

Filodiretto

numero

1/2

Anno XXXV / numero 1/2 gennaio/aprile 2017 / 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



in evidenza

EDITORIALE

Responsabilità
professionale
degli infermieri

**RICERCA
INFERMIERISTICA**

I risultati dello studio
RN4CAST

**SICUREZZA
E BENESSERE**

La formazione alla
sicurezza e salute



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 XXXV - N° 1/2 gennaio/aprile 2017
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 1/L - 70124 Bari - T. 080 9147070 - F. 080 54 27 413
redazionefilodiretto@libero.it - bari@ipasvi.legalmail.it

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 337 50 34 - www.editriceimmagine.it
Finito di stampare il 30 marzo 2017

Direttore Responsabile

Saverio Andreola

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

Biagio Auciello, Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Maria Custode, Vincenza Anna Fusco, Elena Guglielmi, Antonella Iodice, Altomare Locantore, Savino Lombardi, Vanessa Manghisi, Giuseppe Mazzotta, Savino Petruzzelli, Loredana Piazzolla, Nicoletta Ricciardi, Ruggero Rizzi, Nicoletta Sgarra.

Comitato di esperti

Saverio Andreola, Pasquale Nicola Bianco, Maria Caputo, Leonardo Di Leo, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Giuseppe Notarnicola

Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Elena Chiefa, Rossella Coniglio, Vincenzo D'Addabbo, Vincenzo Inglese, Pasquale Lacasella, Francesca Mastrandrea, Carmela Nanula, Eugenia Petruzzelli, Francesca Pisani, Vanessa Rollo, Angelo Teofilo, Graziana Valentini.

Foto/immagini di Raffaele Recchia

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico del Collegio IPASVI di Bari, utilizzato dai Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. 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 deve essere 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. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it. Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/9147070. Per l'invio tramite posta ordinaria, è necessario allegare alla versione cartacea il formato digitale su CD-Rom. Responsabilità: L'Autore è responsabile dei contenuti dell'articolo. Quando il contenuto dell'articolo esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente nel quale l'Autore lavora, o quando l'Autore parla a nome dell'Ente, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili dell'Ente. Le opinioni espresse dall'Autore così come eventuali errori non impegnano la responsabilità del periodico. L'Autore è tenuto a dichiarare: che l'articolo proposto per la pubblicazione è inedito e non è già stato pubblicato e/o proposto contemporaneamente ad altre riviste per la pubblicazione; l'autenticità ed originalità dell'articolo inviato; l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo proposto; eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo.

numero **1/2**

EDITORIALE

3 RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI
Saverio Andreola

PRIMO PIANO

5 GLI INFERMIERI SI CONFRONTANO
Salvatore Petrarolo

7 INFERMIERI IN CATTEDRA
Salvatore Petrarolo

IN PUGLIA

8 PREPARAZIONE ALLE PROCEDURE CONCORSUALI
a cura del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI BAT

9 IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA PUGLIESE SFIDA L'INFERMIERISTICA
Giuseppe Marangelli

12 PIANO DI RIORDINO
Vanessa Rollo

PROFESSIONE IN AZIONE

14 CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO E CURE INTERMEDIE
Elena Guglielmi

RICERCA INFERMIERISTICA

17 CADERE IN OSPEDALE
Eugenia Petruzzelli

19 LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA DEGLI INFERMIERI
Vincenzo D'Addabbo, Graziana Valentini

UNIVERSITÀ E INFERMIERISTICA

22 I PIANI DI STUDIO: LAUREA SPECIALISTICA
Carmela Marseglia, Altomare Locantore

PROMOZIONE SALUTE

25 L'ASSISTENTE SANITARIO E I SERVIZIVACCINALI
Carmela Nanula, Rossella Coniglio

IN FORMAZIONE

27 STRUMENTI DIVALUTAZIONE
Angelo Teofilo

30 L'ARMADIO AUTOMATIZZATO E IL SUO SOFTWARE
Francesca Mastrandrea

SICUREZZA E BENESSERE

31 PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA
Pasquale Lacasella

33 L'INFERMIERE PROFESSIONE A RISCHIO?
Francesca Pisani

34 LA FORMAZIONE ALLA SICUREZZA E SALUTE
Vincenzo Inglese, Elena Chiefa

INSERTO 1/2

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO
Raffaele Cristiano Losacco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI

Approvata la legge che introduce modifiche al profilo

Saverio
ANDREULA



E' la panacea attesa dalla professione infermieristica? Federico Gelli, il medico parlamentare responsabile della sanità nazionale per il PD e relatore del DDL sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale, in

una intervista a caldo ad una testata giornalistica infermieristica, rilasciata poco dopo l'approvazione definitiva del disegno di legge da parte della Camera ha dichiarato, testualmente che:

- *I contenuti della legge vanno nella direzione di garantire maggiori tutele ai cittadini che in tempi rapidi potranno ottenere i risarcimenti per danni subiti per colpe sanitarie.*
- *Un punto di forza di questa legge è che non ho voluto appositamente mai citare né il termine medico né il termine infermiere. Abbiamo utilizzato una definizione che riguarda tutti gli operatori della sanità cioè gli esercenti le professioni sanitarie (volutamente); perché a mio avviso il Medico e l'infermiere sono posti sullo stesso livello di responsabilità e sulla stessa, ovviamente, azione di tutela e di garanzia.*
- *Il professionista d'ora in poi, con l'entrata in vigore della nuova legge, avrà la possibilità di essere più sereno, più tranquillo più tutelato (potrei dire) rispetto ad un'azione eventuale risarcitoria o azione legale nei suoi confronti.*

Ovviamente, il deputato non poteva non esprimere considerazioni di circostanza mettendo in equilibrio Medici e Infermieri nell'ambito dei benefici che la legge dispenserebbe nell'ambito del profilo di responsabilità professionale delle professioni sanitarie. E' di tutta evidenza, tuttavia, che il testo della legge non poteva riguardare soltanto i medici, non già per volere di Federico Gelli o del PD, come egli lascia intendere, ma in forza di una semplice definizione giuridica che è nel nostro ordinamento riguardo al significato di "professioni sanitarie".

Contrariamente a quanto afferma il Relatore del DDL, per il servizio studi del dipartimento affari sociali della camera, che si è cimentato nell'affiancare al testo, articolo per articolo, un breve commento, il provvedimento riguarderebbe esclusivamente la professione medica.

A prescindere da queste mie riflessioni, che ai più possono sembrare sterili polemiche, c'è che è un eufemismo porre i Medici e gli Infermieri sullo stesso livello in termini di responsabilità professionale a fronte di un differenziale significativo, strutturato e insito nella diversa collocazione giuridica delle due distinte professioni; altresì nella possibilità che le due professioni hanno nel disporre di efficaci strumenti di tutela rispetto al proprio esercizio professionale. Tuttavia, sono disposto a lasciarmi andare su considerazioni positive se avessi nella mia disponibilità evidenze che dimostrassero, sulla carta, che la legge approvata sarà in grado di garantire maggiori tutele ai cittadini e contestualmente di garantire maggiori tutele sul piano della responsabilità agli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle proprie attività a costo zero per la finanza pubblica, come previsto





dalla clausola finale “d’invarianza finanziaria”. Ora si dovrà attendere per la messa in opera dei “buoni propositi” che la legge conterrebbe, con la produzione di ulteriori provvedimenti che contempla; primo tra tutti l’Osservatorio Nazionale delle buone pratiche e la definizione organizzativa del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) oltre che alla definizione dell’elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie a cui spetterebbe il compito di elaborare le raccomandazioni

e le linee guida cui dovrebbero attenersi gli esercenti le professioni sanitarie nell’esercizio delle relative prestazioni per contenere gli effetti risarcitori previsti per colpa grave derubricata nella classificazione di responsabilità civile.

Riprendo, per poi commentare, quello che considero il “cuore” della legge ovvero l’articolo 5 nella parte che disciplina le cosiddette buone pratiche clinico - assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida per gli esercenti le professioni sanitarie nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale.

Tanto per gli effetti che riguardano la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario ripresa dall’articolo 6 che introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-sexies. In sostanza viene previsto (comma 1 dell’art. 6) che

se i fatti di cui agli art. 589 c.p. (omicidio colposo) e art. 590 c.p. (lesioni personali colpose) sono commessi nell’esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste in caso di condotta negligente o imprudente del sanitario. Solo se l’evento si sia verificato a causa di imperizia la punibilità è esclusa, purché

“La gestione del rischio si interessa di individuare strumenti che permettano di ridurre lo stesso, elevando il livello di efficacia ed efficienza a favore dei pazienti, dei familiari e degli operatori”

risultino rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida o, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Evidentemente il significato della novellata norma è quello di suggerire (invitare?) i sanitari tutti a definire e utilizzare, nelle loro pratiche sanitarie quotidiane, l’uso di tutti gli strumenti che gli consegnano le evidenze scientifiche per garantire ai cittadini e a loro stessi prestazioni sanitarie di qualità. La “mission” è difficile, non impossibile a patto che tutti i stakeholders del sistema si muovano all’unisono. Sara un successo?!

COS’È UNA “BUONA PRATICA”?

Molteplici e differenti sono le accezioni di buona pratica che è possibile ritrovare in letteratura o ricavare da esperienze di “osservatori” nazionali e internazionali. L’eterogeneità dipende essenzialmente dall’uso che viene fatto della buona pratica e dal contesto cui questa si riferisce. Non esiste quindi, al momento, una definizione univoca ed esaustiva di buona pratica ma varie definizioni che meglio si adattano alle singole circostanze. Ciò è valido anche per quei concetti apparentemente ovvi ed intuitivi come la buona pratica. Una costante delle definizioni di buona pratica è il riferimento, diretto o indiretto, alla metodologia del miglioramento continuo della qualità e, ove possibile, alle evidenze scientifiche. Lo scopo di una buona pratica è quello di migliorare la sicurezza del paziente. Una buona pratica può essere definita come ogni attività, procedura o comportamento riguardante percorsi assistenziali, basata su standard di qualità e sicurezza. Questi standard hanno origine da evidenze, da letteratura e/o da organizzazioni sanitarie. Una buona pratica necessita di indicatori specifici da monitorare nel tempo. Una buona pratica per la sicurezza del paziente può variare a seconda del setting a cui si fa riferimento (ospedale, infermeria o studio medico) o in base alle singole aree all’interno dei setting (sala operatoria, reparto, farmacia) e per diversi tipi di assistenza (terapia intensiva, impiego dei farmaci, prevenzione delle infezioni) e tutto ciò solo per citarne alcuni.



