante il *re-training*, si riescono a riprodurre. Di fatto l'utilizzo di scenari del tutto immaginari che, pur riproducono la realtà, si scostano notevolmente dalla scena e dallo stato psico-emotivo con il quale si affronta il primo soccorso. Durante gli interventi si applicano con scienza e coscienza al fine di tutelare lo stato di salute del paziente, tutte le conoscenze in collaborazione con medici, volontari, soccorritori e personale qualificato. A questa fase operativa segue il Briefing post-intervento, dove gli operatori effettuano una breve riunione durante la quale si rilevano problemi, dati, osservazioni, si evidenziano i rischi potenziali per i pazienti e si definiscono le modalità di monitoraggio e prevenzione, nonché gli accorgimenti da adottare durante un'in-

tervento di 118. La riunione è opportuno che segua una metodica prestabilita e che un conduttore in genere il *Team leader* del gruppo, faciliti la discussione e garantisca un clima di collaborazione, assicurando che eventuali segnalazioni non costituiscono oggetto di giudizio o richiamo. E' inoltre utile registrare le lacune latenti ed i fattori causali o contribuenti identificati ogni volta allo scopo di intraprendere azioni migliorative. Il metodo si applica con regolarità e continuità per rispondere ai problemi che emergono costantemente nella gestione degli interventi, per responsabilizzare gli operatori nei comportamenti individuali e migliorare il clima lavorativo potenziando l'intesa nel "lavoro di squadra". Il "*Briefing*" oggi deve rappresentare una metodologia da applicare quotidianamente a seguito della chiusura dell'intervento dell'equipe di 118. In particolare esso risulta fondamentale nelle più complesse operazioni di primo soccorso, dove ogni professionista, contribuisce tempestivamente con le proprie capacità, intuito e conoscenze scientifiche alla buona riuscita della prestazione. È uno strumento che si alimenta con l'esperienza maturata nel settore, e quindi si identifica nel risultato di una rigorosa riflessione personale e professionale condivisa all'interno dell'intero gruppo di lavoro.

Il *Briefing* offre agli organizzatori e ai coordinatori la possibilità di valutare le capacità delle proprie risorse, l'organizzazione del personale, i limiti di tolleranza allo stress dei propri collaboratori e lo stile di organizzazione delle proprie attività in concomitanza della rigorosa applicazione delle linee guida ERC.

Inoltre, questo strumento potrebbe migliorare la pianificazione strategica delle cure assistenziali nelle emergenze sanitarie. Tale tema nel panorama assistenziale, suscita un crescente interesse in quanti si configura come uno strumento di crescita, di facile applicazione e che qualora applicato fornirebbe vantaggi gestionali in tutti i team del SET 118.

#### BIBLIOGRAFIA

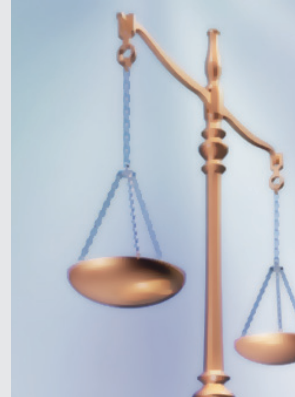
- Student Nurse and Reflective Health Promotion Learning in Hospital "European Conference on Educational Research, (Lahti - Finland 1999).
- Johns: The Burford NDU model: caring in practice Di Christopher Johns (Johns 1994).
- Nursing Adults Practice of caring by Dinah Gould, editor Chris Brooker, Maggie Nicole (2003).

**SPUNTI DI RIFLESSIONE**

a cura di

**avv. Raffaele Cristiano Losacco**

*Specializzazione in diritto del lavoro, sicurezza sociale e gestione del personale,  
Università degli Studi di Bari*



**MALATTIA PROFESSIONALE**

Alla presenza di una malattia professionale l'imprenditore è tenuto a provare ad aver adottato, nel rispetto dell'art. 2087 c.c., "tutte le misure che, seconda la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro". E' quanto affermato dalla Suprema Corte di Cassazione con la sentenza n. 306 del 10 gennaio 2011 accogliendo il ricorso di un lavoratore che aveva visto accertare, dalla Corte d'Appello, la natura professionale della propria malattia ma non la domanda di condanna del datore di lavoro al risarcimento del danno morale.

Alla base della decisione dei Giudici di merito era posta l'omissione da parte del lavoratore di allegazione della documentazione riguardante la violazione delle misure di prevenzione idonee a evitare il danno da parte del datore di lavoro e il fatto che l'articolo 2087 c.c. non prevede una responsabilità oggettiva e non può risolversi in un obbligo assoluto di rispettare ogni cautela possibile.

I Giudici di legittimità ritengono la sentenza della Corte d'Appello non rispettosa del dettato normativo e la cassano con rinvio ad altra Corte d'Appello per una nuova valutazione di merito. Alla luce del criterio di ripartizione dell'onere della prova, in forza del quale incombe sul lavoratore che lamenti di aver subito, a causa dell'attività lavorativa svolta, un danno alla salute, l'onere di provare l'esistenza di tale danno, come pure la nocività dell'ambiente di lavoro, nonché il nesso tra l'uno e l'altro elemento. Grava sul datore di lavoro, invece, l'onere di provare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno, ovvero di aver adottato tutte le cautele necessarie per impedire il verificarsi del danno medesimo.

**ADDORMENTARSI SUL POSTO DI LAVORO**

La terza sezione penale della Corte di Cassazione ha rigettato il ricorso di un lavoratore addetto alla vigilanza trovato a dormire (sentenza nr. 43412/2001), rilevando che "l'essersi addormentato costituisce abbandono del posto di servizio".

La legge, infatti, vieta l'abbandono del posto o del servizio o la violazione dell'ordine o delle

disposizioni generali o particolari impartite. Le disposizioni generali sono proprio quelle che prescrivono in generale il comportamento che si deve tenere durante le operazioni inerenti alla propria funzione.

La norma, come appare palese, prevede diversi comportamenti tra loro alternativi. Nella fattispecie la responsabilità è stata affermata sotto entrambi i profili indicati nel capo d'imputazione ossia per avere abbandonato il servizio e per inosservanza delle disposizioni che gli erano state impartite in relazione alla natura del servizio. Orbene, abbandona il servizio non solo colui il quale materialmente si allontana dal luogo dove il servizio deve essere prestato, ma anche colui che, pur presente sul luogo del servizio, in realtà non lo presta.

Colui che si addormenta certamente non presta il servizio che gli è stato affidato. In ogni caso, anche a volere escludere la configurabilità dell'abbandono del servizio per la considerazione che il prevenuto era comunque materialmente presente sul luogo del servizio anche se dormiva, risulta ugualmente integrato il reato per la violazione delle disposizioni generali che devono essere osservate in occasione dell'esercizio della propria attività.

Le disposizioni generali proprio perché tali non devono essere reiterate ogni qualvolta viene assunto il relativo servizio essendo insite nella natura del servizio stesso.

**LICENZIAMENTO DEL DIPENDENTE CHE TIMBRA L'ALTRUI CARTELLINO**

E' legittimo il licenziamento del dipendente che timbra il cartellino marcatempo per un collega assente.

Tale comportamento, infatti, lede irrimediabilmente il vincolo fiduciario caratterizzante il rapporto tra le parti, evidenziando il volontario tentativo di trarre in inganno il datore di lavoro. La Corte di Cassazione, sez lavoro, con sentenza nr. 24796 del 7 dicembre 2010 ha affermato la legittimità del licenziamento del lavoratore che timbra il cartellino marcatempo per un collega non ancora presente all'interno dell'azienda.

Il caso ha riguardato un lavoratore che si è visto licenziare per aver timbrato il cartellino di una





collega che, si trovava ancora nel parcheggio dello stabilimento.

Il Tribunale di primo grado, dichiarava tale licenziamento illegittimo. Di diverso avviso la Corte di Appello. Il lavoratore ricorreva perciò in Cassazione. Per la Cassazione, tale condotta è sicuramente idonea a ledere irrimediabilmente il rapporto fiduciario caratterizzante il rapporto di lavoro tra le parti.

In effetti, secondo i Giudici, il comportamento del lavoratore, dimostra senza ombra di dubbio la volontà di trarre in inganno la datrice di lavoro e pertanto, la sanzione del licenziamento risulta essere proporzionata alla gravità dei fatti contestati al lavoratore.

### LICENZIAMENTO PER SCARSO RENDIMENTO

La Cassazione, con sentenza nr. 24361 del 1 dicembre 2010 ha affermato la legittimità del licenziamento disciplinare intimato al dipendente per scarso rendimento lavorativo. Il ricorso era stato presentato da un dipendente di una S.p.A. contro la decisione della Corte d' Appello di Brescia che non aveva accolto la sua richiesta di annullamento del licenziamento.

Secondo gli Ermellini è *“Legittimo il licenziamento disciplinare del lavoratore che ha uno scarso rendimento tanto da provocare malumori nei colleghi, costretti a terminare le sue attività”*.

La società datrice di lavoro tra i motivi degli addebiti disciplinari aveva sostenuto che i suoi colleghi, avevano sempre completato i lavori tralasciati dal collega, manifestando malcontento per tale motivo.

L'uomo dal canto suo, lamentava il fatto che, a fronte di vari piccoli episodi che ne dimostravano scarsa diligenza, la società aveva lasciato correre, passando poi alla sanzione disciplinare rilevando che dalle sue inadempienze non era scaturito un danno alla società.

I Giudici di piazza Cavour, respingendo le doglianze del dipendente hanno confermato la “ratio” della decisione del giudice del gravame secondo il quale *“... è legittimo il licenziamento intimato al lavoratore per scarso rendimento qualora sia risultato provato, sulla scorta della valutazione complessiva dell'attività resa dal lavoratore stesso ed*

*in base agli elementi dimostrati dal datore di lavoro, una evidente violazione della diligente collaborazione dovuta dal dipendente, ed a lui imputabile, in conseguenza dell'enorme sproporzione tra gli obiettivi fissati dai programmi di produzione per il lavoratore e quanto effettivamente realizzato nel periodo di riferimento, avuto riguardo al confronto dei risultanti dati globali riferito ad una media di attività tra i vari dipendenti ed indipendentemente dal conseguimento di una soglia minima di produzione”*.

### INDENNITÀ DI TRASFERTA

Giungono molti quesiti inerenti la c.d. “trasferta” del dipendente. L'argomento in apparenza appare di facile trattazione, ma così non è.

Il D.L. n° 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n° 122/2010 recante “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica” trattando, anche, delle trasferte nel pubblico impiego, all'art. 6 ultimo periodo del comma 12 dispone che *“... a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto (31 maggio 2010) gli articoli 15 della legge 18 dicembre 1973 n° 836 e 8 della legge 26 luglio 1978 n° 417 e relative disposizioni di attuazione non si applicano al personale contrattualizzato di cui al D.lgs. 165 del 2001 e cessano di avere effetto eventuali analoghe disposizioni contenute nei contratti collettivi”*.

Si osserva che l'art. 15 della legge n° 836/1973 disciplina, come noto, l'utilizzo, previa autorizzazione, del mezzo privato di trasporto per attività di servizio.