GLI INFERMIERI SI CONFRONTANO

Codice deontologico, ruolo nell'Università e altro all'appuntamento di maggio a Pugnochiuso

Salvatore
PETRAROLO



Diversi punti di osservazione con al centro della riflessione la professione infermieristica. Quello che, ad osservatori esterni può apparire come una sorta di autocelebrazione (o di piagnisteo, nella peggiore delle ipotesi), è invece la somma di una serie di legittime rivendicazioni che gli infermieri italiani attendono vengano riconosciute da tempo. I diversi punti di osservazioni citati in partenza che diventano argomenti di discussione in occasione della tre giorni organizzata dai Collegi Ipasvi di Bari e Bat nel prossimo mese di maggio. Dal 25 al 27 tornerà ad essere la Puglia e nello specifico Pugnochiuso, sul Gargano, per certi versi la capitale dell'infermieristica italiana. Definizione tutt'altro che abusata, visto che in quei tre giorni saranno centinaia gli infermieri, provenienti da tutta la penisola, a confrontarsi su tematiche di stringente attualità. E sarà la presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, uno dei relatori che si alterneranno sul palco della sala convegni di Pugnochiuso, per ragionare (e provare anche ad avvicinare soluzioni sempre a portata di mano, ma spesso tenute lontane da altri soggetti) sul futuro della professione, sul nuovo codice deontologico, sulle competenze professionali, su contratti di lavoro fermi da diversi anni e,

allargando la prospettiva, sui nuovi bisogni di salute della popolazione (con l'aumento delle cronicità) che, di fatto, si scontra con un sistema sanitario sempre più costretto a fare i conti (è il caso di dire) con la riduzione delle risorse economiche. Se l'input della tre giorni pugliese è dato dai Collegi di Bari e Bat, non meno importanti sono le collaborazioni e le adesioni all'evento di Pugnochiuso: dall'Università di Bari, con la scuola di Medicina e Chirurgia, alla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi, senza dimenticare i tanti Collegi provinciali che saranno protagonisti del confronto. Si entrerà subito nel vivo delle tematiche con la prima giornata di lavoro il 25 maggio: il confronto sulla nuova "legge Gelli" (che riforma la responsabilità professionale delle professioni sanitarie) e il nuovo codice di deontologia per gli infermieri (la cui bozza è stata presentata dalla Federazione) saranno i punti di partenza del dibattito che si propone di analizzare il nuovo codice di deontologia, individuare le competenze richieste ai professionisti sanitari alla luce dei mutamenti nell'ambito del concetto stesso di assistenza sanitaria e analizzare il fenomeno del "demansionamento" professionale. Tematiche affidate agli interventi di Francesco Falli e Severino Borri (presidenti dei Collegi di La Spezia e Imperia) e di Cosima Galasso (con il confronto tra la bozza di codice deontologico con quello internazionale, di codice, degli infermieri). L'analisi della nuova legge sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari sarà affidata al professor Mauro Di Fresco, presidente dell'AADI. "L'infermieristica italiana allo specchio" è il



Rafforzare l'Autorità dell'Infermieristica italiana nei suoi ambiti di sviluppo

25-28
MAGGIO '17

PUGNOCHIUSO
RESORT

VIESTE / FOGGIA



INFO E ISCRIZIONI

E&C
eventi congressi



Ph. 081 198.103.98 - Mob. 349.73.98.399
segreteria@eventiecongressi.net

www.eventiecongressi.net



COLLEGI PROMOTORI
Bari e Barletta Andria Trani

COLLEGI PATROCINANTI
Catanzaro Chieti Cosenza Firenze
Imperia La Spezia Modena

PATROCINIO E COLLABORAZIONE
Federazione Nazionale Collegi IPASVI
Presidenza Scuola di Medicina
Università degli Studi di Bari
Associazione Avvocatura
di Diritto Infermieristico



DLO Standard 1487

MEDIA PARTNER



tema, invece, della seconda giornata del convegno con la presidente della Federazione nazionale, Barbara Mangiacavalli tra i relatori di un dibattito che avrà come punto focale il rapporto tra infermieristica e Università. Perché il quesito irrisolto è sempre lo stesso: ma gli infermieri sono ospiti o parte integrante del mondo universitario? Proverà a dipanare la questione non solo la Mangiacavalli e Giancarlo Cicolini, presidente del Collegio Ipasvi di

Chieti. L'agorà finale della seconda giornata, invece, proverà a mettere insieme diversi tasselli dello stesso mosaico: la formazione, la ricerca e la libera circolazione dell'infermiere nei paesi della Comunità Europea, ma anche le opportunità di lavoro e le modalità di accesso alle stesse che si trovano fuori dai nostri confini nazionali. Tra i diversi punti di osservazione della tre giorni pugliese

Chieti. Insomma, come si proverà ad evidenziare durante la tavola rotonda dell'ultima giornata, se c'è un campo nel quale non applicare il tema federativo (differenziando le regioni) è proprio quello dei protocolli di emergenza urgenza. I lavori di Pugnochiuso saranno seguiti con dirette streaming e speciali anche dal quotidiano on line "Nursesetimes".

c'è anche quello relativo ai protocolli infermieristici nel sistema di emergenza urgenza. Altro tema caldo e insolito che è esploso (è il caso di dire) con la cosiddetta bolla mediatica sui protocolli infermieristici 118 in Emilia Romagna. Anche questo un punto di partenza dal quale muoversi per approdare al traguardo unitario: uniformare i protocolli infermieristici del servizio di emergenza urgenza 118 nei sistemi regio-

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 2016
- 3) Bilancio di previsione 2017

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 19.00 del 22/04/2017 ed in seconda convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra 1/L alle ore 10,00 del 29/04/2017. 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 2017

DATA _____

FIRMA _____



INFERMIERI IN CATTEDRA

Con il progetto “Scuole Sicure” promosso dall’IPASVI Bari e della BAT



Gli infermieri salgono in cattedra grazie al progetto “Scuole sicure” presentato dai Collegi Ipasvi di

Bari e della Bat. Un vero e proprio percorso formativo e, al tempo stesso, informativo rivolto ai genitori dei bambini che frequentano gli istituti scolastici dove si svolge il servizio mensa. Il motivo è chiaro: sono questi i luoghi dove è maggiore il rischio, per i più piccoli, di soffocamento mentre mangiano. Il rovescio della medaglia è l’insegnare non solo ai docenti e al personale amministrativo delle scuole, ma anche ai genitori come disostruire le vie aeree. Piccole manovre ma determinanti per salvare la vita di un bambino: eventi tutt’altro che rari, come raccontano le statistiche e le esperienze dirette. Come accaduto ad una insegnante e mamma di una scuola della provincia Bat: pochi giorni dopo aver appreso le tecniche di intervento in caso di ostruzione delle vie aeree, ha messo in pratica quegli insegnamenti salvando la vita alla sua bambina. E la stessa mamma non ha voluto esimersi dal ringraziare il Collegio Ipasvi della Bat per quella lezione preziosa. Il progetto “Scuole sicure”, infatti abbraccia le due province nel cuore della Puglia: in quella di Bari abbiamo seguito in presa diretta il cor-

so tenuto nell’Istituto comprensivo di Ceglie del Campo. Si tratta di una delle dodici tappe, come spiega il vice presidente del Collegio Ipasvi Bari, Roberto Greco, previste in tutto il territorio provinciale: sono già in calendario incontri ad Altamura, Terlizzi, Molfetta e nella città di Bari. Si insegnano le tecniche di disostruzione e, nello stesso tempo si migliora l’immagine professionale degli infermieri. “L’occasione – spiega il presidente del Collegio Ipasvi Bari, Saverio Andreula – ci è stata offerta dalla Federazione nazionale grazie a finanziamenti messi a disposizione dei Collegi provinciali”. Gli infermieri salgono in cattedra per insegnare e migliorare l’identità di questa professione nell’immaginario collettivo. Concetto ribadito anche dai componenti del Consiglio direttivo dell’Ipasvi Bat il primo in Italia a lanciare il progetto “Scuole sicure”. “Abbiamo in calendario per il 2016/17 trenta corsi – racconta Leonardo Di Leo – e ci tengo a sottolineare che si tratta di un servizio gratuito che forniamo alla cittadinanza”. Perché si sia scelto un corso di disostruzione delle vie aeree lo spiega ancora Andreula: “Noi sappiamo che le mamme sono fortemente sensibili e, a volte, hanno una reazione spropositata rispetto ad una circostanza che vede i bambini soffrire”. Non farsi prendere dal panico è la prima regola, perché un intervento fatto bene in caso di emergenza salva la vita. “Questa è la prima di una serie di iniziative” conclude Andreula. I Collegi di Bari e della Bat continueranno nel loro lavoro di sensibilizzazione e comunicazione.

PREPARAZIONE ALLE PROCEDURE CONCORSUALI

Grande successo al corso di formazione organizzato dal collegio IPASVI BAT



a cura del
CONSIGLIO DIRETTIVO

Il collegio IPASVI BAT insieme alla Commissione dell'Ente "Formazione e Progetti Speciali

& Rapporti con l'Università", in occasione del Concorso Pubblico per titoli ed esami, per la copertura di 165 posti di collaboratore professionale sanitario «Infermiere», indetto con deliberazione n. 1590 del 7 settembre 2015, e successiva riapertura termini, con elevazione dei posti da 165 a 199, con deliberazione n. 428 dell'8 marzo 2016 (GU 4a Serie Speciale – Concorsi ed Esami n.53 del 5-7-2016), hanno organizzato un corso di formazione per la preparazione alle prove concorsuali ottenendo svariati riscontri positivi. Gli infermieri del collegio hanno avviato questo percorso tramite l'alta qualità della didattica di livello universitario coniugata alla semplicità nell'approccio e competenze d'eccellenza. Il corso è stato strutturato in modo tale da affrontare tutte le tematiche che potenzialmente possono essere trattate nella formazione per la preparazione alle prove concorsuali, per informare i colleghi aspiranti al superamento della prova, articolandolo in 4 lezioni front-line ed una in regime di FAD (Formazione a Distanza). I moduli sono stati organizzati abbraccian-

do numerosi argomenti come le teorie del nursing, le diagnosi infermieristiche e le responsabilità professionali, fino a discutere delle ostiche legislative sanitarie. Il corso, oltre a fornire molti materiali in formato digitale, aggiornati alle ultime novità normative, ha offerto, in itinere, anche varie simulazioni d'esame relative alla prova pre-selettiva e percorsi personalizzati per ogni corsista, attraverso la distribuzione a tutti i partecipanti di una cartellina e Pen Drive corredata di App per smartphone "Quiz Infermieri". Il fine è quello di consentire ai corsisti di acquisire in breve tempo le nozioni necessarie ad affrontare con sicurezza le diverse prove in cui si articola il Concorso. "Dopo una interazione attiva con i colleghi che hanno partecipato al corso, intendiamo perseguire questo percorso, spiegano gli infermieri del collegio IPASVI BAT, con l'obiettivo di continuare ad offrire la possibilità di frequentare un corso di qualità che prepari i giovani infermieri alle prove concorsuali a livello nazionale. Nonostante i ridotti concorsi è opportuno prepararsi al meglio per non farsi trovare impreparati alle prove concorsuali".





IL RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA PUGLIESE SFIDA L'INFERMIERISTICA

Giuseppe
MARANGELLI



La Giunta Regionale della Regione Puglia ha definitivamente approvato il Piano di riordino ospedaliero, nonostante la seconda bocciatura da parte della competente Commissione

Sanità. L'adempimento nasce dall'esigenza di adeguare la rete ospedaliera pugliese ai nuovi standard prescritti dalla normativa nazionale, così come indicati dal D.M. n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016. Il "riordino" ridistribuisce i posti letto, tra tre tipologie di ospedali: gli ospedali di secondo livello (Hub), gli ospedali di primo livello e gli ospedali di base (Fig. 1).

A questa gamma di ospedali si aggiungono quelli privati e classificati, dotati di servizio di pronto soccorso. Per quanto concerne alcuni ospedali di base, bisogna evidenziare che gli stessi, rispetto alla configurazione prevista dal Ministero della Salute, conserveranno ulteriori discipline indispensabili a garantire il fabbisogno epidemiologico del territorio di riferimento. A tutto ciò si aggiunge un'ulteriore tipo di ospedale, quello cosiddetto di "Area disagiata" previsto dallo stesso D.M. 70/2015. Ben otto ospedali pubblici andranno incontro ad un processo di riconversione, con lo scopo di ampliare l'offerta dei servizi territoriali, riabilitativi e di supporto nelle post-acuzie. Un ulterio-

re e successivo accorpamento di ospedali sarà possibile, in un secondo momento, non appena saranno completate le opere di realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri. Infatti, con queste "opere" la rete di assistenza ospedaliera sarà potenziata con ben quattro nuovi ospedali. Il provvedimento delinea chiaramente la struttura portante della nuova rete ospedaliera pugliese che potrà ancora essere ampliata con successivi e ulteriori provvedimenti attuativi destinati a regolamentare nel dettaglio le reti della emergenza-urgenza, tempo-dipendenti, per patologia e la continuità ospedale-territorio. Con lo stesso provvedimento viene anche avviato il lavoro di sistemazione della rete di assistenza territoriale, per la quale la Regione ha stanziato fondi ad hoc, destinati prioritariamente a rifunzionalizzare e potenziare i nosocomi oggetto di riconversione. I progetti finanziati con fondi FESR dovranno essere funzionali al completamento del piano di riconversione degli ospedali dismessi e saranno quindi utilizzati per la realizzazione di nuove strutture sanitarie territoriali, poliambulatori specialistici, consultori, strutture dei dipartimenti territoriali. Le direttive strategiche principali si riferiscono, in particolar modo, al sostegno degli interventi di riconversione di immobili per la realizzazione di strutture extra-ospedaliere per le cure intensive per anziani gravemente insufficienti, per le cure palliative a pazienti oncologici e malati terminali, per la riabilitazione. I progetti finanziati con i predetti fondi prevedono anche il consolidamento delle dotazioni tecnologiche dei Distretti >>

CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE (D.M. 70/2015)

PRESIDI OSPEDALIERI DI BASE	PRESIDI OSPEDALIERI DI I^ LIVELLO	PRESIDI OSPEDALIERI DI II^ LIVELLO
<p>I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva"</p>	<p>I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h.24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare)</p>	<p>I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza: Cardiologia con emodinamica interventistica h.24, Neurochirurgia, Cardiocirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale. Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale</p>

Fig. 1 Fonte: D.M. n. 70/2015

Socio Sanitari, in maniera particolare per rinforzare la specialistica ambulatoriale, la telemedicina e per migliorare l'integrazione dei servizi ospedale-territorio. L'obiettivo, almeno quello dichiarato dal Presidente della Regione Puglia, è quello di **ottimizzare** la spesa: grazie al miglior utilizzo delle risorse umane e delle strutture ospedaliere e territoriali. L'intendimento principale del legislatore regionale è quello di **riuscire finalmente** a riequilibrare il S.S.R. nel suo insieme. Infatti, così facendo, il "sistema", allo stato ancora molto ospedalocentrico, andrà incontro a una vera e propria inversione di tendenza, acquisendo, una volta per tutte, una vocazione di tipo "territoriale", decisamente più netta rispetto al passato. Il sostegno al potenziamento della sanità territoriale è **oramai una scelta improcrastinabile**, sia nell'interesse del cittadino, sia e

soprattutto perché, tale percorso, consente di ridurre la spesa sanitaria. Questione di non poco conto! Infatti, la riduzione della spesa, permetterà di investire in tecnologia sanitaria e consentirà anche di ampliare la gamma e la qualità dei servizi da "offrire" al cittadino-utente. In particolare, la rete territoriale, soddisferà le esigenze dei pazienti che presentano patologie croniche, consentendo il loro trattamento nei loro territori di residenza, differenziando in questo modo chi ha un bisogno urgente da chi invece deve essere controllato e monitorato con periodicità. Inoltre, la rete territoriale affronterà le tematiche legate all'infanzia e all'età evolutiva nei territori di residenza, sviluppando anche il ruolo di Hub dell'Ospedale "Giovanni XXIII" di Bari. La riorganizzazione della rete ospedaliera consentirà di superare le inefficienze attuali e



concentrare risorse economiche strutturali e professionali in modo più adeguato alla nuova realtà assistenziale. La riconversione della rete ospedaliera e l'efficientamento della rete territoriale dovrebbe consentire un migliore investimento delle risorse e il recupero di ragguardevoli somme (circa trenta milioni di euro), destinabili in "aree", come quella di Taranto, al fine di incrementare ulteriormente la capacità assistenziale e quella prevenzionale delle malattie oncologiche attuali e attese nell'area. La Rete dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) rappresenta il fulcro della rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali. Nei PTA saranno concentrate tutte le attività utili a contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore. I PTA ridisegnano le cure primarie realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira a organizzare una rete, consentendo l'integrazione e i collegamenti dei "punti di offerta" ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. Inoltre, i PTA sono anche, veri e propri, punti di partenza per lo sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), capaci di conseguire diversi obiettivi prioritari (Fig. 2).

un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa sempre capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano: di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare); di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile è di 15-20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'assistenza sarà garantita sulle ventiquattro ore dal personale infermieristico e dal personale di supporto adde- to all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'Ospedale di Comunità potrà essere opportunamente allocata presso presi-

PTA: OBIETTIVI PRIORITARI			
La massima efficienza erogativa (h24)	La migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali	La maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi	La maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare

Fig. 2 - Fonte: Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 145 del 16-12-2016

All'interno dei PTA potranno essere svolte le seguenti funzioni: Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure; Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale; Associazione complessa della Medicina e Pediatria di Famiglia e Continuità assistenziale; Assistenza Consultoriale e Matero Infantile; Degenza Territoriale; Salute Mentale; Dipendenze Patologiche; Riabilitazione; Emergenza Urgenza; Servizi Amministrativi. La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio Sanitario territorialmente competente. Nell'ambito della degenza territoriale è prevista anche l'attivazione degli ospedali di comunità. L'Ospedale di Comunità è una struttura con

di ospedalieri riconvertiti o presso strutture residenziali. Per l'area infermieristica le opportunità, come quelle rivenienti dalla gestione diretta degli ospedali di comunità, e le sfide, come quelle rivenienti dall'ambito dell'assistenza domiciliare, certamente non mancheranno. Ad ogni modo, sia per opportunità e sfide, sia per rendere attuabile quanto programmato dal legislatore regionale, è indispensabile affrontare il tutto in ottica multidisciplinare, anche al fine di realizzare rapidamente le opportune condizioni per l'integrazione tra le diverse strutture e i professionisti che vi operano al loro interno. Questa via, è l'unica possibile per raggiungere gli obiettivi del "riordino".

PIANO DI RIORDINO

Sistema di emergenza-urgenza territoriale

Vanessa
ROLLO



Il piano di riordino della rete ospedaliera pugliese mira ad adeguare la suddetta rete regionale ai nuovi standard prescritti a livello nazionale, secondo il D.M. 70/2015 e la

Legge di stabilità 2016. Per quanto concerne il sistema di emergenza territoriale, in base all'ultima delibera della Giunta Regionale del 30/11/2016, n. 1933, si prevedono diversi cambiamenti a livello di gestione dell'emergenza territoriale, dovuti sia alla riconversione dei P.S. in P.P.I.T. e alla chiusura di alcuni dei P.P.I.T. preesistenti, entro il 31/12/2017, sia al subentro delle automediche sul territorio e alla riconversione delle ambulanze da Mike (mezzo di soccorso con medico a bordo) ad India (mezzo di soccorso con solo infermiere a bordo).

A questi cambiamenti mirati, si aggiungeranno quelli dovuti all'effetto delle riconversioni degli ospedali. Il riordino, infatti, prevede:

- cinque ospedali di secondo livello (Ospedali riuniti di Foggia, Policlinico di Bari, Santissima Annunziata di Taranto, Perrino di Brindisi, Vito Fazzi di Lecce);
- undici ospedali di primo livello (ospedale Masselli di San Severo, Tatarella di Cerignola, Bonomo di Andria, Dimicco-

li di Barletta, Di Venere e San Paolo di Bari, ospedale della Murgia di Altamura, ospedale civile di Castellaneta, Camberlingo di Francavilla Fontana, Sacro cuore di Gallipoli, Delli Ponti di Scorrano), cui si aggiungono gli ospedali privati e classificati dotati di pronto soccorso;

- dodici ospedali di base (ospedale civile di Manfredonia, Vittorio Emanuele di Bisceglie, Umberto I di Corato, Don Tonino Bello di Molfetta, San Giacomo di Monopoli, Santa Maria degli Angeli di Putignano, Ferrari di Casarano, San Giuseppe di Copertino, Santa Caterina di Galatina, ospedale civile di Ostuni, Giannuzzi di Manduria, Valle d'Itria di Martina Franca).

L'unica parte del sistema che non subirà modifiche sarà il numero di Centrali Operative 118 le quali resteranno cinque.

La nuova rete si poggerà quindi su ospedali Hub, Spoke, Pronto Soccorso di base, postazioni 118 e Punti di Primo Intervento Territoriali. Il che, almeno sulla carta e senza tenere in considerazione fattori economici, politici, dotazioni tecnologiche e organiche, si avvicina all'organizzazione di una delle migliori realtà di sviluppo delle reti di emergenza-urgenza, vale a dire l'Emilia Romagna.

C'è una "piccola" differenza però, il nostro riordino ha, forse, guardato con fretta e distrazione le variazioni da apportare alla nostra realtà.

Per esempio, se si guarda con attenzione il cronoprogramma di riconversione dei P.P.I.T. e la presentazione delle sedi provin-



ciali P.P.I.T./Mezzi di soccorso 118 si nota come, nel primo, viene riportata la riconversione completa della postazione P.P.I.T. di Castellana Grotte entro il 31/05/2017 con postazione medicalizzata h 24, mentre nel secondo nella sede di Castellana Grotte risulta solo la presenza della postazione del mezzo "India".

Di questo però, non c'è da stupirsi, infatti è stato riportato nella stessa Delibera Regionale "...abbiamo un contesto che vede il territorio non completamente organizzato con un potenziamento della rete emergenza-urgenza ancora da definire con dei protocolli tra le centrali operative 118 e il dipartimento regionale interaziendale 118". Alla prova dei fatti, inoltre, per quanto riguarda la questione "territorio" e la sua organizzazione, la nostra Regione è ancora in "alto mare". A parte le incongruenze che si possono notare, se le

“Un trattamento efficace sul territorio comporta una minore ospedalizzazione”

riconversioni delle postazioni non verranno precedute dalla definizione dei protocolli operativi l'assistenza sul territorio sarà in "balia delle onde" e di conseguenza le criticità si riverteranno sull'utenza che ricorre al servizio di emergenza-urgenza territoriale SET 118. L'esatto opposto della mission delle strutture dedicate all'urgenza-emer-

genza: "riduzione delle morti e delle gravi disabilità evitabili conseguenti a situazioni di emergenza sanitaria".

Inoltre, non è di poco conto anche l'aspetto economico.

Infatti, è ampiamente dimostrato che un trattamento efficace sul territorio comporta una minore ospedalizzazione, che si traduce materialmente, in una riduzione dei costi sanitari, in sostanza l'obiettivo regionale.

Perché si presta così poca attenzione al territorio?

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 2016
- 3) Bilancio di previsione 2017

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI BAT sita in Via Margherita di Borbogna, 74 Trani in prima convocazione alle ore 19,00 del 22/04/2017 ed in seconda convocazione alle ore 10,00 del 29/04/2017 presso Casa di Riposo "San Giuseppe" R.S.S.A. Via Santa Lucia 29/C - Canosa di Puglia. 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 *Michele Ragnatela*

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

IL SOTTOSCRITTO _____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI DAL

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2017

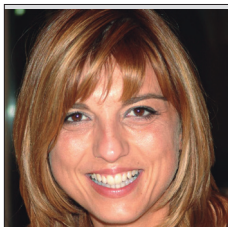
DATA _____

FIRMA _____



CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO E CURE INTERMEDIE

Elena
GUGLIELMI



Le cure intermedie, la cui origine risale ai primi anni novanta, racchiudono elementi assai eterogenei fra di loro. In linea di massima, è possibile affermare, che esse sono rap-

presentante da quelle cure di cui le persone fruiscono una volta dimesse dall'ospedale e prima del rientro al "domicilio".