L'ambito di applicazione della norma è, tuttavia, differenziato dal momento che, mentre il primo comma si indirizza al personale assegnato allo svolgimento delle funzioni ispettive consentendo l'uso del mezzo proprio qualora lo stesso risulti più conveniente dei normali servizi di linea, il terzo comma, più genericamente, si rivolge, invece, al personale che debba recarsi, per ragioni di servizio, in altra località (diversa dalla ordinaria sede di lavoro) qualora l'orario dei servizi pubblici di linea sia inconciliabile con lo svolgimento della missione o nei casi in cui tali servizi manchino del tutto.

L'art. 8 della legge n° 417/1988 disciplina, invece, La misura dell'indennità chilometrica (un quinto del



prezzo di un litro di benzina super vigente al momento della missione) spettante per chilometro percorso nonché il rimborso della spesa eventualmente sostenuta per pedaggio autostradale. Il disposto di cui all'art. 6, ultimo periodo del comma 12, del decreto citato in premessa, perseguendo finalità di contenimento della spesa pubblica, nella sostanza mira, non solo alla soppressione dell'uso del mezzo proprio, ma anche alla soppressione dell'indennità chilometrica, raggugliata al prezzo della benzina, quale precedentemente prevista a titolo di rimborso forfettario delle spese sostenute per l'utilizzo del mezzo proprio.

In sede di applicazione della norma anzidetta sono affiorate non poche perplessità in ragione di numerosi quesiti posti ai ministeri competenti dalle amministrazioni pubbliche impegnate nell'applicazione della norma, si registrano numerose circolari contenenti diversi chiarimenti che di seguito si riportano in ordine:

- alla portata applicativa del disposto in considerazione che lo stesso, disapplicando l'art. 15 della legge n° 836 del 1973 nella sua interezza, di fatto preclude a tutti i dipendenti pubblici comandati in missione (ad eccezione del personale il cui rapporto di lavoro è disciplinato dalla legge: Magistrati, forze dell'ordine, impiegati della carriera prefettizia, ecc.) l'uso del mezzo proprio e la conseguente liquidazione dell'indennità chilometrica;
- all'applicazione dell'art. 9 (non disapplicato dal legislatore) della legge n° 417 del 26 luglio 1978 che così recita *“Quando particolari esigenze di servizio lo impongono e qualora risulti economicamente più conveniente, l'uso del proprio mezzo di trasporto può essere autorizzato, con provvedimento motivato, anche oltre i limiti della circoscrizione provinciale”*.

Per dirimere ogni perplessità insorta in sede di applicazione delle disposizioni in interesse il Ministero dell'Economia e delle Finanze (Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato), con circolare n° 36 del 22 ottobre 2010 ha fornito le precisazioni che seguono:

- in ordine al primo punto ha chiarito che, tenuto conto del quarto periodo del comma

12 dell'art. 6 (*“il presente comma non si applica alla spesa effettuata per lo svolgimento di compiti ispettivi”*), la norma in interesse, oltre che al personale non contrattualizzato, non è applicabile anche al personale adibito a funzioni ispettive nonché, avuto riguardo alla natura dell'attività svolta, ai dipendenti impegnati nello svolgimento di funzioni istituzionali relative a compiti di verifica e controllo non necessariamente appartenenti ai ruoli ispettivi. Per tale personale, continua il Ministero, resta ferma, però, la necessità che il ricorso al mezzo proprio avvenga solo nei casi in cui detta scelta sia imposta da situazioni di disagio e, in ogni caso, qualora risulti economicamente più vantaggioso. La sussistenza degli effettivi presupposti che legittimano il ricorso all'uso del mezzo proprio vanno, ogni volta, accertati e verificati dai dirigenti competenti al rilascio delle autorizzazioni in questione;

- in ordine al secondo punto il predetto Ministero, nel precisare che l'art. 9 della legge n° 417/78, in quanto non disapplicato, dispiega ancora piena efficacia nei confronti del personale dipendente impegnato nello svolgimento di compiti diversi da quelli ispettivi, di verifica e controllo, sottolinea, tuttavia, che, ove ricorrano i richiesti presupposti (particolari esigenze di servizio e convenienza economica), l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio è finalizzata esclusivamente alla copertura assicurativa dovuta dall'amministrazione in base alle vigenti disposizioni in materia restando ferma, comunque, l'esclusione di ogni possibilità di rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio. In sintesi, a parere del Dipartimento della Ragioneria dello Stato, il combinato disposto di cui all'art. 6, ultimo periodo del comma 12, del D.L. n° 78/2010 e all'art. 9 della legge n° 417/1978 nel sancire, in via generale, il divieto all'uso del mezzo proprio e alla conseguente liquidazione dell'indennità chilometrica, prevede, tuttavia, talune deroghe consentendo ai dipendenti pubblici, in occasione di trasferte, l'uso, previa autorizzazione, del proprio mezzo di trasporto



qualora sussistano condizioni di disagio e risulti economicamente più vantaggioso o perché richiesto da particolari esigenze di servizio, mentre la corresponsione della indennità chilometrica, alla luce del disposto anzidetto, è riconosciuta al solo personale adibito a funzioni ispettive nonché a quello che, in relazione alla natura dell'attività svolta, è impegnato nello svolgimento di funzioni istituzionali relative a compiti di verifica e controllo. Relativamente al personale non ricompreso nelle categorie predette in quanto impegnato in compiti diversi da quelli ispettivi, di verifica e controllo l'uso del mezzo privato può essere autorizzato ai soli fini della copertura assicurativa con esclusione, pertanto, di qualsiasi indennità a titolo di rimborso spese.

Le perplessità non vengono, tuttavia, completamente fugate dal momento che il parere ministeriale, per certi versi, contrasta, in parte, con quello, reso in data 12 ottobre 2010, dalla Corte dei Conti la quale ha specificato che l'area di disapplicazione di norme, quale individuata dall'ultimo periodo del comma 12, dell'art. 6, del decreto citato, non comprende anche l'art. 9 della legge n° 417 del 1978 per il quale, come noto, l'uso del mezzo privato è ammesso quando "particolari esigenze di servizio lo impongono e qualora risulti economicamente più vantaggioso", precisa che tale ultima norma continua tuttora ad esplicare i suoi effetti dal momento che attiene più specificatamente, alle "modalità di organizzazione" di servizi pubblici per le quali l'uso del mezzo proprio da parte del dipendente è funzionale all'organizzazione stessa.

Un più agevole spostamento sul territorio, rispondendo meglio a finalità proprie dell'amministrazione, può, infatti, assicurare particolari esigenze di servizio altrimenti non conseguibili o più difficilmente conseguibili con diverse modalità organizzative. Si pensi, ad esempio l'espletamento di prestazioni assistenziali a studenti disabili nei plessi scolastici, l'assistenza integrata al domicilio di pazienti affetti da particolari patologie, l'assistenza domiciliare di anziani particolarmente bisognosi, ecc.

Nelle ipotesi sopra rappresentate, continua la

Corte, "la spesa conseguente all'uso del mezzo proprio non attiene alla natura della razionalizzazione e riduzione della spesa del personale, ma più propriamente alla natura delle pubbliche amministrazioni la cui attività deve sempre rispondere ai ben noti criteri di buon andamento costituzionalmente sanciti dall'art. 97 della Costituzione per il quale "i pubblici uffici sono organizzati, secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e la imparzialità dell'amministrazione".

#### LE NOVITA' DEL COLLEGATO LAVORO

Con il Collegato lavoro in arrivo importanti innovazioni anche per i contratti a termine, ad avviso dello scrivente inaccettabili, e precisamente tempi molto più stretti per il lavoratore che vuol contestare la legittimità del proprio contratto a termine e risarcimenti più contenuti. Nel caso di contratti a tempo determinato, quelli dei cosiddetti precari, ci sono solo 60 giorni di tempo disponibili per coloro che intendono fare causa all'ex datore di lavoro e non solo visto che sono quasi impossibilitati a fare causa alle aziende impugnando il contratto.

Questo significa che dopo la scadenza del contratto per il rinnovo ci vorranno un paio di mesi, quindi i 60 giorni di cui sopra, e questo significa che il lavoratore, a cui non viene rinnovato il contratto, non può più nulla.

Anche nel caso in cui il lavoratore riuscisse a fare e vincere causa contro il suo datore di lavoro il rimborso per il mancato guadagno nei mesi (o anni) in cui è rimasto a casa sarà solo di un minimo di 2 mensilità e mezzo ad un massimo di 12. Le novità non sono solo queste!

L'impugnazione del licenziamento deve avvenire in ogni caso entro 60 giorni. Il lavoratore potrà scegliere di:

- non richiedere il tentativo di conciliazione ed in tal caso dovrà iscriversi a ruolo il ricorso presso il Tribunale del Lavoro entro 270 giorni dall'impugnazione del licenziamento.
- richiedere il tentativo di conciliazione entro 270 giorni dall'impugnazione e nel caso di accorso in sede di conciliazione la procedura si concluderà, nel caso di rifiuto o



mancato accordo dovrà iscriverne a ruolo il ricorso entro 60 giorni dal rifiuto o mancato accordo.

### IL COLLEGATO LAVORO, LA LEGGE N. 183/2010 E LE SUE NOVITÀ

Il provvedimento sul quale mi soffermo contiene tante criticità e crea innumerevoli pregiudizi ai lavoratori precari senza inasprire la responsabilità patrimoniale dei dirigenti pubblici. Lo stesso Capo dello Stato ha mosso dei rilievi in materia di arbitrato e delle clausole compromissorie. Di seguito, con degli schemi, riporto alcune delle novità inerenti il rapporto di lavoro apportate da detta norma.

#### Articolo 5 (Adempimenti formali relativi alle P.A.)

Le pubbliche amministrazioni possono trasmettere le comunicazioni di assunzione, trasformazione e cessazione del rapporto, entro il ventesimo giorno del mese successivo a quello in cui l'evento si verifica.

Le pubbliche amministrazioni comunicano, per via telematica e secondo i criteri e le modalità individuati con circolare del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, i dati inerenti le retribuzioni annuali, i *curricula vitae*, gli indirizzi di posta elettronica e i numeri telefonici ad uso professionale dei dirigenti e dei segretari comunali e provinciali nonché i tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale, alla Presidenza del Consiglio dei ministri (Dipartimento della funzione pubblica), che li pubblica nel proprio sito istituzionale. La mancata comunicazione o aggiornamento dei dati è comunque rilevante ai fini della misurazione e valutazione della *performance* individuale dei dirigenti.

#### Articolo 13. (Mobilità del personale delle pubbliche amministrazioni)

Il Legislatore torna su un argomento, quello della mobilità del personale delle Pubbliche Amministrazioni già disciplinato nell'art. 33 T.U., rubricato eccedenze di personale e mobilità collettiva, ma che, per una serie di ragioni, non ha avuto concreta applicazione. Ora si afferma che l'art. 33 trova applicazione per gli eventuali esuberanti:

- a) in caso di conferimento di funzioni statali alle Regioni ed alle autonomie locali, cosa che, nell'immediato futuro, potrebbe essere di particolare rilevanza se verrà, completamente, attuato il "federalismo";
- b) in caso di trasferimento o di conferimento di attività svolte da Pubbliche Amministrazioni ad altri soggetti pubblici, come potrebbe accadere nelle ipotesi in cui vengano attribuiti compiti a specifici soggetti a rilevanza pubblica costituiti *ad hoc*;
- c) in caso di esternalizzazione di attività o servizi, magari conferiti anche a soggetti privati.