Il paziente che fruisce di queste cure è in situazione di malattia, ma non necessita del ricovero ospedaliero e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio.

Le cure intermedie possono fornire prestazioni anche a soggetti di provenienza "territoriale". Grazie ad esse, è possibile evitare l'ospedalizzazione. Il principale obiettivo è la riduzione della "low care" ospedaliera da una parte, e dall'altra il contenimento degli accessi al Pronto Soccorso di pazienti che hanno riacutizzazioni di stati patologici cronici. Detta concezione delle cure intermedie promuove sempre di più l'avvicinamento delle persone, con peculiari bisogni di salute, al proprio abituale ambiente di vita, nelle migliori condizioni di autonomia, che ricevono opportune cure in ambiente extra-ospedaliero.

Le cure intermedie raffigurano una vasta e svariata gamma di prestazioni finalizzate a

colmare la domanda di continuità e integrazione tra ospedale e territorio.

Bisogna prima di tutto sottolineare come, la riorganizzazione della rete di "offerta" ospedaliera e territoriale, continuano a rappresentare il principale stimolo alla formulazione di servizi di natura "intermedia" per garantire la connessione e integrazione tra le due filiere.

A questo bisogna aggiungere come l'invecchiamento della popolazione e l'emergenza della fragilità connessa alle condizioni croniche, una sorta di epidemia della cronicità, ha riportato l'attenzione sul presidio dei servizi per la stabilizzazione e il recupero funzionale del paziente che sempre più si collocano in un spazio di confusione e sovrapposizione tra le diverse soluzioni definite come post acuzie e le cure intermedie, laddove presenti.

È importante sottolineare che le scelte di "presa in carico" per la stabilizzazione, in questo momento, risultano determinate dall'offerta piuttosto che dalla domanda e dal bisogno assistenziale.

Attualmente, il quadro nazionale presenta tre orientamenti verso le cure intermedie: ci sono Regioni che hanno avviato politiche esplicite e organizzato modelli specifici di offerta; altre con esperienze aziendali avanzate o in sviluppo o con interventi su alcuni target specifici (ad esempio gli stati vegetativi) che ad ogni modo potrebbero rappresentare modelli per future elaborazioni sulle cure intermedie.

Ecco alcuni elementi peculiari delle cure intermedie (Fig. 1): ci sono casi dove le cure



ELEMENTI PECULIARI DELLE CURE INTERMEDIE				
DESTINATARI	PROGRAMMA INDIVIDUALE	NATURA	TEMPI	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO
<p>Le cure intermedie si riferiscono alle popolazioni poli-patologiche e fragili, aspecifiche sul piano patologico ma con un quadro di bisogni assistenziali definito.</p> <p>Le cure intermedie hanno rimesso in luce il tema della convalida del malato in uscita dall'ospedale.</p>	<p>L'attivazione delle cure intermedie si basa sulla definizione di un progetto individuale di recupero funzionale -PAI/altro-, proprio perché il ricorso alle cure intermedie è indirizzato dalla prognosi e non dalla diagnosi.</p>	<p>Le cure intermedie hanno una doppia natura, oltre ai servizi sanitari vengono infatti organizzate altre attività a supporto del paziente e della famiglia, promuovendo modelli orientati verso la centralità del paziente.</p>	<p>Le cure intermedie sono definite da tempi massimi di degenza in funzione del profilo di bisogno sanitario e sociale e dalla prognosi in uscita, pertanto, sono sempre temporanee.</p> <p>Infatti, la temporaneità esplicita la funzione di transizione di questi servizi, che traghettano il paziente dall'ospedale al domicilio; oppure organizzano interventi clinico-assistenziali per ripristinare condizioni di autonomia dal domicilio, evitando accessi ospedalieri inappropriati o addirittura l'istituzionalizzazione dei pazienti.</p>	<p>Le cure intermedie prevedono sempre l'attivazione di équipe multidisciplinari e interprofessionali, dalla formulazione della prognosi e del progetto individuale alla presa in carico. Questo alimenta la necessità di concentrare competenze e risorse in luoghi di erogazione specifici capaci di sviluppare grandi interdipendenze all'interno di tutta la filiera di offerta. A supporto del governo delle interdipendenze operative tra ospedale e territorio, infatti, sempre più le cure intermedie utilizzano il supporto di apposite strutture che consentono di organizzare i fabbisogni logistici intorno al malato sulla base del progetto individuale.</p>

Fig. 1

intermedie si rivolgono alle popolazioni poli-patologiche e fragili, aspecifiche sul piano patologico ma con un quadro di bisogni assistenziali definito (emerge il tema della convalida del malato in uscita dall'ospedale); l'attivazione delle cure intermedie si basa sulla definizione di un progetto individuale di recupero funzionale -PAI/altro-, proprio perché il ricorso alle cure intermedie è indirizzato dalla prognosi e non dalla diagnosi; hanno una doppia natura, oltre ai servizi sanitari vengono infatti organizzate altre attività a supporto del paziente e della famiglia (promozione dei modelli orientati verso la centralità del paziente); sono definite da tempi massimi di degenza in funzione del profilo di bisogno sanitario e sociale e dalla prognosi in uscita, pertanto, sono sempre temporanee (la temporaneità esplicita la funzione di transizione di questi servizi, che hanno lo scopo di traghettare il paziente dall'ospedale al domicilio; oppure predispongono interventi clinico-assistenziali per ripristinare con-

dizioni di autonomia dal domicilio, evitando accessi ospedalieri inappropriati o addirittura l'istituzionalizzazione dei pazienti); prevedono sempre l'attivazione di équipe multidisciplinari e interprofessionali, dalla formulazione della prognosi e del progetto individuale alla presa in carico (ciò alimenta la necessità di concentrare competenze e risorse in luoghi di erogazione specifici capaci di sviluppare grandi interdipendenze all'interno di tutta la filiera di offerta). A supporto del governo delle interdipendenze operative tra ospedale e territorio, infatti, sempre più le cure intermedie utilizzano il supporto di apposite strutture che consentono di organizzare i fabbisogni logistici intorno al malato sulla base del progetto individuale.

Se sino a qualche anno fa il "core" delle cure intermedie era sbilanciato nell'area di intervento dei servizi territoriali, oggi, sempre più, si va verso un riposizionamento di queste progettualità tra ospedale e territorio. Infatti, la distinzione dei confini tra le





cure primarie e intermedie, di secondo e terzo livello risulta sempre meno netta e marcata.

Il confronto, ancora in atto, evidenzia una visione omogenea e condivisa su strutture come le Case della Salute. Inoltre, è possibile distinguere la lungodegenza, riabilitazione, cure intermedie e residenzialità per anziani solo in presenza di definizioni normative, in cui si esplicitano target, professionisti, carico assistenziale, tempi di degenza e requisiti.

L'evoluzione delle cure intermedie segnala quindi il superamento della visione retorica che relegava la gestione delle condizioni croniche al territorio e di quelle acute all'ospedale. Le cure intermedie oggi colmano, sempre più, l'ampio bisogno assistenziale delle cronicità, mostrando piuttosto il rischio di diventare una soluzione unica al "fallimento" tanto della riorganizzazione dell'ospedale quanto dei servizi territoriali. Le cure intermedie, infatti, risultano sempre più centrali in quelle riconfigurazioni istituzionali delle aziende sanitarie che sembrano spingere verso forme di integrazione verticale e i modelli di presa in carico intercettano globalmente i processi erogativi dalla diagnosi al follow-up.

Ed è in questa duplice tensione che le cure intermedie diventano il segmento in cui si scaricano alcune tensioni dello storico modello bipolare. Il dibattito e la definizione delle configurazioni di servizio delle cure intermedie, in una logica di qualità ed efficace, è quindi aperto ed iniziale a livello nazionale e risulta un percorso forzato di riflessione e sperimentazione dei prossimi anni, a cavallo e in sinergia alla riorganizzazione dei modelli di presa in carico ospedalieri e territoriali, sanitari e sociosanitari. Il confronto con alcune esperienze a livello europeo evidenziano diversi margini di miglioramento. In primis, la natura del setting, ovvero il fatto che le cure intermedie in Italia sono esclusivamente posti letto, soluzioni di degenza extra-ospedaliera, mentre negli altri Paesi europei, le cure intermedie, stanno evolvendo verso formule di assistenza intensiva al domicilio.

Per quanto riguarda la composizione professionale e l'organizzazione del lavoro di questi servizi, nelle esperienze censite, risulta centrale la figura del case manager

infermieristico come una sorta di "cabina di regia" del percorso personalizzato e nella costruzione della continuità con gli altri professionisti della rete, tra cui il MMG (quale referente clinico e gli altri specialisti). Si tratta di un modello che rimette in discussione le relazioni tra le professioni sanitarie e classe medica.

La risoluzione di eventuali conflitti sembra quindi risolversi a monte, nei modelli di servizio piuttosto che nel dibattito disciplinare. Un ulteriore elemento di critica è la definizione del target, fondamentale per garantire gli standard di qualità assistenziale erogata: la mancata previsione di un sistema di qualità sui risultati assistenziali deriva in parte dall'eterogeneità dei profili che oggi entrano nelle cure intermedie. Un esempio, può essere quello della grande assenza della salute mentale e della psichiatria, presenti solo nel modello Piemontese (sono previsti P.L. intermedi dedicati alla riabilitazione psichiatrica che derivano dalla riconversione della disponibilità d'offerta preesistente).

Non da ultimo, la mancata esplicitazione del target, in questa fase storica, apre una questione non discussa apertamente sulla sostenibilità delle cure intermedie, nella mediazione tra carico e intensità assistenziale e tetto di spesa della tariffa nazionale extra-ospedaliera.

Anche in questo senso, il confronto con le esperienze europee mostra come la sostenibilità nel lungo periodo delle cure intermedie sia controbilanciata da un graduale spostamento al domicilio di questi servizi. I nuovi modelli organizzativi sanitari ispirati al Piano Sanitario Nazionale, confermati dai numerosi provvedimenti legislativi regionali, promuovono l'attivazione di una rete territorio ospedale con al centro il paziente.

Questi cambiamenti, come già detto, non possono prescindere dalla presenza della figura del case manager infermieristico, proprio per la sua peculiare caratteristica che è quella della presa a carico del paziente e la sua costante supervisione.

Il case management si sposa egregiamente con la figura infermieristica che per profilo, competenza, conoscenza e abilità può sostenere egregiamente questa complessa funzione.



CADERE IN OSPEDALE

Sperimentazione di una nuova metodica per la riduzione del rischio

Eugenia
PETRUZZELLI



Nonostante quello delle cadute sia un tema già largamente discusso, i dati dei più recenti studi suggeriscono che questo è un problema che ancora persiste nelle strutture

sanitarie, sebbene non manchino protocolli, linee guida e raccomandazioni a livello nazionale ed internazionale.

La caduta è definita come “un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica”.

Dal quinto Rapporto sugli eventi sentinella del 2015, pubblicato dal Ministero della Salute, emerge che l'evento più segnalato (24,6%) è appunto la “morte o grave danno per caduta di paziente”.

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona come ad es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione.

Si rileva come nel 92% dei casi, le cadute

siano determinate da problemi organizzativi per carenza strutturale o di “cattiva gestione” del paziente da parte del personale sanitario.

L'evento caduta può causare danni fisici più o meno gravi, danni psicologici dati dalla paura di cadere nuovamente, e ripercussioni a livello dell'assistenza sanitaria, dal momento che i costi sostenuti per le cure, l'assistenza e la riabilitazione sono ingenti. Grazie ad uno studio condotto, tra ottobre 2015 e agosto 2016, è emersa la validità dello strumento “braccialetto” di segnalazione del rischio per ridurre le possibilità di caduta del paziente ospedalizzato.

Ciò permette al personale sanitario di identificare immediatamente i pazienti ad alto rischio di caduta e mettere in atto una strategia di prevenzione personalizzata in base ai fattori di rischio dei singoli pazienti. Nello studio è stato coinvolto un campione di 168 pazienti (73 donne e 95 uomini) di età compresa tra i 30 e i 96 anni.

A Tempo Zero (T0) è stato valutato il rischio dei pazienti attraverso la scheda di Conley e applicato:

- Il braccialetto rosso a 86 pazienti con un punteggio ≥ 3 (ad alto rischio);
 - Il braccialetto bianco a 82 pazienti con un punteggio da 0 a 2 (a basso rischio).
- Sul braccialetto sono state riportate le iniziali di nome e cognome del paziente e l'unità operativa di appartenenza.

Dai dati è emerso che esiste una relazione statisticamente significativa tra il colore del braccialetto e il punteggio Conley.



Attraverso un questionario autoprodotta sono stati indagati ulteriori fattori di rischio non previsti nella scheda di Conley.

Il questionario è composto da nove sezioni: fattori altamente predittivi, farmaci, incontinenza e problemi intestinali, perdita sensoriale, patologie croniche, mobilità, Mini Mental Scale, piedi e calzature, valutazione ambientale. In seguito alla valutazione a T0, si è agito sui fattori di rischio che era possibile modificare: rimuovere ostacoli ambientali, quali tappeti, mobili d'intralcio, pavimento scivoloso; educare il paziente al corretto utilizzo di ausili e ad una corretta mobilizzazione, attenuazione del dolore e di eventuali lesioni o edemi agli arti inferiori, rendere facilmente accessibile il campanello di chiamata, valutare l'adeguatezza delle calzature, educare il paziente a non camminare scalzo, garantire un'altezza adeguata del letto, esortare il paziente all'utilizzo di protesi acustiche ed occhiali in caso di deficit di vista o udito, limitare, quando possibile, l'assunzione di lassativi e diuretici. A Tempo Uno (T1), dopo sette giorni, tutti i fattori di rischio sono stati rivalutati, compreso il punteggio di Conley. Dai dati emerge, a T1, una riduzione del rischio per tutte le sezioni del questionario e si evidenzia un aumento della media del

punteggio di Conley per i pazienti in possesso del braccialetto bianco; al contrario la media dei pazienti in possesso del braccialetto rosso si è ridotta.

Di conseguenza, in base ai risultati della scheda di Conley a T1, 129 pazienti risultano a basso rischio di caduta e 39 pazienti ad alto rischio.

L'utilizzo di uno strumento di segnalazione del paziente ad alto rischio di caduta, ha dunque indotto una maggior attenzione da parte del personale sanitario, che ha messo in atto tutte le strategie preventive adeguate per una significativa riduzione del rischio.

Essendo la caduta un evento sentinella, la riflessione deve riguardare non tanto il numero, quanto le cause ad essa correlate, poiché quando non vi è coscienza del problema e cultura relativa al fenomeno, non vi è neanche la necessità di valutarlo, prevenirlo o segnalarlo.

Solo attraverso l'implementazione di strategie preventive multifattoriali che tengano conto dell'inquadramento dei fattori di rischio, di interventi di prevenzione/protezione multipli, mirati e specifici, dell'addestramento del personale sanitario, sarà possibile una gestione più efficace di tale problema che può avere una valenza fortemente negativa sulla qualità dell'assistenza.

ASSOCIAZIONE PROVINCIALE C.N.A.I. BAT

Si è costituita ufficialmente in data 18 Febbraio 2017 l'Associazione Provinciale CNAI BAT.

“Sono orgoglioso di intraprendere il cammino di rappresentanza della nuova Associazione e sono fortemente convinto che dispensare conoscenza e creare i presupposti per una crescita professionale degli infermieri, in questo periodo storico, siano la pietra miliare per germogliare e portare la figura fuori dal buio sociale. Le sfide, tanto dello scrivente quanto di tutto il CdA dell'Associazione Provinciale CNAI BAT, sono quelle di ri-ri-summare la figura infermieristica - troppo spesso rimasta nell'ombra - con impegno e costanza, dispensando il sapere, saper essere, saper fare e saper divenire dei professionisti sanitari infermieri nei tessuti sociali a 360°, conglobando nei piani di formazione, informazione, ricerca e prevenzione la cittadinanza e gli altri professionisti sanitari in regime di cooperazione attiva, costruttiva e propositiva, residenziale e non residenziale”.

La promozione del progresso tecnologico e l'incentivazione della Mission dei percorsi di crescita nei nuovi scenari socio-sanitari rendono il progetto ambizioso molto arduo. Siamo fiduciosi in una futura, reale, proficua, professionale e socialmente utile collaborazione con le altre realtà CNAI Provinciali, regionali ed interregionali.



Il presidente
CALABRESE Michele

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*

PATOLOGIA PER IL LAVORATORE, VALUTARE LE RIPERCUSSIONI SULLE POSSIBILI OCCUPAZIONI

La semplice e generica riduzione della capacità lavorativa? Cos'è e cosa significa. Problema fisico serio per un ex carpentiere. In ballo l'assegno di invalidità, visto il nesso tra la patologia sofferta e l'attività professionale svolta. Necessario, però, prima valutare ad ampio raggio le ripercussioni sulle prospettive lavorative (Cassazione, ordinanza n. 6362, sez. VI Civile Lavoro, depositata il 10 marzo 2017). Che cos'è la riduzione della capacità lavorativa? Decisiva in appello la relazione del consulente medico. Essa spinge i Giudici ad accogliere la domanda di un ex carpentiere, riconoscendone il diritto a «percepire l'assegno ordinario di invalidità». Ciò alla luce della «incidenza invalidante» della patologia che ha colpito il lavoratore. In Cassazione, però, alla luce delle obiezioni mosse dall'INPS, la lettura non è ritenuta semplice e scontata. Insufficiente, in sostanza, il richiamo, utilizzato in appello, alle conseguenze della patologia sulla «funzionalità dei principali apparati» dell'uomo «in rapporto all'attività lavorativa espletata». Necessario, invece, un approfondimento, cioè una valutazione complessiva del problema fisico lamentato dal lavoratore, con riferimento «alla sua incidenza sull'attività svolta in precedenza» e «su ogni altra attività» che possa essere svolta, «in relazione ad età, capacità ed esperienza», senza esporre «ad ulteriore danno la salute». Quindi, il criterio di riferimento non è «la riduzione della generica capacità lavorativa», bensì «la riduzione della capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle attitudini» della persona, su cui dovrà essere realizzato un nuovo esame in appello.

LA GIUSTA CAUSA DEL LICENZIAMENTO VA DETERMINATA IN CONCRETO

La valutazione della giusta causa del licenziamento impone una valutazione parametrata a clausole generali di contenuto elastico ed indeterminato che richiedono, nel momento dell'applicazione giudiziale, di essere integrate e colmate grazie all'intervento dell'interprete mediante valutazioni e giudizi di valore desumibili dalla coscienza sociale, dal costume, dall'ordinamento giuridico o, ancora, dalle regole di specifici

ambiti sociali o professionali. Alla sentenza con cui il Tribunale di Taranto dichiarava l'illegittimità del licenziamento intimato ad un lavoratore per l'assenza di giusta causa, seguiva un secondo licenziamento per superamento del periodo di comporto. La Corte d'appello adita dalla società confermava la prima decisione del Tribunale e rigettava la domanda del lavoratore relativa all'illegittimità del secondo licenziamento. Il ricorrente si duole della violazione degli artt. 1175e 1375 c.c. in quanto nella valutazione del comportamento della controparte nel secondo licenziamento il giudice non avrebbe tenuto in considerazione i principi di correttezza e buona fede nel rapporto contrattuale di lavoro. La Corte di Cassazione accoglie la censura sottolineando che la giusta causa del licenziamento è una nozione che si colloca in una posizione caratterizzata dalla presenza di elementi normativi e clausole generali di contenuto elastico ed indeterminato che richiedono, nel momento dell'applicazione giudiziale, di essere integrate e colmate «sia sul piano della quaestio facti che della quaestio iuris», grazie all'intervento dell'interprete mediante valutazioni e giudizi di valore desumibili dalla coscienza sociale, dal costume, dall'ordinamento giuridico o ancora dalle regole di specifici ambiti sociali o professionali, in modo da individuare la soluzione più conforme al diritto, «oltre che più ragionevole e consona». Si tratta di specificazioni del parametro normativo dotate di natura giuridica, la cui disapplicazione può dunque essere dedotta in sede di legittimità come violazione di legge. Da tali premesse, discende che le censure del ricorrente sono fondate in quanto la Corte meneghina non ha dato adeguata rilevanza al fatto che il datore di lavoro, prendendo in considerazione la certificazione medica presentata dal lavoratore solo dopo la notifica del ricorso con cui era stato impugnato il licenziamento, era venuto meno al dovere di osservanza degli obblighi di correttezza e buona fede.

IL LICENZIAMENTO PER GIUSTIFICATO MOTIVO OGGETTIVO DOPO LA LEGGE FORNERO: NUOVE PROCEDURE, NUOVE SANZIONI

La legge 92/2012 sul mercato del lavoro è intervenuta su vari aspetti del diritto del lavoro ed ha modificato sostanzialmente la precedente disci-



CCXXV



plina in materia di licenziamenti. Con le note che seguono cercheremo di descrivere le modifiche apportate alla regolamentazione del licenziamento individuale per giustificato motivo oggettivo. Tale normativa non ha fatto altro che rendere ancor più intricata e complessa la fattispecie. Il licenziamento individuale per giustificato motivo oggettivo. In base alle interpretazioni fornite dalla dottrina e dalla giurisprudenza di quanto affermato dall'art. 3 della Legge 604/1966, il licenziamento per giustificato motivo oggettivo è quello determinato da "ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro e al regolare funzionamento di essa". Quali sono in concreto tali ragioni? In base alle pronunzie giurisprudenziali, le ragioni che legittimano il licenziamento individuale per giustificato motivo obiettivo sono riconducibili o a specifiche esigenze aziendali che impongono la soppressione del posto di lavoro (c.d. esigenze obiettive d'impresa) oppure da comportamenti o situazioni facenti capo al prestatore di lavoro, purché costituiscano una ragione di risoluzione del rapporto. Tra le prime, rientrano le soppressioni di posti di lavoro a causa di innovazioni tecnologiche (ad esempio, l'introduzione di sistemi di erogazione di banconote automatici, come il bancomat), oppure a causa di riassetto organizzativi (ad esempio, la decisione di passare da una rete di vendita diretta ad una indiretta, affidandosi ad agenti), oppure per una riorganizzazione dovuta alla necessità di contenere i costi aziendali (ad esempio, rinunciando ad avere un responsabile del personale affidando ad altre funzioni aziendali esistenti i suoi compiti e mansioni). Tra le seconde si fanno rientrare invece quei comportamenti o situazioni del lavoratore, pur incolpevole sotto il profilo giuslavoristico, che non gli consentano di adempiere ai suoi obblighi contrattuali (ad esempio, perché la sua assenza per malattia abbia superati i limiti di tempo previsti dalla contrattazione collettiva, oppure per sopraggiunta inidoneità allo svolgimento delle mansioni). Con la Legge n. 92/2012 (c.d. Legge Fornero), il legislatore ha ritenuto opportuno prevedere che, nel caso di licenziamenti individuali per giustificato motivo oggettivo, il datore di lavoro che abbia alle proprie dipendenze più di quindici lavoratori nella stessa unità produttiva o nello stesso Comune o comunque più di sessanta complessivamente, debba seguire una