L'art. 13, comma 2, ha delineato una nuova ipotesi di mobilità temporanea per i dipendenti pubblici, aggiungendo un nuovo comma "2-sexies" in coda all'art. 30 T.U.P.I. In forza della suddetta disposizione, le pubbliche amministrazioni, per motivate e provate esigenze organizzative, possono utilizzare personale di altre amministrazioni in assegnazione temporanea, per un periodo non superiore a 3 anni.

#### Articolo 14. (Modifiche alla disciplina del trattamento di dati personali effettuato da soggetti pubblici)

Le informazioni riguardanti le prestazioni svolte da chi esercita una funzione pubblica possono essere accessibili alla amministrazione di appartenenza.

#### Articolo 18. (Aspettativa)

I dipendenti pubblici possono essere collocati in aspettativa non retribuita e senza decorrenza dell'anzianità di servizio, per un periodo massimo di dodici mesi, anche per avviare attività professionali e imprenditoriali

Non si applicano le disposizioni in tema di incompatibilità di cui all'art. 53 TUIP

#### Articolo 22. (Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio Sanitario Nazionale)

I dirigenti medici e del ruolo sanitario del S.S.N., in servizio alla data del 31 gennaio 2010, possono richiedere il collocamento a riposo al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età.



*Articolo 24. (Modifiche alla disciplina in materia di permessi per l'assistenza a portatori di handicap in situazione di gravità)*

Cambiano le disposizioni dell'art. 33 della legge n. 104/92. Le pubbliche amministrazioni devono comunicare al (Dipartimento della funzione pubblica) i dati relativi ai propri dipendenti che fruiscono dei permessi mensili retribuiti ed alle persone assistite, dati che confluiranno in una costituenda banca dati.

*Articolo 25. (Certificati di malattia)*

Anche nel settore privato, il certificato di malattia deve essere trasmesso telematicamente dal medico, secondo il meccanismo vigente per i dipendenti pubblici.

*Articolo 32. (Decadenze e disposizioni in materia di contratto di lavoro a tempo determinato)*

L'impugnazione con qualsiasi atto scritto deve essere attuata nei 60 giorni dal licenziamento o dalla conoscenza dei motivi dello stesso, ma è inefficace se, entro i successivi 270 giorni, il ricorso non è depositato nella cancelleria del tribunale competente o non viene data comunicazione alla controparte della richiesta di tentativo di conciliazione o arbitrato.

*Articolo 41. (Responsabilità di terzi nelle invalidità civili)*

Per i casi in cui l'invalidità civile derivi da fatto illecito di terzo, il valore capitale delle prestazioni assistenziali erogate (pensioni, assegni e indennità) in favore dell'invalido civile ai sensi della normativa vigente sia recuperato, da parte della pubblica amministrazione erogatrice, nei confronti del responsabile

*Articolo 44. (Pignoramento e sequestro nei confronti degli istituti esercenti forme di previdenza e assistenza obbligatoria e civile e della compagnia di assicurazioni)*

Le disposizioni in tema di esecuzione forzata nei confronti di pubbliche amministrazioni si applicano anche ai pignoramenti mobiliari promossi nei confronti di Enti ed Istituti esercenti forme di previdenza ed assistenza obbligatorie.

*Articolo 48. (Modifiche al decreto legislativo 10 settembre 2003, n.276)*

Cambiano alcune disposizioni del Dlgs 276/2003 relative al mercato del lavoro. Previa intesa fra Stato e Regioni e sentite le parti sociali sarà possibile assolvere l'obbligo di istruzione attraverso percorsi di apprendistato per l'espletamento del diritto-dovere di istruzione e formazione

*Articolo 50. (Disposizioni in materia di collaborazioni coordinate e continuative)*

Fatte salve le sentenze passate in giudicato, qualora sia stata accertata la natura subordinata di un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, il datore di lavoro, nel caso in cui abbia offerto, entro il 30 settembre 2008, la stipulazione di un contratto di lavoro subordinato ai sensi della disciplina transitoria sulla stabilizzazione, è tenuto unicamente ad indennizzare il prestatore di lavoro con un'indennità di importo compreso tra un minimo di 2,5 ed un massimo di 6 mensilità di retribuzione.

### OMESSA SEGNALAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

I Responsabili della sicurezza, chi sono costoro? Purtroppo ci dovrebbero essere e ci sono ma pochi sanno che su di loro grava un enorme profilo di responsabilità. Può profilarsi una responsabilità concorrente del responsabile del servizio di prevenzione e protezione nell'azienda per l'omessa segnalazione dei fattori di rischio e la mancata elaborazione delle procedure di sicurezza e di formazione/informazione dei lavoratori benché lo stesso non sia titolare di alcuna posizione di garanzia rispetto all'osservanza della normativa antinfortunistica, di cui è invece titolare il datore di lavoro.

E' quanto emerge dalla sentenza n. 2814 del 27 gennaio 2011 con la quale la Corte di Cassazione ha affermato la possibilità di condanna per il reato di omicidio colposo a carico del Responsabile, laddove l'incidente mortale del lavoratore si sia verificato per evidenti carenze dell'apparato di prevenzione e per l'utilizzo di metodi di lavoro pericolosi e non segnalati dal responsabile del servizio di prevenzione e protezione.



**LA CARTELLA ESATTORIALE NON DETTAGLIATA VA ANNULLATA**

Anche se non attiene alla tipicità della nostro inserto Vi segnalo una sentenza in tema di cartelle esattoriale dalle quali, chi più chi meno, siamo perseguitati. Nella cartella esattoriale deve essere indicata in modo dettagliato la modalità di determinazione degli interessi, in modo che il contribuente abbia realmente la possibilità di verificare i calcoli effettuati dall'Agente della Riscossione.

In primis l'Ente deve dimostrare di aver notificato al contribuente gli avvisi di pagamento; in seguito deve calcolare gli interessi in relazione alle modalità di determinazione delle sanzioni. Quando il contenuto della cartella non consente di poter operare qualsivoglia controllo dell'operato della Amministrazione Finanziaria la stessa è inefficace.

Non vi è dunque trasparenza dell'operato dell'Ufficio in violazione del diritto di difesa del contribuente. Ne segue che gli importi iscritti a ruolo potrebbero essere probabili ma non anche certi e dovuti.

**IL PRIVATO RISPONDE DELL'INFORTUNIO E MORTE DELL'OPERAIO CHE LAVORA IN CASA**

La Cassazione, IV Sezione Penale, con la sentenza n. 42465 del 1° dicembre 2010 ha affermato la responsabilità penale del privato, nel caso in caso l'operaio da lui incaricato, in assenza di qualsiasi cautela relativa alla sicurezza, muoia in occasione del lavoro assunto.

Nella sentenza in oggetto, il privato ricorreva in Cassazione contro la precedente sentenza del tribunale di appello, con le quali si condannava lo stesso alla pena della reclusione di otto mesi, perché, in qualità di committente di lavori edili da svolgersi nella sua abitazione, consentiva all'operaio da lui incaricato, di svolgere il lavoro, in assenza di qualsiasi cautela volta a scongiurare pericoli di caduta (da una altezza di tre metri); sicché lo stesso operaio, cadendo dall'impalcatura senza protezioni e senza indossare la cintura di sicurezza, moriva. Secondo la Suprema Corte, in materia di sicu-

rezza sul lavoro, il privato committente ha una "posizione di garanzia" nei confronti del lavoratore autonomo di non verificata professionalità e in assenza di qualsiasi apprestamento di presidi anticaduta a fronte di lavorazioni in quota superiore ai metri due". Deve essere considerata errata la tesi secondo la quale "in caso di prestazione autonoma (d'opera) il lavoratore autonomo sia comunque l'unico responsabile della sicurezza".

**ILLEGITTIMITÀ DELLA LEGGE REGIONALE PUGLIA N. 42/2007 IN ORDINE ALLA "STABILIZZAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENTE"**

La Corte Costituzionale con sentenza n° 42 del 2011 ha dichiarato costituzionalmente illegittima la legge della regione Puglia n° 40/2007 nella parte in cui procedeva alla stabilizzazione dei dirigenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato.

La pronuncia della Corte era scontata ed inevitabile per due ordini di motivi che anche i non addetti ai lavori avrebbero facilmente compreso. La disciplina statale, nel rimettere ai legislatori regionali la scelta di procedere o meno ad una stabilizzazione del personale regionale precario, anzitutto si riferisce al solo personale non dirigenziale (contrariamente alla disposizione regionale impugnata che si riferisce solo ed espressamente ai dirigenti sanitari precari) e, comunque, pone limiti, essenzialmente di equilibrio finanziario, nell'ambito dei quali le regioni sono tenute ad esercitare le competenze che le spettano nella materia concorrente di tutela della salute. In ordine a quanto sin qui sottolineato si precisa ed evidenzia nel merito, a seguire, che a la regione Puglia, con la legge in epigrafe ha significativamente travalicato le sue competenze.

Infatti, la regione Puglia sosteneva, l'irrilevanza della questione, considerando che la graduatoria concorsuale, in cui sono inseriti i ricorrenti dei due giudizi de quo, approvata il 21 dicembre 2006 avrebbe perso efficacia sin dal giugno 2008 ma l'eccezione, che involge questioni di fatto e di diritto e delle quali si sarebbe dovuto discutere nei giudizi di merito, sono state ritenute, ovvia-



CIV

mente, inammissibili.

La Corte Costituzionale ha da tempo precisato i limiti entro i quali può consentirsi al legislatore regionale di disporre procedure di stabilizzazione di personale precario che derogano al principio del concorso, principio consolidato dal nostro ordinamento.

Ciò posto, può dirsi acquisito l'orientamento, progressivamente consolidatosi, secondo il quale «l'area delle eccezioni» al concorso deve essere «delimitata in modo rigoroso» (sentenza n. 363 del 2006) e le deroghe sono legittime solo in presenza di «peculiari e straordinarie esigenze di interesse pubblico» idonee a giustificarle (sentenza n. 81 del 2006).

Occorrono invece particolari ragioni giustificatrici (non l'aspettativa di essere stabilizzati o l'aver prestato quel tipo di attività lavorativa), ricollegabili alla peculiarità delle funzioni che il personale da reclutare è chiamato a svolgere; in particolare relativamente all'esigenza di consolidare specifiche esperienze professionali maturate all'interno dell'amministrazione e non acquisibili all'esterno, le quali facciano ritenere che la deroga al principio del concorso pubblico sia essa stessa funzionale alle esigenze di buon andamento dell'amministrazione.

La natura comparativa e aperta della procedura è, pertanto, elemento essenziale del concorso pubblico.