specifico procedura. Tale procedura, indicata nel nuovo testo dell'art. 7 della Legge 604/1966, prevede che: a) il datore di lavoro che ritenga di trovarsi in una delle situazioni che rendono necessario per motivi oggettivi il licenziamento di un lavoratore, prima di formalizzare il recesso dal contratto di lavoro, deve inviare alla Direzione territoriale del lavoro del luogo dove il lavoratore presta la sua opera, e, per conoscenza, al lavoratore, una comunicazione in forma scritta in cui siano indicati l'intenzione di procedere al licenziamento per motivo oggettivo, gli specifici motivi alla base del licenziamento, le eventuali misure di assistenza alla ricollocazione del lavoratore interessato. b) la Direzione territoriale del lavoro deve convocare il datore di lavoro e il lavoratore per un incontro, che consiste sostanzialmente in un tentativo di conciliazione; c) l'incontro dovrà svolgersi e concludersi entro venti giorni (di calendario) dal momento in cui la Direzione territoriale del lavoro ha trasmesso la convocazione (salvo, naturalmente, che le parti non ritengano, di comune accordo, di proseguire i contatti nel tentativo di raggiungere un accordo). d) al termine dei venti giorni, se non si è trovato un accordo, il datore di lavoro potrà comunicare il licenziamento al lavoratore nel rispetto di alcune condizioni quali la forma scritta, la specificazione dei motivi che lo hanno determinato. Una volta correttamente comunicato il licenziamento, il lavoratore ha il diritto di impugnarlo, facendo pervenire al datore di lavoro, a pena di decadenza, una comunicazione entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione del licenziamento, in cui sia resa nota la propria volontà di impugnare il licenziamento in via giudiziaria, effettuando il deposito di ricorso al giudice del lavoro sotto pena di inefficacia dell'impugnazione entro il termine di centottanta giorni dalla data dell'impugnazione. Effetti dell'illegittimità del licenziamento per giustificato motivo oggettivo. Nel caso in cui il giudice rilevi l'illegittimità del licenziamento, le conseguenze indicate dall'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, sono diverse in funzione dei motivi di tale illegittimità. Si può ottenere nei casi di illegittimità dovuti a motivo discriminatorio, (indipendentemente dal motivo formalmente addotto e quale che sia il numero dei dipendenti occupati dal datore di lavoro e quale che sia la qualifica del lavoratore) la nullità del licenziamento; in



caso di mancanza della forma scritta il licenziamento intimato oralmente è inefficace; aver contratto matrimonio: ove il giudice abbia ritenuto che il licenziamento sia stato intimato perché la lavoratrice ha contratto matrimonio, ne dichiara la nullità se intimato nel periodo intercorrente dal giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio a un anno dopo la celebrazione stessa; maternità/paternità: se il licenziamento è stato intimato dall'inizio del periodo di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, è nullo; motivo illecito: se datore di lavoro e lavoratore si sono accordati per procedere al licenziamento esclusivamente per un motivo illecito comune ad entrambi, il licenziamento è nullo. Il datore di lavoro sarà condannato a reintegrare il lavoratore nel posto di lavoro, risarcire al lavoratore il danno subito e fissato in un'indennità commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto maturata dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotte le eventuali somme percepite dal lavoratore durante il periodo di estromissione per lo svolgimento di altre attività lavorative) e comunque non inferiore a cinque mensilità della retribuzione globale di fatto, versare i contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata. Nei seguenti casi di illegittimità dovuti a mancanza o carenza di motivazione riscontrata nella comunicazione preventiva e nella lettera di licenziamento, ma si ritiene peraltro successivamente dimostrata dal datore di lavoro, mancato od incompleto rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 della Legge 15 luglio 1966, n. 604 il giudice dichiara risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condanna il datore di lavoro al pagamento di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata, in relazione alla gravità della violazione formale o procedurale commessa dal datore di lavoro, tra un minimo di sei e un massimo di dodici

mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto. c) Nel caso di riscontrato difetto di giustificazione (in aggiunta alla mancanza o carenza di motivazione): il giudice disporrà l'annullamento del licenziamento e la condanna del datore di lavoro alla reintegrazione nel posto di lavoro, al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) e comunque non superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto, al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (maggiorati degli interessi nella misura legale ma senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione) con deduzione dei contributi accreditati al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative durante il periodo di estromissione. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

IL COLLOCAMENTO IN DISPONIBILITÀ DEVE ESSERE PRECEDUTO DA OGNI TENTATIVO POSSIBILE DI REPECHAGE

La disciplina delle eccedenze di personale inferiori alle 10 unità impone alla P.A. l'obbligo di far precedere il collocamento in disponibilità da ogni possibile tentativo di repechage dei lavoratori in esubero, pure al di sotto della soglia numerica di 10 unità. Così ha deciso la Suprema Corte con sentenza n. 5543/17 depositata il 6 marzo. La Corte d'appello di Brescia, confermava la sentenza di primo grado con cui veniva sancita la legittimità della dequalificazione subita dal lavoratore, e dell'insindacabilità della scelta datoriale di sopprimere tutte le posizioni dirigenziali presso l'APT, mai impugnata dal lavoro

CCXXVII





ratore, che ne legittimava la ricollocazione nella posizione professionale e nel livello retributivo inferiori, alla luce delle disposizioni contenute nell'art. 33 d.lgs. n. 165/2001 e nella l.n. 223/1991. L'Amministrazione non aveva, infatti, altra scelta se non quella di proporre al lavoratore la modifica in peius delle mansioni come alternativa al licenziamento, scelta da ritenersi, secondo la Corte d'appello, legittima, in quanto disposta con il consenso del lavoratore.

L'ex dirigente propone ricorso per cassazione deducendo la violazione dell'art. 33 d.lgs. n. 165/2001 poiché essendo le eccedenze in questione inferiori a 10 unità, il personale in esubero sarebbe potuto essere solo collocato in disponibilità. Inoltre, aggiunge il ricorrente, una volta acquisito lo status di dirigente pubblico, non è consentita l'attribuzione di mansioni proprie di una diversa categoria. La Provincia di Cremona resiste con controricorso.

Cosa sono il collocamento in disponibilità e l'obbligo di *repechage* nella Pubblica Amministrazione. La Corte ritiene che i motivi sollevati dal ricorrente siano infondati. La disciplina delle eccedenze di personale inferiori alle 10 unità, «imponesse alla P.A. l'obbligo di far precedere il collocamento in disponibilità da ogni possibile tentativo di *repechage* dei lavoratori in esubero, pure al di sotto della soglia numerica di 10 unità». Infatti, sostiene la Cassazione, l'ampia dizione dell'art. 33, comma 7, d.lgs. n. 165/2001, «personale che non sia possibile collocare diversamente», sancisce chiaramente ed inequivocabilmente, diversamente da quanto sostiene il ricorrente, «l'obbligo della P.A. di tentare ogni possibile riutilizzazione di tale personale prima del collocamento in disponibilità, attraverso qualunque forma utile a raggiungere l'obiettivo e, dunque, anche mediante il ricorso alle tipologie di utilizzazione cui è possibile addivenire mediante accordo nel corso della procedura di mobilità collettiva». Inoltre, proseguono gli Ermellini, non è rinvenibile alcuna deroga a tale disciplina nella contrattazione collettiva relativa all'Area della dirigenza del comparto regioni e autonomie locali vigente al tempo della sottoscrizione del patto di demansionamento, stipulato nel giugno del 2001. Pertanto, ritenendo la pattuizione intervenuta tra l'Amministrazione e il ricorrente legittima, la Cassazione rigetta il ricorso e condanna quest'ultimo al pagamento delle spese processuali.

POSSESSO DI DOCUMENTI AZIENDALI E LEGITTIMITÀ DEL LICENZIAMENTO

Un lavoratore proponeva ricorso per contestare la legittimità del licenziamento, disposto dal datore di lavoro per possesso e abusiva acquisizione di documenti aziendali, chiedendo la reintegrazione nel posto di lavoro, oltre al risarcimento del danno. Soccombente in primo grado, anche la Corte di Appello riteneva che il licenziamento fosse proporzionato alla gravità dei fatti contestati, perché il ricorrente rivestiva un ruolo delicato all'interno della società e la sua condotta ledeva il vincolo fiduciario, essendo evidente la violazione dell'art. 2105 c.c.

Soccombente, il lavoratore proponeva ricorso per Cassazione, ritenendo, tra gli altri motivi, che la violazione del dovere di fedeltà è configurabile laddove le notizie riservate vengono diffuse all'esterno dell'azienda e non quando vi sia solo una mera acquisizione di notizie: la Cassazione respinge la domanda del ricorrente. Specifica la Corte che il contenuto dell'art. 2105 c.c. è più ampio rispetto a quello risultante dal testo stesso, dovendo essere integrato con i generali principi di correttezza e buona fede ex artt. 1175 e 1375 c.c.

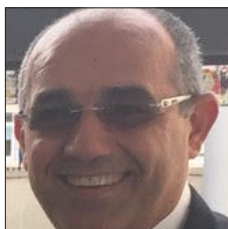
Di conseguenza, il mero possesso di documenti aziendali riservati, anche qualora la divulgazione non avvenga, configura violazione del dovere di fedeltà. Mediante la previsione di cui alla L. n. 638/1983, articolo 5, si è imposto al lavoratore un comportamento (e cioè la reperibilità nel domicilio durante prestabilite ore della giornata) che è, ad un tempo, un onere all'interno del rapporto assicurativo ed un obbligo accessorio alla prestazione principale del rapporto di lavoro, ma il cui contenuto resta, in ogni caso, la "reperibilità" in sé. Con la conseguenza che l'irrogazione della sanzione può essere evitata soltanto con la prova, il cui onere grava sul lavoratore, di un ragionevole impedimento all'osservanza del comportamento dovuto e non anche con quella della effettività della malattia, la quale resta irrilevante rispetto allo scopo (che la legge ha inteso concretamente assicurare) dell'assolvimento tempestivo ed efficace dei controlli della stessa da parte delle strutture pubbliche competenti, siano esse attivate dall'ente di previdenza ovvero dal datore di lavoro ai sensi della L. 20 maggio 1970, n. 300, articolo 5.



LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA DEGLI INFERMIERI

I risultati dello studio RN4CAST

Vincenzo
D'ADDABO



Il progressivo invecchiamento della popolazione determina l'aumento persistente della richiesta di servizi sanitari e personale infermieristico, tuttavia i dati dimostrano come la disponibilità d'infermieri sia in costante diminuzione in tutto il mondo (Buchan & Aiken, 2008; Simons, Villeneuve, 2005).

Alcuni studi confermano l'impat-

to positivo in termini di esiti e sicurezza del paziente in rapporto al numero d'infermieri presenti in reparto (staffing) e al numero d'infermieri con formazione universitaria (Kirwan, Matthews, & Scott, 2013). Inoltre, il coinvolgimento degli infermieri nel processo decisionale e il lavoro in equipe interdisciplinare sono variabili associate con un ambiente di lavoro positivo (Van Bogaert, Kowalski, Weeks, Van Heusden, & Clarke, 2013). Sulla base di questi risultati alcuni autori hanno commentato come non sia più eticamente corretto esporre al rischio di morte i pazienti ospedalizzati per cause imputabili a quantità e qualità degli organi-

ci (Nickitas, 2014). In Italia non erano mai stati condotti studi analoghi finalizzati a valutare l'impatto degli organici infermieristici su sicurezza del paziente e qualità delle cure erogate. Per questo motivo si è deciso di intraprendere questo progetto (Sasso, 2015) a cui hanno partecipato aziende sanitarie di 13 regioni, con un tasso di adesione medio tra gli infermieri dell'82,80% (min 49,60%, max 100%) e del 78,34% tra i pazienti (min 47,75%, max 100%); tasso calcolato sulle aziende che hanno dichiarato il numero di infermieri e di pazienti eleggibili per le rispettive survey (Sasso, 2016).

SURVEY INFERMIERI

La survey infermieri è composta da varie sezioni, ognuna delle quali indaga un aspetto specifico: livelli di staffing; caratteristiche del campione; soddisfazione lavorativa; intenzione di lasciare l'ospedale; burnout; ambiente lavorativo; qualità e Sicurezza; nursing Sensitive Outcome; cure mancate; soddisfazione lavorativa.

La soddisfazione lavorativa degli infermieri è ampiamente descritta nella letteratura internazionale, come dimostra la revisione Job satisfaction among nurses: a literature review (Hong Lu, 2004). È importante conoscere e descrivere quali siano i fattori che vanno a incidere direttamente o indirettamente sulla soddisfazione lavorativa. La soddisfazione lavorativa è stata descritta come la corrispondenza tra le aspettative personali verso il lavoro e la realtà lavorativa (McKenna, 2000). Pertanto, sono molteplici i fattori che incidono su questa dimensione rispetto alla percezione del proprio





agire professionale; all'interno dello studio RN4CAST ne sono stati indagati alcuni tra quelli ritenuti più rilevanti (Coomber, 2006).

Intenzione di lasciare l'ospedale

L'intenzione degli infermieri di lasciare il loro lavoro è stata ampiamente studiata, così come sono stati indagati i fattori predittivi di questa scelta, come organizzazione, carico di lavoro, burnout, qualità delle

nell'anno seguente a causa dell'insoddisfazione lavorativa è pari a 44 anni e il 52,7% dei rispondenti ha una formazione universitaria. La tabella oltre ad indicare la percentuale di infermieri che dichiara l'intenzione di lasciare l'ospedale a causa dell'insoddisfazione sul lavoro, riporta i risultati stratificati per fasce di anzianità di servizio.

Ambiente lavorativo

Il Nursing Work Index (NWI) è un questionario internazionale validato per intervistare gli infermieri circa il loro ambiente di lavoro. Lo strumento consente la misurazione, la valutazione e la comparazione di dimensioni/fattori dell'ambiente della pratica infermieristica importanti.

Il questionario è stato sviluppato nell'ambito degli studi sugli Ospedali Magnete (Kramer, 1989; McClure, 1982). L'analisi fattoriale è derivante dalle tre parti del questionario NWI: l'Indice Revisionato del Lavoro Infermieristico (NWI-R; Aiken & Patrician, 2000), la Scala dell'Ambiente Lavorativo dell'Indice del Lavoro Infermieristico (PES-NWI; Lake, 2002) e l'Indice dell'Ambiente

Quanto è soddisfatto/a del Suo attuale lavoro in questo ospedale								
	Molto insoddisfatto		Moderatamente insoddisfatto		Moderatamente soddisfatto		Molto soddisfatto	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
ITALIA	506	13,8	947	25,8	1882	51,3	331	9,1
PO San Paolo (N=104)	25	24	28	26,9	45	43,3	6	5,8

Quanto è soddisfatto del seguente aspetto del suo lavoro: Flessibilità dei turni di lavoro								
	Molto insoddisfatto		Moderatamente insoddisfatto		Moderatamente soddisfatto		Molto soddisfatto	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
ITALIA	550	15	868	23,7	1747	47,6	501	13,7
PO San Paolo (N=104)	15	14,4	29	27,9	52	50	8	7,7

cure erogate e posto di lavoro (Aiken, 2002; Estryn-Behar, 2010; Van Bogaert, 2009; Van der Heijden, 2010). Mentre molti studi si focalizzano sulla volontà di lasciare il lavoro corrente, pochi studi hanno esaminato l'intenzione di lasciare la professione infermieristica (Hayes, 2006). Cambiare lavoro potrebbe giovare al singolo, ma potrebbe rappresentare un problema a livello sistemico, professionale e sociale. Comprendere le ragioni per cui i professionisti sarebbero disposti a cambiare lavoro è cruciale per determinare e sviluppare adeguati interventi che aiutino a invertire questa tendenza. I dati di letteratura riportano i risultati di un'analisi condotta sui dati provenienti da 10 paesi partecipanti allo studio RN4CAST, la percentuale di infermieri che dichiara l'intenzione di lasciare il lavoro varia tra il 5% e il 17%, con una maggiore frequenza di paesi con valori ricompresi tra il 9% e l'11%. L'età media di chi ha dichiarato l'intenzione di lasciare il lavoro era di 37,5 anni e il 52% aveva una formazione universitaria (Heinen, 2013).

In Italia l'età media di chi ha manifestato l'intenzione di lasciare il proprio lavoro

Se potesse, lascerebbe entro il prossimo anno l'impiego nel Suo ospedale a causa della Sua insoddisfazione sul lavoro?				
	SI		NO	
	Freq.	%	Freq.	%
ITALIA	1300	35,5	2366	64,5
PO San Paolo (N=104)	37	35,6	67	64,4

Se potesse, lascerebbe entro il prossimo anno l'impiego del Suo ospedale a causa della sua insoddisfazione: stratificato per anzianità di servizio					
	Da 1 a 3 anni	Da 4 a 10 anni	Da 11 a 20 anni	Da 21 a 30 anni	Più di 31 anni
	ITALIA	6%	24%	28%	22%
PO San Paolo (N=104)	3%	38%	35%	19%	5%

(PEI; Estabrooks, 2002). I risultati del PES-NWI possono aiutare a comprendere quali siano gli ambiti da migliorare, fornendo dati comparabili con le altre realtà locali e internazionali; questo strumento valuta tutti i fattori che ricadono sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri e sulla qualità dell'assistenza erogata. La presenza di eventuali criticità permette di avviare una riflessione sui punti di debolezza dell'organizzazione sanitaria.

La complessità e l'imprevedibilità dell'assistenza richiedono attenzione e competenza tali da promuovere la messa in campo di



attività finalizzate a prevenire, monitorare e gestire l'assistenza clinica e l'organizzazione quotidiana. Questi presupposti sottolineano l'importanza di valutare l'ambiente in cui operano gli infermieri, definito come quell'insieme di "caratteristiche organizzative del contesto lavorativo atte a facilitare o ostacolare l'assistenza" (Lake, 2002). Nello studio RN4CAST è stato impiegato il PES-NWI in quanto raccomandato dall'American National Quality Forum. Lo strumento è composto da 32 item raggruppati in 5 dimensioni (Bruyneel, 2009; Gunnarsdottir, 2006; Li, 2007; McCusker, 2005; Slater, 2007; Taunton, 2001; Van Bogaert, 2009), ognuna delle quali indaga un singolo fattore dell'ambiente lavorativo.

- 2.6.1. Dimensione 1. Appropriatelyzza dello staffing e delle risorse;
- 2.6.2. Dimensione 2. Rapporto medico-infermiere;
- 2.6.3. Dimensione 3. Capacità di leadership e supporto infermieristico del coordinatore infermieristico;
- 2.6.4. Dimensione 4. Presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica;
- 2.6.5. Dimensione 5. Coinvolgimento infermieri nell'organizzazione aziendale.

La scala prevede un punteggio che ha un valore minimo pari a 1 e un valore massimo pari a 4; il valore neutro è pari a 2,5. Ogni dimensione è valutata singolarmente

Valore Medio Aziendale	Dev.St.	Valore Medio Nazionale	Dev.St.
1,87	0,71	2,04	0,69
<i>Valori > 2,5 indicano appropriatezza dello staffing e delle risorse</i>			

Valore Medio Aziendale	Dev.St.	Valore Medio Nazionale	Dev.St.
2,48	0,81	2,52	0,71
<i>Valori > 2,5 indicano una positiva relazione medico - infermiere</i>			

Valore Medio Aziendale	Dev.St.	Valore Medio Nazionale	Dev.St.
2,57	0,81	2,73	0,77
<i>Valori > 2,5 indicano una buona capacità di leadership e supporto del coordinatore infermieristico</i>			

Valore Medio Aziendale	Dev.St.	Valore Medio Nazionale	Dev.St.
2,25	0,57	2,63	0,57
<i>Valori > 2,5 indicano buoni presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica</i>			

e confrontata con il valore neutro.

I risultati al di sotto del valore neutro indicano che la dimensione analizzata è un punto di debolezza dell'Azienda; i risultati al di sopra del valore neutro indicano che la dimensione analizzata è un punto di forza dell'Azienda.

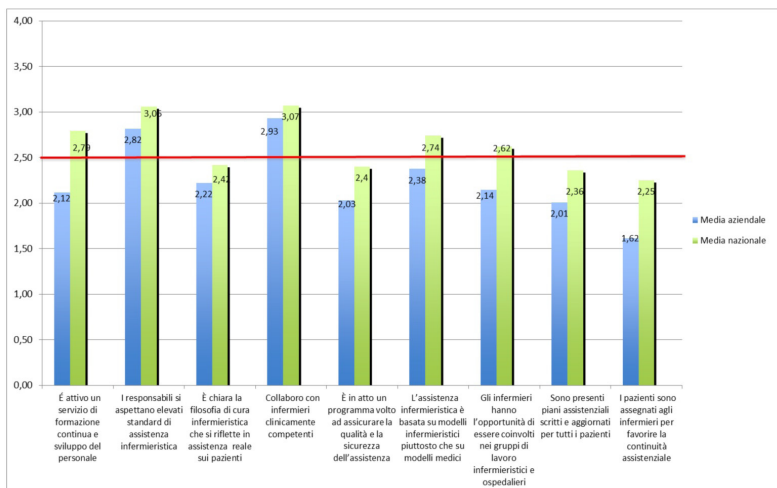
L'ambiente lavorativo è classificato sulla base del numero di dimensioni con valore superiore al valore neutro 2,5 (Aiken, 2008; Friese, 2008; Kutney-Lee, McHugh, 2009):

- ambiente favorevole: 4-5 dimensioni con valore superiore a 2,5;
- ambiente misto (ne favorevole ne sfavorevole): 2 o 3 dimensioni con valore superiore a 2,5;

- ambiente sfavorevole: 0-1 dimensione con valore superiore a 2,5.

Il valore medio italiano delle 5 dimensioni è pari a 2,45 con un punteggio minimo di 1 e massimo di 4.

- Dimensione 2: relazione medico-infermiere;
- Dimensione 3: capacità di leadership e supporto del coordinatore infermieristico;
- Dimensione 4: presupposti per la qualità dell'assistenza infermieristica.



I PIANI DI STUDIO: LAUREA SPECIALISTICA

Carmela
MARSEGLIA



Altomare
LOCANTORE



Con l'attivazione del secondo ciclo di formazione infermieristica si è attivata, anche in Italia, una formazione avanzata nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca. Il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (CdL SSIO) istituito con il Decreto ministeriale n.