Procedure selettive riservate, che riducano irragionevolmente o escludano la possibilità di accesso dall'esterno, violano il «carattere pubblico» del concorso e, conseguentemente, i principi di imparzialità e buon andamento, che esso assicura.

Pertanto è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 3, comma 40, della legge della Regione Puglia n. 40 del 2007, dato che esso prevedeva, oltre ai vizi di cui prima, una procedura selettiva interamente riservata, in assenza di alcuna peculiare ragione di interesse pubblico.

### SE TI FAI MALE PER ATTIVITÀ NON RICHIESTE NON PUOI CHIEDERE LA CAUSA DI SERVIZIO

Sulle cause di servizio la giurisprudenza sia civile sia amministrativa è copiosa ma la sentenza in

commento merita una breve riflessione ed ossia svolgere senza autorizzazione mansioni non proprie può pregiudicare in caso di infortunio la causa di servizio.

In questi termini si è espresso il Consiglio di Stato (Consiglio di Stato sentenza n. 976 del 16.2.2011) che chiamato a decidere sull'infortunio di un pubblico dipendente che durante il trasloco, aiutando materialmente la ditta appaltatrice del trasloco, si era infortunato ha così statuito: *... non si può addebitare all'Amministrazione l'infortunio occorso in servizio se il lavoratore si è esposto di sua iniziativa ad un rischio estraneo alle sue mansioni.*

### DIMINUZIONE DI FATTURATO DELLA CASA DI CURA E LICENZIAMENTO

La Cassazione, con sentenza n. 4276/2011 ha affermato che la diminuzione del fatturato può giustificare sotto l'aspetto oggettivo il licenziamento di un dipendente, soprattutto allorché non sia possibile ricollocare lo stesso all'interno dell'azienda per lo svolgimento di mansioni adeguate al suo livello.

Il Giudice non può sindacare la scelta datoriale sotto il profilo dell'opportunità economica, non essendo possibile distinguere, ai fini della legittimità del licenziamento, tra carattere provvisorio o definitivo della diminuzione del fatturato.

### NON SI PUÒ LICENZIARE PER UN SOLO INSULTO

Il rispetto nei confronti del proprio superiore non può essere esasperato a tal punto che per un insulto si debba essere licenziati.

E' quanto ha affermato la Corte di Cassazione avuto riguardo ad un'offesa sporadica rivolta da un dipendente, esasperato, al proprio superiore. C'è indubbiamente illecito disciplinare ma la sanzione non era proporzionata all'infrazione. Con la sentenza 8 febbraio 2011, n. 3042 con la quale ha confermato la decisione con cui i Giudici di merito avevano disposto la reintegrazione sul posto di lavoro di una donna che era stata licenziata per asserita "giusta causa" per aver, episodicamente, pronunciato frasi offensive nei confronti del superiore gerarchico.



# L'INFERMIERE NEL COORDINAMENTO DEI TRAPIANTI

Antonella  
**PERRUCCI**



La legge 91/99 prevede che le attività di prelievo e trapianto siano organizzate a livello nazionale tramite il Centro nazionale trapianti e la Consulta tecnica permanente per i tra-

pianti, a livello interregionale attraverso il coordinamento di tre organizzazioni (AIRT, NITP, OCST), a livello regionale per mezzo dei Centri regionali trapianti (CRT) e a livello di ogni singolo ospedale, sede di prelievo, per mezzo del CLT.

In particolare l'art. 12 esplicita che il Coordinamento locale trapianti si avvale di un medico, designato dal direttore generale dell'azienda, con maturata esperienza nel settore dei trapianti a cui vengono affidati compiti e funzioni che si possono aggregare in tre macroaree:

- individuazione e miglioramento dei percorsi che permettono un aumento del numero delle donazioni di organi e tessuti;
- formazione, informazione e crescita della cultura della donazione, con riferimento agli operatori sanitari e alla popolazione;
- assistenza alle famiglie dei donatori nel delicato momento della morte di un loro caro.

Nello svolgimento delle stesse funzioni egli

può avvalersi di collaboratori amministrativi e/ o sanitari. Quindi, la presenza di un infermiere, appositamente formato e impiegato a tempo pieno o a tempo parziale, ha assunto un ruolo insostituibile all'interno del CLT e più in generale nell'intero sistema trapianti.

Questo modello organizzativo, basato sull'integrazione delle competenze mediche ed infermieristiche e che potrebbe essere denominato ufficio di coordinamento, oltre ad assicurare una costante attività di procurement di organi e di tessuti, garantisce la risoluzione di tutti gli aspetti clinico-organizzativi legati a questa peculiare attività nonché quelli relativi alla formazione del personale sanitario coinvolto nell'intero processo di procurement e trapianto e di sensibilizzazione alla popolazione. Anche se questi complessi compiti possono sembrare attività "nuove" per l'infermiere, di nuovo c'è solamente il contesto nel quale queste vengono svolte. Esse, infatti, si inseriscono ed esprimono compiutamente il profilo professionale dell'infermiere sancito dal DM 739 del 1994, perché si caratterizzano per l'insieme di abilità di "natura tecnica, relazionale ed educativa". Anche il nostro Codice deontologico, trattando del tema dell'attività di trapianto, sottintende il possesso da parte dell'infermiere di queste stesse capacità:

- 4.16. l'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto;
- 4.18. l'infermiere considera la dona-





zione di sangue, tessuti ed organi una espressione di solidarietà. Si adopera per fornire informazioni e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Da queste considerazioni, solo apparentemente di natura “normativa”, è possibile comprendere e identificare il ruolo svolto dal così detto ufficio di coordinamento, struttura deputata a svolgere due fondamentali funzioni: una culturale/relazionale e l'altra sanitaria.

La prima consiste nella creazione di uno spazio di ascolto nel quale la famiglia, colpita dalla perdita di un congiunto, possa iniziare il percorso di elaborazione del lutto anche attraverso l'opportunità della donazione di organi e tessuti.

La seconda consiste nella creazione di una équipe di professionisti, infermieri e medici, capaci di dare una risposta in termini di cura, quindi di salute, ai pazienti in lista d'attesa, tramite un adeguato governo dei processi di procurement all'interno del territorio di competenza.

Analizzando il profilo professionale risulta evidente come l'infermiere che opera all'interno del CLT sia impegnato in vari settori:

- Assistenziale: rivolto al potenziale donatore o alla famiglia;
- Organizzativo: inerente al coordinamento del prelievo e del trapianto;
- Relazionale: di supporto e di sostegno alla famiglia del donatore attraverso l'elaborazione del lutto;
- Educativo-formativo: nei confronti del personale sanitario e nei confronti della società;
- Di ricerca: rivolta allo studio e all'analisi

dei processi sanitari e non inerenti al procurement di organi e tessuti.

Tra i vari ambiti sopra elencati la nostra esperienza indica che, con particolare riferimento all'attività di procurement di tessuti, il coinvolgimento in prima persona dell'infermiere nell'aspetto relazionale, permette di ottenere indiscutibili successi. L'infermiere, durante la relazione d'aiuto, pone attenzione alle persone, si cura dei loro sentimenti e dei loro drammi, individua e mette a disposizione un tempo e un luogo per poter esprimere il dolore, contiene le loro reazioni con atteggiamento rispettoso e non giudicante, offre la disponibilità a un ascolto partecipe e sostiene la famiglia nel riportare e/o interpretare la volontà del proprio caro in merito alla donazione, cercando di fungere da supporto in un momento emotivamente di difficile gestione.

L'infermiere che opera all'interno di un CLT gestisce queste criticità ogni qualvolta viene a trovarsi in presenza di un potenziale donatore, e lo realizza con motivazione, preparazione e competenza.

La relazione d'aiuto è una fase fondamentale del processo, spesso la più impegnativa dal punto di vista emotivo e la più coinvolgente dal punto di vista empatico ed emozionale; ma è anche la più ricca per la crescita individuale dei valori e dei sentimenti che l'infermiere porta con sé, e che dà origine “paradossalmente” a una sempre più forte motivazione.

Un ultimo aspetto sul ruolo dell'infermiere all'interno di un CLT è legato al programma di formazione/informazione e di crescita della cultura della donazione: la legge 91/99, individua nel coordinatore locale il

#### **RUOLO DELL'INFERMIERE DEL CENTRO REGIONALE TRAPIANTI**

- Implementare ed assicurare il funzionamento del “registro decessi per lesioni cerebrali”;
- Curare la raccolta dei dati statistici relativi all'attività di prelievo di organi e di tessuti e i risultati di tali attività;
- Promuovere le attività di prelievo di organi e di tessuti nelle strutture pubbliche e private nel territorio di competenza;
- Mantenere il collegamento tecnico e scientifico con il proprio centro interregionale di riferimento e con il centro nazionale trapianti;
- Applicare le linee guida nazionali nell'ambito dell'attività di donazione, prelievo, allocazione, e trapianto di organi e di tessuti;
- Promuovere e coordinare l'attività di informazione, educazione sanitaria e crescita culturale in materia di donazione nella popolazione;
- Promuovere iniziative di formazione permanente ed aggiornamento del personale coinvolto;
- Coordinare, secondo i dettami dell'art 5. comma 1 legge 91/99, le Aziende sanitarie competenti nella realizzazione delle disposizioni del decreto attuativo;
- Coordinare i servizi di secondo livello centralizzati a livello regionale.



responsabile, all'interno dell'Azienda sanitaria e del suo territorio di competenza, di tutti gli aspetti formativi e informativi in materia di donazione e trapianto di organi e tessuti. L'infermiere, grazie anche a una sempre maggior partecipazione al processo, ha acquisito un ruolo importante anche in quest'ambito, in quanto possiede le conoscenze e le competenze utili per trasferire la propria esperienza ai colleghi sanitari ed alla popolazione.

L'infermiere opportunamente formato è divenuto risorsa insostituibile all'interno



#### **RUOLO DELL'INFERMIERE DEL COORDINAMENTO LOCALE TRAPIANTI**

- Monitoraggio di tutti i decessi per la valutazione di potenziali donatori di organi e tessuti;
- Monitoraggio di tutte le liste operatorie per la valutazione di potenziali donatori di tessuti da vivente;
- Coordinamento di tutti i processi di procurement di organi e tessuti;
- Formazione in materia al personale sanitario e alla popolazione;
- Gestione dei contatti con le famiglie dei potenziali donatori nella restituzione post donazione;
- Attività di reportistica e dati statici in collegamento con il centro regionale trapianti;
- Attività di ricerca e sviluppo nella pratica clinica;
- Coordinazione nell'attività di procurement con il CRT Banche dei tessuti regionali e Centro interregionale di riferimento.

del CLT, in quanto in possesso di conoscenze specifiche, capacità relazionali e competenze organizzative.

Analogamente a quanto detto per il ruolo svolto dall'infermiere nel CLT, si deve sottolineare l'importanza di questa figura professionale quando collocata all'interno del Centro Regionale Trapianti (CRT). L'art. 10 della legge 91/99 definisce le funzioni del CRT che possono essere riassunte nella gestione, all'interno della propria Regione, dei rapporti con i centri e le strutture periferiche di competenza, nel monitorare tutta l'attività di procurement e trapianto e nell'elaborare appropriate strategie per migliorare l'organizzazione nel suo complesso.

Lo sviluppo futuro auspicato per la professione infermieristica nel sistema trapianti prevede l'evoluzione attraverso una riorganizzazione organizzativa dell'attività infermieristica trapiantologica verso la figura dell'*infermiere coordinatore clinico del trapianto*. A questo specialista, verranno affidati tutti gli avvenimenti che riguardano il versante del trapianto e quindi collaborare strettamente con le figure professionali coinvolte (chirurgo, nefrologo etc.).

Egli diviene quindi figura di riferimento che accompagna e affianca il paziente e la famiglia dal momento della valutazione per la messa in lista per trapianto, al momento dell'esecuzione dei vari follow up nel post trapianto.

#### **FASI DEL PROCESSO: L'INFERMIERE CLINICO**

##### **PRE- TRAPIANTO**

- Attività informativa: informare il paziente su tutto il processo di trapianto;
- Attività organizzativa: programmare le indagini strumentali e monitorare i pazienti in lista d'attesa;

##### **ALLERTA TRAPIANTO**

- Attività informativa: contattare il ricevente e il personale coinvolto nel trapianto;
- Attività organizzativa: contattare le varie figure mediche coinvolte nella valutazione del ricevente;
- Coordinare il trasporto dell'equipe per il prelievo;
- Coordinare l'arrivo del ricevente in ospedale e gli esami da effettuare allo stesso;
- Coordinare il servizio di anatomia patologica per istologie varie;

##### **POST-TRAPIANTO**

- Attività informativa: provvedere al teaching del paziente;
- Attività organizzativa: organizzazione del follow up dei pazienti attraverso: coinvolgimento del medico di medicina generale, programmazione delle indagini come da protocollo, comunicazione al paziente delle eventuali modifiche del piano terapeutico, supporto giornaliero sulle eventuali richieste telefoniche dei pazienti trapiantati.

# L'ETICA NELL'AGIRE INFERMIERISTICO

## Indagine conoscitiva sulla percezione degli Infermieri

Gianluigi  
**SCHENA**



Lo studio nasce tenendo presente che le grandi questioni etiche come l'eutanasia, la fecondazione assistita, l'ingegneria genetica, etc., non sono i tipici temi etici che gli infermieri incontrano nella loro quotidianità, ma le situazioni etiche che più gli infermieri affrontano si creano durante le interazioni che

Donatella  
**D'ACCOLTI**



gli stessi hanno con i pazienti, i rispettivi familiari e gli altri professionisti, come ad esempio rispettare i valori del paziente, metterlo in condizioni di poter scegliere e saper coinvolgere i familiari. Ogni infermiere prende innumerevoli decisioni relative all'assistenza del paziente che comprendono il genere di assistenza da fornire, cosa, quando, dove, come e da chi dovrebbe essere erogata. Ogni singola decisione prevede che l'infermiere consideri le informazioni relative al paziente in un contesto di valori: individuali, collettivi, culturali, religiosi, politici e professionali. Le informazioni provengono da varie fonti: documentazione sanitaria, risultati di esami diagnostici, rac-

colta dati infermieristica e l'anamnesi del paziente. Queste informazioni, da sole, non aiutano tuttavia l'infermiere a decidere cosa fare per offrire un'assistenza "eticamente corretta". Per decidere cosa sia eticamente corretto occorre considerare le informazioni del paziente all'interno di uno schema o contesto di valori.

In questo lavoro di ricerca infermieristica è stato condotto uno studio descrittivo-osservazionale allo scopo di indagare le conoscenze degli infermieri sulla responsabilità etica, partendo dal presupposto che la stessa è sottovalutata dai professionisti, e di capire come l'infermiere reagisce di fronte ad una specifica situazione di difficile risoluzione etica.

I dati sono stati raccolti in forma anonima attraverso un questionario che rilevava i pareri degli infermieri appartenenti alle tre aree cliniche più importanti in una struttura ospedaliera: l'area della medicina, l'area dell'emergenza e l'area della chirurgia.

La ricerca si è svolta nei mesi tra Marzo e Settembre 2010. Hanno acconsentito allo studio 60 infermieri; 20 sono stati gli intervistati che hanno deciso di non partecipare allo studio per varie motivazioni: non interesse per l'argomento, non comprensione dell'utilità del questionario, mancanza di tempo per la compilazione dello stesso.

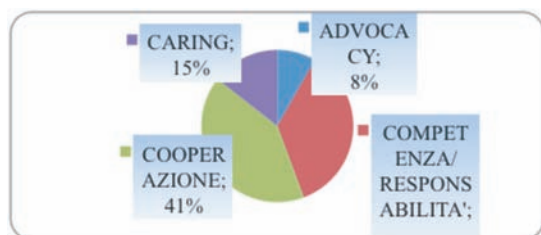
Volendo iniziare la discussione sondando il terreno sul tema preso in esame, la maggioranza degli intervistati (il 56%) ha associato l'etica alla deontologia, associazione non errata ma neanche completamente veritiera. Il 17% associa l'etica ad un mezzo per fornire



una visione olistica dell'uomo, il 15% identifica l'etica come una visione ideologica lontana dalla realtà, e il 12% associa al concetto etico un mezzo che supporta in minima parte la pratica clinica.

Altro dato degno di attenzione è quello che mostra come l'infermiere ritiene di avere delle responsabilità dal punto di vista etico e di dare a queste un ugual peso rispetto alle altre responsabilità professionali.

Ma il dato sconcertante risulta essere che da parte dell'infermiere non c'è conoscenza dei concetti etici che stanno alla base dell'infermieristica. Infatti alla domanda "Quale tra questi concetti etici conosce", la "cooperazione" è l'opzione maggiormente indicata, con il 41% degli intervistati; di seguito troviamo la "competenza/responsabilità" scelta dal 36%, il "caring" è indicato solo dal 15% e "l'advocacy" soltanto dall'8% degli intervistati.



Dal questionario si evince che, nell'affrontare le difficili decisioni etiche, l'infermiere pone in essere un ragionamento logico, ponendosi delle domande e valutando ogni aspetto della situazione; altri infermieri invece darebbero più peso al consenso del paziente. L'aspetto preoccupante è però che pochissimi infermieri (solo in 2) riferiscono di fare appello al comitato etico della struttura sanitaria; questo può essere ricondotto al fatto che l'infermiere dà poca importanza alle problematiche etiche, oppure alla non conoscenza delle modalità istituzionali necessarie per coinvolgere il comitato etico, o peggio ancora al non sapere dell'esistenza

del comitato etico all'interno della struttura sanitaria. Si è voluto anche indagare le reazioni dell'infermiere di fronte ad una situazione pratica. La domanda era: *La sig.ra Rossi è una donna di religione cattolica che scopre di essere incinta in seguito ad una violenza ed è indecisa sul da fare. Le chiede un consiglio. Come si comporterebbe?*

Il 58,33% darebbe solo informazioni alla donna sulle possibili alternative senza indicare alcuna scelta, e questo denoterebbe un atteggiamento professionale da parte dell'infermiere. Il 30% degli intervistati si sostituirebbe alla scelta della paziente, o consigliando di portare avanti la gravidanza con la possibilità di dare in affidamento il bambino dopo il parto (il 20%), oppure convincendo la donna a tenere il bambino facendo riferimento ai propri valori religiosi (il 10%). La restante percentuale degli intervistati si è divisa affermando nel 6,67% che invierebbe la donna da uno psicologo mettendo in atto la collaborazione; invece il 5% degli intervistati denunciarebbe alle autorità competenti la violenza a carico della donna, allontanandosi dal problema prioritario.

Al termine di questo lavoro di ricerca si può affermare che gli infermieri non hanno approfondite conoscenze sulla responsabilità etica (non conoscono i temi del *caring* e dell'*advocacy*) e riguardo alle risorse che ne possono supportare l'esercizio nella pratica (collaborazione, comitato etico, lavoro in équipe). Tuttavia riconoscono a se stessi questa responsabilità a pari dignità della responsabilità civile, penale e disciplinare, pur delegando completamente le decisioni ai dirigenti medici delle strutture in cui operano. Un forte impulso allo sviluppo di questa consapevolezza è stato dato dai Collegi IPASVI che recentemente hanno aggiornato il codice deontologico in seguito a dibattiti clamorosi e partecipati su fatti di cronaca.

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Benci L., *Le professioni sanitarie (non mediche) - Aspetti giuridici - deontologici e medico-legali*, McGraw-Hill, Milano, 2002.
- Sara T. Fry e Megan-Jane Johnstone, *Etica per la pratica infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2004.
- Casile Francesco, Riflessioni sotto i riflettori. Perché insegnare l'etica. NEU 2008;33(1): pp 59-62.
- Sabine Goethalsun, Chris Gastmansb, Bernadette Dierckx de Casterléc, "Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review.", Journal Nurs Stud., 18 Dicembre

# DALLA TEORIA ALLA PRATICA

## Modelli e strategie per la gestione del rischio clinico nella somministrazione dei farmaci

Giovanni  
**TANGA**



Lo studio di ricerca è stato svolto presso il presidio ospedaliero di Larino nelle U.O. di Riabilitazione e Medicina Generale e il presidio ospedaliero di Termoli nelle U.O. di Pediatria

e Otorino, per individuare il miglior sistema di gestione del rischio legato alla somministrazione del farmaco per ridurre gli errori. Nel presidio ospedaliero di Termoli nelle U.O. di Pediatria e Otorino, per la somministrazione dei farmaci, viene utilizzata la scheda unica di terapia (STU) strutturata in tre parti: una parte generale contenente i dati anagrafici del paziente, numero del letto, numero di cartella clinica, data del ricovero, unità operativa e numero di foglio, una parte di competenza medica, la fase della prescrizione, articolata in fasi: nome del farmaco, via di somministrazione, data e firma del medico sia nella fase di prescrizione e sia in quella di sospensione del farmaco e una parte di competenza infermieristica che si suddivide in sette giorni articolata in orari di somministrazione ed è costituita da una parte dedicata alla firma dell'infermiere somministratore.

Nel presidio ospedaliero di Larino nelle U.O. di Riabilitazione e Medicina Generale, per la somministrazione dei farmaci, viene utilizzato il sistema informatizzato costitui-

to da una postazione fissa Pc o al letto del paziente con dispositivi mobili (tablet Pc o palmari) e da un armadio informatizzato.

Tale sistema utilizza un software in grado di fornire informazioni per una corretta prescrizione, grazie alla presenza di un elenco di farmaci presenti nel prontuario ospedaliero, questo software permette la registrazione di giacenza e i flussi in entrata e in uscita per le terapie in corso.

Il sistema richiede una password d'accesso ed è in grado di tracciare elettronicamente l'accesso dell'operatore al sistema e di tracciare il paziente al quale il farmaco è stato somministrato, con questo sistema si riescono a stabilire le scorte in giacenza e ad emettere ordini automatici periodici.

La sperimentazione si è basata sul confronto di due realtà ospedaliere dove la somministrazione delle terapie è gestita da due modelli assistenziali diversi.

I dati raccolti sono stati frutto di questionari somministrati ad infermieri e coordinatori delle unità operative compresi nella fascia d'età 31-60 anni, di questi il 95% è in possesso del Diploma di Infermiere Professionale e il 5% è in possesso di Laurea triennale in Infermieristica, tale studio ha messo in risalto che circa il 50% dei soggetti in esame ha un anzianità di servizio superiore a 20 anni.

Il questionario somministrato si suddivide in sei aree:

- Prima area: informazioni riguardanti l'operatore (reparto di provenienza, età dell'operatore, titolo di studio e anni di servizio);



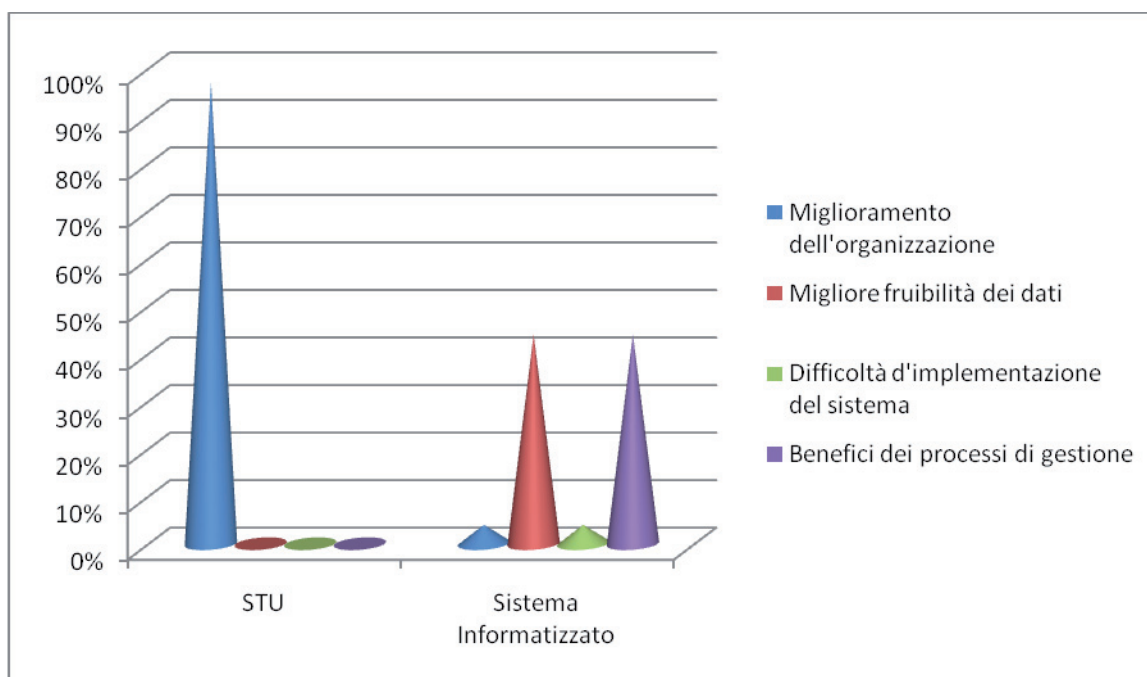
- Seconda area: informazioni sul tipo di risorse (sistema adottato per la somministrazione dei farmaci, conoscenza delle tipologie d'errore);
- Terza area: informazioni sulle categorie di rischio generale;
- Quarta area: informazioni sulla tracciabilità del processo (segnalazione eventi avversi);
- Quinta area: informazioni sulla tracciabilità del paziente (identificazione del paziente, tipo di modelli assistenziali adottati);
- Sesta area: tracciabilità del farmaco.

Il 90% degli infermieri e dei coordinatori a cui è stato somministrato il questionario conosce gli errori più frequenti in materia di somministrazione. L'errore più frequente è stato attribuito alla trascrizione del farmaco con una percentuale del 20%.

In entrambi i P.O. si è riscontrata la mancanza di un sistema di rintracciabilità degli eventi avversi, la mancanza di un sistema di rintracciabilità del paziente e per quanto riguarda la tracciabilità del farmaco si è evidenziato che la gestione del lotto avviene da parte della farmacia.

Il risultato finale ha evidenziato che il Sistema Informatizzato è più affidabile della Scheda Unica di Terapia in primis per la sicurezza del paziente in secundis per la sicurezza dell'operatore, infatti il sistema Informatizzato ha permesso la riduzione degli errori di circa il 60% ed ha garantito una gestione integrata di tutto il flusso delle attività dalla prescrizione alla somministrazione del farmaco.

L'aspetto negativo di tale sistema è legato ai costi di gestione e manutenzione in fase iniziale.



## QUOTA ASSOCIATIVA IPASVI BARI ANNO 2011

Il pagamento della quota associativa relativa all'anno 2011 deliberata è rimasta invariata (€ 55,00). Il versamento della quota può essere effettuato direttamente presso la sede del Collegio IPASVI di Bari Viale Salandra n, 42 – Bari entro il 9 aprile 2011.

Dopo tale data sarà postalizzato, con Poste Italiane il bollettino di c/c con il quale effettuare il pagamento della quota associativa per l'anno 2011, maggiorata delle spese postali.

La segreteria del Collegio



# ATTUALITÀ' E LEGALITÀ' DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Carmela  
MARSEGLIA



Verba volant, scripta manent ...questa affermazione sarebbe sufficiente per identificare la Cartella Infermieristica (box 1 e 2) ma anche la Documentazione Infermieristica, il

Dossier Assistenziale, sono alcuni dei nomi che sono stati assegnati ad uno strumento di cui si parla ormai da decenni ma che solo negli ultimi anni e solo nelle aziende sanitarie più al passo coi tempi, ha trovato la propria identità.

Ogni operatore *dipendente e/o libero professionista* che eroga servizi sanitari è quotidianamente tenuto ad assumere una serie di decisioni di natura operativa, gestionale e progettuale che vedono nella cartella la sede idonea della:

- continuità dell'assistenza;
- responsabilizzazione dell'operato-

re sanitario;

- valutazione della qualità dell'assistenza;
- tutela legale.

Difatti, la cartella infermieristica, come tutti gli atti che documentano un'attività svolta per un paziente, ha rilevanza legale.

Con rischio legale si intende il grado di probabile protezione di un infermiere e dell'organizzazione di assistenza sanitaria in caso di conseguenze legali. L'entità del rischio è determinata dal contenuto, dagli strumenti e dalle tecniche di registrazione. Essendo il contenuto espressione delle funzioni indicate nel profilo professionale è attraverso la "Cartella Infermieristica" che il professionista Infermiere identifica e valuta il bisogno di assistenza dell'utente divenendo così da semplice archivio di informazioni consegnato alle decisioni di

altre professioni a strumento del *problem solving* scientifico applicato all'assistenza infermieristica. Fondamentali da documentare in cartella sono la descrizione della presa in carico, dall'inizio alla sua conclusione; l'attuazione del processo di assistenza, che comprende, tra

**“Documentare richiede tempo. Alcuni studi hanno dimostrato che gli infermieri passano da 30 a 140 minuti per turno a compilare documenti. Il tempo dedicato alla documentazione dovrebbe essere in relazione alle condizioni dell'utente, ma nella prassi il tempo si perde nella registrazione ripetitiva di atti assistenziali di routine.”**



### LA CARTELLA INFERMIERISTICA: DEFINIZIONE DA WIKIPEDIA, L'ENCICLOPEDIA LIBERA

Strumento su supporto cartaceo e/o informatico, atto a contenere la registrazione dei dati e l'insieme dei documenti di pertinenza **Infermieristica** sul caso/utente. Certifica e organizza con logica ed efficacia tutte le informazioni e le attività assistenziali della persona, raccolte e/o eseguite dall'**Infermiere**, favorendone la responsabilizzazione. Viene utilizzata per la redazione di **anamnesi**, per la definizione degli obiettivi assistenziali, per l'annotazione degli interventi effettuati e per la valutazione dei risultati. Il nucleo centrale della **cartella infermieristica** è il **piano di assistenza** personalizzato. Formalmente riconosciuta dall'art. 69 del D.P.R. 384/90, viene giuridicamente considerata come un atto pubblico, in quanto compilata da un incaricato di pubblico servizio. Pur non possedendone la stessa efficacia probatoria, per una maggiore completezza della documentazione sanitaria va archiviata come parte integrante della cartella Clinica.

*Dopo un passato prossimo disseminato da striminzite e sgrammaticate "consegne infermieristiche", gli anni '90 hanno visto una proliferazione esponenziale di "cartelle infermieristiche" con le più disparate fattezze.*

Tutte ponevano inizialmente la loro attenzione alla raccolta dati, con interviste anamnestiche, moduli pre-compilati da spuntare e decine di scale di valutazione, ma tralasciavano quasi completamente il piano assistenziale e vanificavano, quindi, il loro scopo principale. La **cartella infermieristica** attuale è uno **strumento maturo**, che risponde pienamente ai criteri di efficacia ed efficienza richiesti dalle aziende, ma nasce dalla necessità di colmare un vuoto culturale in quelle realtà dove non sia prevista una cartella clinica "orientata al problema" (con le annotazioni dei diversi professionisti in sequenza, subordinate ai singoli problemi dell'utente, fra loro comunicanti e interagenti)... Ultimo accesso 10 febbraio 2011

l'altro, le reazioni della persona assistita e delle persone per lei significative; la rilevazione dei rischi e degli eventi indesiderati; la descrizione della situazione al termine della presa in carico. La Cartella Infermieristica oggi si inserisce in un quadro legislativo della professione radicalmente modificato rispetto al passato.

La tanto agognata "autonomia professionale", ha reso indispensabile uno strumento come la C.I., che attraverso l'identificazione dei problemi della persona permette la programmazione di un percorso di risoluzione, in quanto l'utilizzo di tale strumento consente la consapevolezza del ragionamento diagnostico per mezzo del quale sono stati individuati i "bisogni", bisogni per la cui "soddisfazione" verranno operate le scelte assistenziali.

Ma è la stessa normativa a sancire per gli Infermieri l'obbligo di compilare la documentazione relativa all'assistenza prestata, la legge n. 42 del 26/02/1999 definisce infatti due importanti elementi della professione infermieristica:

- la sostituzione della definizione di "professione sanitaria ausiliaria" con quella di "professione sanitaria";
- l'abolizione del "Mansionario" (DPR 225/74).

Inoltre nel DPR n. 384 del 1990, la Cartella Infermieristica viene riconosciuta come "atto pub-

blico in senso lato", in quanto redatto da un "incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni".

Valgono ovviamente le stesse regole di compilazione, segreto e conservazione applicate alla Cartella Clinica, che secondo l'art. 23 del Codice di Deontologia Medica, del 1998, cita, "la cartella clinica deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole di buona pratica clinica e contenere oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostiche terapeutiche praticate".

Tra l'altro lo stesso Codice Deontologico dell'Infermiere del 10 gennaio 2009 recita:

all'Art. 26: l'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

all'Art. 27: l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

all'Art. 28: l'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito.

I requisiti della cartella infermieristica non variano rispetto alla cartella redatta dal medico: >>



- veridicità;
- oggettività;
- completezza;
- chiarezza;
- tempestività;
- tracciabilità.

## **COSA FARE:**

- effettuare il più presto possibile la raccolta dei dati relativi allo stato di salute e ai bisogni assistenziali del paziente e annotarli sulla C.I.;
- intestare sempre le schede con il nome e cognome del paziente e numero del letto;
- numerare le pagine;
- compilare sempre la “Cartella Infermieristica”;
- allegare le parti informatizzate al cartaceo per l’archiviazione;
- documentare sempre le azioni assistenziali;
- compilare il diario quotidianamente.

## **COSA NON FARE:**

- scarsa leggibilità;
- abbreviazioni improprie;
- acronimi;

- omissioni;
- generalizzazioni;
- correzioni improprie;
- opinioni personali;
- insinuazioni inopportune;
- compilazione insufficiente, disordinata, postuma;
- mancanza di firma;
- mancanza di data e ora;
- mancanza documentazione;
- mancanza rilevazione dolore;
- mancanza segnalazione incidenti (cadute...);
- mancanza chiusura cartella;
- mancanza Privacy;
- mancanza corretta archiviazione.

La Documentazione Infermieristica non è ancora utilizzata da tutte le Aziende Sanitarie del territorio nazionale, né da tutte le Unità Operative all’interno di una stessa azienda.

Gli Infermieri però sono professionisti, hanno percorso un lungo cammino per diventarlo, e tanta strada ancora hanno deciso di percorrere, non vogliono sia loro regalato nulla, chiedono solo il riconoscimento dello status di professionisti della salute, perché è quello che sono.

## **BIBLIOGRAFIA**

- M. Casati, *La documentazione infermieristica*, Milano, McGraw-Hill, 2005
- I Quaderni dell’Infermiere n.24, febbraio 2009

## **ANCORA UN SUCCESSO PER IL PROGETTO “A.M.B.R.A. (Analisi, Modelli, Bisogni delle Risorse Assistenziali)” REALIZZATO DAL COLLEGIO IPASVI DI BARI**

Il progetto è stato presentato alla **6<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE** (Gruppo Italiano della Medicina Basata sull’Evidenza) svoltasi a Bologna 11/02/2011 che ha visto la presenza di oltre 600 partecipanti, provenienti da tutte le regioni italiane e rappresentativi di tutte le professioni sanitarie. Il filo conduttore della Conferenza, tracciato dalla lettura inaugurale del Dr. Nino Cartabellotta è stato “l’approccio di sistema alla Clinical Governance”, previsto anche dal Piano Sanitario 2011-2013. Il progetto aveva già riscosso l’interesse della stampa di settore sia nazionale che regionale con le pubblicazioni sul settimanale **Panorama della Sanità** n.16 del 27/04/2009 e sul periodico **Tuttosanità** n.99 del 2008. Se anni fa si parlava unicamente di numero di infermieri, ora è imprescindibile tenere conto di altre variabili che influenzano la necessità di cure sicure tra cui: il carico di lavoro, il contesto in cui si eroga l’assistenza, la complessità dello stato di salute dei pazienti, il livello di competenza e la composizione del personale infermieristico. *Considerato che la pressione finanziaria attuale va intensificandosi, possiamo chiederci se, attualmente, è realistico ed economicamente possibile fornire ai pazienti un’assistenza che coniughi la qualità richiesta dai pazienti e dagli operatori professionali.* Il personale infermieristico costituendo un costo rilevante per il sistema sanitario, può essere oggetto di restrizioni finalizzate al risparmio. In questa prospettiva, i dati e i modelli organizzativi utilizzati risultano cruciali per la qualità dell’assistenza infermieristica e per la sicurezza dei pazienti.



# RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE

Roberta  
**VASILE**



In diritto la responsabilità è legata all'ordinamento giuridico che ne disciplina i confini tra compiti e responsabilità degli infermieri, qualificati "incaricati di pubblico servizio"

La legge riconosce l'infermiere responsabile e titolare dell'assistenza generale infermieristica; precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori. Il profilo disegnato è quello di un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

Analoga definizione viene stabilita anche per l'infermiere pediatrico e per altri venti profili professionali, tra cui l'ostetrica, il terapista della riabilitazione, il tecnico di laboratorio.

Negli anni si è assistiti ad una trasformazione delle figure sanitarie. Una concezione che si è evoluta nel corso degli anni, da attività individuale ad équipe, da semplice collaboratore ad un vero e

proprio dirigente della salute.

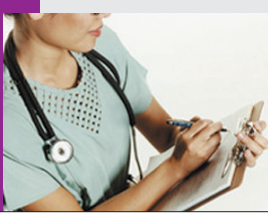
Il d.m. 739/99 riconosce da una parte maggiore autonomia dell'infermiere per la professionalità e la competenza riconosciuta per legge, dall'altra maggiori responsabilità derivante dalla sua attività lavorativa.

La legge 251/2000 delinea l'autonomia professionale dell'infermiere nello svolgimento di attività dirette alla prevenzione, cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva.

La necessità di cambiamento avvertita dagli organi istituzionali e valorizzata dagli infermieri, ha spinto gli operatori di settore a ridefinire nuovi equilibri e confini nell'ambito della riorganizzazione sanitaria e il rapporto tra infermiere e paziente attraverso l'istituzione del Codice Deontologico che si ispira non solo ai principi etici della professione, ma analizza anche i rapporti con la persona assistita.

Da molto tempo l'infermiere riflette sul termine "responsabilità". Essa ha insito in sé una doppia valenza: quella che rende evidente l'intellettualità della professione e quella che richiama alla consapevolezza degli obblighi connessi all'esercizio professionale ed impegno ad operare nell'interesse del soggetto a cui la professione si rivolge. Gli operatori sanitari sono

**“Il Codice Penale all'art. 358 recita  
«sono incaricati di un pubblico  
servizio coloro i quali, a qualunque  
titolo, prestano un pubblico  
servizio»”**



## COMPETENZE ED ORIENTAMENTO DEI PROFESSIONISTI INFERMIERI nel nuovo scenario sanitario

Evento formativo per **INFERMIERI**  
e **STUDENTI** in Infermieristica

### I COLLEGI IPASVI

Bari Barletta - Andria - Trani Bergamo Bologna  
Cagliari L'Aquila La Spezia Lecce Mantova  
Milano - Lodi Modena Palermo Perugia  
Rimini Torino Varese

### IN COLLABORAZIONE CON

Docenti Corsi di Laurea in Infermieristica  
Università di

Bari Bologna L'Aquila Modena  
Palermo Torino

**30 MAGGIO**  
**2 GIUGNO 2011**  
CENTRO CONGRESSI PUGNOCHIUSO VIESTE (FG)

### PATROCINI



A.I. Med  
Associazione Infermieri  
del Mediterraneo



### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

eventi  congressi

Tel. 349 7398399  
Fax 080 22 09 268

[www.eventiecongressi.eu](http://www.eventiecongressi.eu)  
Email [segreteria@eventiecongressi.eu](mailto:segreteria@eventiecongressi.eu)



- **disciplinare:** violazione di regola poste a disciplinare l'attività di servizio del dipendente;

- **contabile:** derivante dalla custodia di beni, materiale e denaro.

A seguito delle recenti evoluzioni normative in tema di professione e assistenza infermieristica, si è osservata una peculiare trasformazione dei contenuti su cui poggia la responsabilità professionale dell'infermiere.

Infatti, con l'entrata in vigore della Legge n. 42/99, che ha abrogato il mansionario, sono emersi con maggiore precisione il ruolo e le responsabilità dell'infermiere, in quanto professionista sanitario dell'area delle scienze infermieristiche.

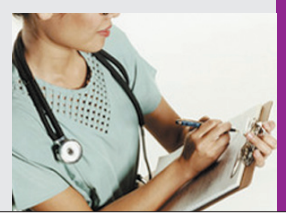
In ragione del Profilo professionale

soggetti a diverse tipologie di responsabilità:

- **penale:** ovvero responsabilità per errori professionali con conseguente danno per il paziente;
- **civile:** presuppone un danno patrimoniale da riparare al paziente con il risarcimento, per un comportamento illecito;
- **amministrativa:** identica agli altri dipendenti pubblici: l'azienda sanitaria, condannata a risarcire il paziente danneggiato, si rivale sul proprio dipendente che ha commesso il fatto, al risarcimento.
- **ordinistica:** violazioni inerenti inadempimenti di tipo deontologico, riguardanti il mantenimento del decoro della professione;

(D.M. 14.09.1994, n. 739 Norme che regolano l'esercizio e gli aspetti legali e deontologici della professione infermieristica) si è coerentemente configurata per l'infermiere una responsabilità specifica professionale per l'assistenza infermieristica generale, preventiva, curativa e riabilitativa, richiamata e confermata anche dal nuovo Codice deontologico.

Il malato non è più solo un paziente, ma anche un cliente cui la legge attribuisce sempre nuovi diritti; gli ospedali sono diventati aziende munite di Carte dei Servizi Sanitari che mettono in evidenza il ruolo svolto dall'infermiere nell'assistenza alla persona: la magistratura è sempre più rigorosa nella valutazione della responsabilità professionale nell'analizzare ed affrontare



problematiche sempre più attuali quali l'esercizio abusivo della professione; il segreto professionale e la legge sulla privacy; la gestione della documentazione sanitaria.

Il tema della responsabilità è sempre stato un argomento delicato.

L'esperienza maturata nel settore ospedaliero, mi porta ad affermare che la responsabilità è parte integrante di sé stessi, ovvero del lavoratore pubblico.

Purtroppo l'idea di agire con professionalità, con principi etici prima ancora che istituzionali, non sempre è alla base dei comportamenti dei pubblici dipendenti.

Posso distinguere due tipi di responsabilità: quella che coinvolge involontariamente l'operatore, perché facente parte di un'equipe oggetto di "colpa", da quella nella quale il dipendente è colpevole perché negligente del suo operato e dunque ha agito in modo superficiale, danneggiando non solo il paziente, ma l'azienda sanitaria ed ancora peggio il prestigio e l'immagine della professione.

**“Il malato non è più solo un paziente, ma anche un cliente cui la legge attribuisce sempre nuovi diritti”**

La prima va tutelata, la seconda, se effettivamente fondata, va perseguita e condannata e, se necessario, condotta fino al licenziamento del dipendente.

L'aggiornamento professionale fornisce la prima base in tema di responsabilità e per tale ragione dovrebbe salvaguardare non solo il dipendente da potenziali errori e/o violazioni, ma è la stessa struttura ospedaliera che si avvale di un vero e proprio professionista.

La responsabilità dovrebbe essere l'espressione del modo di essere dell'individuo prima ancora che lavoratore.

A maggior ragione per un dipendente pubblico perché rappresenta la Sanità.

La figura centrale dell'infermiere, un rapporto di tipo verticale tra medico e paziente deve essere leale, rispettoso, in grado di garantire trasparenza e competenza nell'assistenza perché questo viene richiesto dalla legge e dall'utente.

Se queste condizioni mancano è l'intero sistema che ha fallito, di cui nessuno può sentirsi escluso da qualsiasi responsabilità.

**BIBLIOGRAFIA**

- BELLETTINI Biagio, in rivista Sanità pubblica fascicolo 2/2006
- LASALVIA Massimo, "La responsabilità amministrativa e contabile dei pubblici dipendenti", Epc Libri srl, Roma
- VAGNONI Salvatore, "Le responsabilità nelle amministrazioni statali e negli enti locali", Giuffrè Editore, Milano, 2002 II<sup>a</sup> edizione
- Supplemento "I Quaderni" rivista de "L'Infermiere"
- D.M. 28 novembre 2000 "Norme di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni"
- D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"
- Legge 11 febbraio 2005 n. 241 "Riforma della Legge 241/90", modificata ed integrata dalla legge 11 febbraio 2005 n. 15

**SITOGRAFIA**

- [www.amministrazioneincammino.it](http://www.amministrazioneincammino.it)
- [www.giustamm.it](http://www.giustamm.it)
- [www.infermierionline.net](http://www.infermierionline.net)
- [www.innovazionepa.it](http://www.innovazionepa.it)
- [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)



# PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di  
Vanessa A. MANGHISI

## ■ Sanità Pugliese: ancora nessuna risposta sui precari in scadenza

Senza risposta sul futuro del personale della sanità che vedrà scadere il proprio contratto nelle prossime settimane. Sono più di 520 professionisti nella sola provincia di Bari.

Sono centinaia i medici e gli infermieri che tra poche settimane vedranno scadere il proprio contratto di lavoro con le Asl. I presidenti degli ordini dei medici e degli infermieri e i sindacati della sanità hanno paventato "effetti negativi sulla qualità dell'assistenza ai cittadini e sull'organizzazione del lavoro" proprio a causa della scadenza di questi contratti.

## ■ Ancora 4.500 gli infermieri che mancano all'appello

*Il Sole 24 Ore Nord-Ovest* del 9 febbraio ha dato spazio alla notizia relativa al fatto che, nell'Italia nord-orientale, mancano all'appello 4.500 infermieri. Le carenze più gravi si registrano in Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta. Qui, in tempi di tagli, problemi atavici rischiano di aggravarsi, anche se la professione infermieristica, negli ultimi due anni, è aumentata di quattromila unità.

Solo in Piemonte, si calcola che su 27.900 infermieri manchino circa tremila unità e il blocco del *turn over al 50%* e degli straordinari rende la situazione più "esplosiva", con i professionisti sanitari costretti a fronteggiare ingenti carichi di lavoro.

## ■ Attestato di Benemerita e Medaglia d'oro per l'Associazione Nazionale Cives Onlus

L'8 febbraio, durante i lavori della Consulta nazionale del volontariato, il Capo Dipartimento della Protezione Civile Nazionale, **Franco Gabrielli**, ha consegnato la medaglia d'oro per la benemerita di prima fascia alle organizzazioni componenti della Consulta per l'impegno a L'Aquila. Tra queste Cives (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria). L'alta onorificenza è stata consegnata al Presidente Nazionale **Michele Fortuna**.

## ■ Alzheimer, verso un test di diagnosi precoce

Per la malattia di Alzheimer potrebbe essere presto disponibile un test di diagnosi precoce basato sul semplice prelievo di sangue, sviluppato a livello sperimentale dai ricercatori dello University of Texas Southwestern Medical Center. Questa tecnologia prototipale, che utilizza molecole sintetiche per cercare e identificare anticorpi specifici per le patologie potrebbe essere utilizzata anche nello sviluppo di anticorpi per un'ampia gamma di patologie e disturbi difficili da diagnosticare, tra cui il Parkinson e le patologie immunitarie come la sclerosi multipla e il lupus.

## ■ Il Senato approva il decreto Milleproroghe

Il Decreto Milleproroghe si muove a tutto campo, infarcito di misure che interessano diversi ambiti dalla finanza e dalle banche agli interventi per le regioni colpite da calamità naturali, dai precari alla social card. Confermata nel maxiemendamento la norma "*salva-precari*" approvata con un emendamento del Pd: si riaprono i termini, scaduti il 23 gennaio scorso, per impugnare i licenziamenti e per farlo c'è tempo tutto l'anno.

## ■ Commissione Tecnica - Risk Management della ASL/BA

La ASL di Bari ha istituito, in Staff alla Direzione Generale, la Commissione Tecnica - Risk Management. La Commissione avrà cura di mettere in atto le azioni per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente all'interno dei Servizi Sanitari. Le finalità sono tantissime: *Lo studio della prevalenza e delle cause del Rischio Clinico; La formulazione d'indicazioni generali; Individuazione di linee guida, protocolli; Tecniche per la riduzione e gestione del problema; Supporto all'Area legale nella gestione e deflazione del contenzioso assicurativo. Si evidenzia che parte integrante della commissione è la collega Irene Fiorentino.*



## IL PIANO STRAORDINARIO PER IL LAVORO DELLA REGIONE PUGLIA

Il Piano straordinario per il lavoro presentato circa un mese fa (è stato presentato dalla Regione Puglia l'11 gennaio 2011) dal Presidente Vendola e dall'assessore allo Sviluppo economico Capone è in fase di partenza.

Il Piano si prefigge due obiettivi: nuova occupazione e salvaguardia dell'occupazione. Si tratta di un programma progettato per risolvere le problematiche dell'occupazione nella nostra Regione. Complessivamente si prevedono interventi, con risorse disponibili pari a 340 milioni di euro, rivolti a 52.035 potenziali destinatari. In particolare alla nuova occupazione sono riservati 269,8 milioni di euro (per 38.335 nuovi posti di lavoro), mentre per la salvaguardia dell'occupazione i milioni di euro impiegati sono 70,9 (per 13.700 potenziali fruitori). Le linee di intervento del Piano straordinario per il lavoro sono 6: il lavoro dei giovani, il lavoro delle donne, il lavoro per l'inclusione sociale; il lavoro per la qualità della vita; il lavoro per lo sviluppo e l'innovazione; più qualità al lavoro. Il Piano vede come destinatari i lavoratori in cassa integrazione, occupati, lavoratori atipici, imprese, disoccupati, donne disoccupate, donne imprenditrici, donne occupate, giovani disoccupati, apprendisti, persone disabili disoccupate, immigrati e richiedenti asilo, ultracinquantenni, lavoratori socialmente utili, giovani laureati, ricercatori, manager e imprenditori.

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARLETTA ANDRIA TRANI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Barletta Andria Trani, ai sensi del DPR n. 221 del 05/04/50 art. 23 e 24 con all'ordine del giorno:

- 1) RELAZIONE DEL PRESIDENTE
- 2) CONTO CONSUNTIVO 2010
- 3) BILANCIO DI PREVISIONE 2011

L'Assemblea è convocata in prima convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Barletta Andria Trani sita in Trani alla Via Margherita di Borgogna n. 74, alle ore 17.00 del 04/04/2011 ed in seconda convocazione presso la sede del presso la saletta del P.O. "Vittorio Emanuele II" di Bisceglie in via Giovanni Bovio alle ore 17.00 del 13/04/2011.

Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Giuseppe Chiodo*

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI DELLA  
PROVINCIA DI BARLETTA ANDRIA TRANI

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARLETTA ANDRIA TRANI DAL

DELEGA L'ISCRITTO \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2011

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**FIRST ADRIATIC BREAST CONFERENCE**

Barletta, 20-21 Maggio 2011  
**INFO:** Ellere Centre sas  
Tel: 0805045353 fax: 0805045362  
e-mail: ellere@ellerre.it

**DOLORE, DEPRESSIONE E QUALITA' DI VITA NELL'ANZIANO**

Ostuni, 29 aprile 2011  
**INFO:** Diletta Chianchiella  
Tel: 0652252454 fax: 0652255523  
e-mail: diletta.cianchella@sanraffaele.it

**LA VALUTAZIONE STRUMENTALE DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA IN MEDICINA GENERALE**

Ostuni, 16 aprile 2011  
**INFO:** Meeting Planner srl  
Tel: 0809905360 Fax: 0809905359  
e-mail: info@meeting-planner.it

**LA VALUTAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA**

Cassano, 24-24 Marzo, 9 Aprile  
**INFO:** Riforma  
Tel: 0809640712 Fax: 0809640717  
e-mail: ricerca.formazione@email.it

**MONITORAGGIO DEL PAZIENTE CRITICO**

Bari, 1- 2 Aprile 2011  
**INFO:** Riforma  
Tel: 0809640712 Fax: 0809640717  
e-mail: ricerca.formazione@email.it

**LA LESIONI CUTANEE ED ULCERE DA PRESSIONE- MEDICAZIONI ED INTERVENTI ASSISTENZIALI**

Bari, 3-20 Maggio 2011  
**INFO:** Riforma  
Tel: 0809640712 Fax: 0809640717  
e-mail: ricerca.formazione@email.it

**SOS DIABETE LA RICERCA SCIENTIFICA IN PUGLIA: FRAMMENTI DI VITA QUOTIDIANA**

Bari, 2 Aprile 2011  
**INFO:** Meeting Planner srl  
Tel: 0809905360 Fax: 0809905359  
e-mail: info@meeting-planner.it

**CORSO TEORICO PRATICO DI ENDOSCOPIA BRONCHIALE**

Acquaviva delle fonti, 2 Aprile 2011  
**INFO:** Meeting Planner srl  
Tel: 0809905360 Fax: 0809905359  
e-mail: info@meeting-planner.it

**LE ULCERE DA PRESSIONE E VASCOLARI - CORSO TEORICO PRATICO PER LA PREVENZIONE E CURA**

Taranto, dal 29 Marzo al 6 Maggio 2011  
**INFO:** MCO di Campanella  
Tel: 0804966790 Fax: 0804966790  
e-mail: mc.organization@libero.it

**DIAGNOSI E TERAPIA DELLE ARITMIE E DELL'INSUFFICIENZA CARDIACA: CONFERME E PROSPETTIVE TERAPEUTICHE**

Molfetta, 26 Marzo 2011  
**INFO:** Intermeeting  
Tel: 0805482005 Fax: 0805529862  
e-mail: infoba@intermeeting.org

**I CORSO DI AGGIORNAMENTO LA SALUTE DELLA DONNA: ATTUALITA' E CONTROVERSIE**

Ostuni, 8-9 Aprile 2011  
**INFO:** Meeting Planner srl  
Tel: 0809905360 Fax: 0809905359  
e-mail: info@meeting-planner.it

**GIORNATE DI AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA: CARDIOPATIA ISCHEMICA**

Bari, 6 Aprile 2011  
**INFO:** Intermeeting  
Tel: 0805482005 Fax: 0805529862  
e-mail: infoba@intermeeting.org

**COMPETENZE ED ORIENTAMENTO DEI PROFESSIONISTI INFERMIERI NEL NUOVO SCENARIO SANITARIO**

Vieste, 30 maggio - 2 giugno 2011  
**INFO:** Gmaxcongressi  
Tel: 349.7398399 fax: 0802209268  
e-mail: segretaria@gmaxcongressi.it  
www.gmaxcongressi.it