509 del 1999 e successivamente trasformato in Corso di Laurea Magistrale (Decreto ministeriale n. 270 del 2004) è un percorso disciplinare che ha come obiettivo, quello di far acquisire elevate competenze scientifiche, professionali ed etiche attraverso l'approfondimento e la ricerca nelle Scienze infermieristiche. In base alle conoscenze acquisite nella programmazione e gestione del personale dell'area sanitaria, i laureati magistrali sono in grado di analizzare le esigenze individuali e della collettività; applicare lo sviluppo di nuovi metodi di organizzazione del lavoro; mettere in atto tecnologie innovative anche nel campo dell'informatica (per esempio tele-assistenza e

tele-didattica); attuare la pianificazione e l'organizzazione degli interventi pedagogico-formativi; garantire l'omogeneizzazione degli standard operativi. I laureati possono trovare occupazione in tutte le strutture sanitarie e socio assistenziali con funzioni di direzione o coordinamento dei Servizi in cui operano infermieri e ostetriche; con funzioni di gestione di progetti innovativi e di riorganizzazione dei processi assistenziali; in centri di formazione aziendali o accademici con funzioni di docenza, di tutorato, di progettazione formativa, di direzione; in centri di ricerca per progetti relativi agli ambiti ostetrici infermieristici o in progetti multicentrici e multidisciplinari. I piani di studio registrano, anche per le lauree magistrali una differenza interna, sostanzialmente sovrapponibile a quella delle triennali (Filodiretto n 5/6 del 2016). Dalle evidenze dei primi studi realizzati a livello nazionale è emerso come tra i diversi piani di studio siano presenti orientamenti comuni ma anche sensibili scostamenti con una conseguente variabilità dei risultati di apprendimento perseguiti dai diversi ordinamenti didattici. La stessa disomogeneità caratterizza l'organizzazione del tirocinio e dei laboratori che, nonostante siano parte integrante del curriculum formativo sul territorio nazionale, presentano situazioni molto variegata per quanto riguarda tipologia di attività proposte, contesti operativi e figure incaricate di tutoraggio. Dopo tale premessa leggiamo i piani didattici dell'Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.



UNIVERSITA' DI MODENA	UNIVERSITA' DI BARI
<p>I ANNO - I SEMESTRE</p> <p>Metodologia della Ricerca Sanitaria Epidemiologia I Epidemiologia II Statistica Informatica Metodologia della Ricerca Bibliografica Analisi dei dati nella ricerca sanitaria</p> <p>Infermieristica Applicata I Infermieristica applicata alle ricerca I - 1° modulo Metodologia avanzata dell'assistenza infermieristica basata sulle evidenze Infermieristica applicata alle ricerca I - 2° modulo Teoria e filosofia delle scienze infermieristiche - 1° modulo Teoria e filosofia delle scienze infermieristiche - 2° modulo</p> <p>Assistenza Ostetrica Applicata I Interventi non convenzionali in ostetricia Metodologia avanzata dell'assistenza ostetrica basata sulle evidenze Assistenza Ostetrica di Comunità Progettazione e valutazione dei processi di assistenza Ostetrica</p>	<p>I ANNO - I SEMESTRE</p> <p>Metodologia della ricerca Statistica medica Sc. Inf. Gen. Cliniche e pediatriche Sc. Inf. Ostetriche e ginecologiche</p> <p>Scienze della formazione Psicologia dello sviluppo e psicologia dell'educazione Psicologia sociale Economia applicata</p> <p>Sc. Economiche del management sanitario Sistemi di elaborazione delle informazioni Economia aziendale Organizzazione aziendale</p>
<p>I ANNO - II SEMESTRE</p> <p>Diritto sanitario Diritto Privato Diritto Pubblico Diritto Amministrativo Diritto del Lavoro</p> <p>Didattica sanitaria Formazione e ricerca nelle organizzazioni sanitarie - 1° modulo Formazione e ricerca nelle organizzazioni Sanitarie - 2° modulo Metodi della formazione degli adulti Fondamenti di didattica Psicologia dell'Apprendimento Modelli formativi e didattica tutoriale</p> <p>Inglese Scientifico Inglese scientifico</p>	<p>I ANNO - II SEMESTRE</p> <p>Sc. Giuridiche del management sanitario Istituzioni di diritto pubblico Diritto amministrativo Sc. Inf. Gen. Cliniche e pediatriche Sc. Inf. Ost. Gin.</p> <p>Primo soccorso Ginecologia ed ostetricia Anestesiologia 2 Sc. Inf. Gen. Cliniche e pediatriche Sc. Inf. Ost. Gin. 3</p>
<p>II ANNO - I SEMESTRE</p> <p>Programmazione e Economia sanitaria Economia Aziendale Organizzazione Aziendale Teoria e pratica dell'organizzazione e della programmazione sanitaria - 1° modulo Teoria e pratica dell'organizzazione e della programmazione sanitaria - 2° modulo Psicologia del Lavoro Gestione dei flussi informativi <i>Insegnamento a scelta</i></p> <p>Infermieristica Applicata II Scienze Infermieristiche Infermieristica interculturale Infermieristica applicata alla ricerca Etica ed organizzazione della ricerca Inf.ca</p> <p>Assistenza Ostetrica Applicata II Valutazione del rischio in ostetricia Metodologia della ricerca in ostetricia Ostetricia multi-etnica</p>	<p>II ANNO - I SEMESTRE</p> <p>Scienze della prevenzione Biologia molecolare Biochimica cl. E Biologia molecolare clin. Patologia clinica Diagnostica per immagini e Radioter. Neuroradiologia Sc. Inf. Ost. Gin.</p> <p>Medicina dei servizi Igiene generale e applicata Medicina legale Medicina del lavoro Sc. Inf. Gen. Cliniche e pediatriche Sc. Inf. Ost. Gin.</p> <p>Scienze biomediche Oncologia medica Medicina interna Pediatra generale e specialistica Neuropsichiatria infantile Sc. Inf. Ost. Gin.</p>
<p>II ANNO - II SEMESTRE</p> <p>Programmazione e Organizzazione sanitaria Sc. Inf. che applicate ai processi organizzativi, di qualità e di coordinamento assistenziale - 1° mod. Sc. Inf. che applicate ai processi organizzativi, di qualità e di coordinamento assistenziale - 2° mod. Organizzazione sanitaria Governo Clinico Educazione alla salute e Nutrizione Pediatra</p> <p>Etica e deontologia sanitaria Bioetica e Medicina Legale Deontologia e regolamento della professione infermieristica Deontologia e regolamento professione ostetrica</p> <p>Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico Medicina Interna Gestione del paziente critico Gestione del Rischio Medicina del Lavoro Farmacologia Rischio microbiologico</p>	<p>II ANNO - II SEMESTRE</p> <p>Scienze chirurgiche Chirurgia generale Chirurgia plastica Chirurgia toracica Chirurgia vascolare Medicina fisica e riabilitativa Sc. Inf. Gen. Cliniche e pediatriche</p> <p>Dirigenza sanitaria e professionale Organizzazione dipart. gestione risorse umane Accreditamento in sanità Verifica e revisione della qualità nell'assistenza Dipartimento materno – infantile Attività consultoriale in area materno – infantile</p>





CONSIDERAZIONI

Leggendo i relativi piani di studi è possibile definire che tutti i domini: area manageriale, della formazione e della didattica, della ricerca e della clinica sono rappresentate. Le sedi universitarie hanno di fatto ottemperato alla richiesta di un professionista laureato di secondo livello per la direzione dei servizi e delle risorse infermieristiche. Ma in uno studio recente si è evidenziato che nel contesto attuale di bisogni socio-sanitari del singolo paziente e della comunità, il fabbisogno di laureati magistrali, non può essere legato solo alla prospettiva dirigenziale ma deve considerare anche l'esigenza di far avanzare le competenze nelle altre aree, soprattutto quella clinica. I risultati dello studio sopra citato, consentono di affermare che l'attuale formazione erogata nei CDL in Scienze Infermieristiche e Ostetriche può contribuire a formare un professionista con competenze avanzate nel contesto assistenziale e clinico.

Questo articolo vuole stimolare un dibattito e un confronto con i colleghi e le istituzioni di riferimento sulla necessità o congruenza di formare un laureato magistrale in scien-

ze infermieristiche come professionista non statico nei suoi ruoli ma versatile e non rigidamente legato alla progressione verticale di carriera.

A nostro avviso, questo percorso per essere applicato e perseguibile deve far coincidere:

- un maggiore equilibrio nell'attribuzione di crediti nelle diverse aree curriculari;
- l'introduzione di modelli innovativi di assistenza che consentano una maggiore possibilità d'espressione delle competenze cliniche avanzate nella pratica professionale;
- una rivalutazione delle aree e modalità di tirocinio.

L'apertura a ruoli di responsabilità anche nella direzione della pratica infermieristica avanzata (APN) permetterebbe di affrontare con maggiore efficacia le sfide emergenti e migliorare gli esiti sui pazienti.

L'area clinica potrebbe prevedere l'assegnazione di incarichi ai laureati riguardanti la revisione di protocolli, procedure e percorsi assistenziali e della responsabilizzazione per ruoli clinici quali il Wound Care Treatment & Management, il Case Manager.

Si ringraziano le colleghe, studentesse SIO - Laviano Mariapia e Fabiana Fontana per la loro collaborazione alla stesura dell'articolo

BIBLIOGRAFIA

- Saiani L, Brugnolli A (2006) "Gli obiettivi ed i contenuti core di management infermieristico nei percorsi formativi di base e post base" Ass Inf Ric n. 25
- Sansoni J, Saiani L, Marognolli O (2007) "Riflessioni sull'ordinamento didattico del corso di laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche nei primi tre anni di avvio" Med Chir Suppl n 39
- A. Dante C, Miniussi H, Margetic, A. Palese (2014) "Gli effetti di un corso di formazione infermieristica avanzata sullo sviluppo professionale e della carriera" Rivista l'infermiere n. 4
- M. Rega, R. Gallo e collaboratori (2015) "Il profilo del laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche in Italia: dall'analisi dei regolamenti didattici d'ateneo alle competenze distintive" rivista online l'infermiere n. 2

QUOTA ASSOCIATIVA IPASVI - ANNO 2017

Si comunica che per l'anno 2017 la quota annuale di iscrizione al Collegio resta invariata rispetto agli anni precedenti. Pertanto l'importo di 58,00 euro potrà essere pagato presso la sede del Collegio IPASVI (Viale Salandra 1/L) entro la data del 31 marzo c.a.. Chi non provvederà entro il 31 marzo riceverà il bollettino postale precompilato per il pagamento della quota annuale che potrà avvenire attraverso tutti gli sportelli abilitati da Poste Italiane con l'aggravio del costo di operazione.



STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Quanto sono conosciuti realmente?

Angelo
TEOFILO



Durante il corso di studi universitari, in gran parte delle materie trattate, sono stati menzionati degli strumenti di valutazione. Ho effettuato un'indagine sui dati raccolti tramite un questionario stilato in forma

cartacea e telematica e somministrato agli infermieri che volontariamente hanno voluto partecipare. Il dato su cui ho basato la mia indagine è quello sulla conoscenza degli strumenti di valutazione, rapportandolo alle diverse aree operative in cui esercitano gli infermieri compilanti il questionario. Nella fase antecedente la stesura del questionario, è stata fatta una selezione degli strumenti di valutazione su cui effettuare l'indagine mediante la lettura e l'approfondimento di articoli scientifici su validità e affidabilità di ognuno. Gli strumenti di valutazione selezionati per lo studio sono 18 e sono stati suddivisi per area di valutazione:

- 2 relativi alla valutazione in area critica: American Society of Anesthesiologists e Confusion Assessment Method in Intensive Care Unit;
- 2 relativi alla valutazione del respiro: Baseline Dyspnea Index – Transition Dyspnea Index e Indice di Borg;
- 3 relativi alla valutazione della condizione fisica: APACHE II, Activity Daily Life – Indice di Katz, Scala di Braden;
- 2 relativi alla valutazione nell'ambito nu-

trizionale: Body Mass Index e Mini Nutritional Assessment;

- 2 relativi alla valutazione del sonno: Epworth Sleepiness Scale e Pittsburgh Sleep Quality Assessment;
- 2 relativi alla valutazione nell'ambito cardiologico: Minnesota Life with Heart Failure Questionnaire e New York Heart Association;
- 1 relativa alla valutazione in ambito psicologico: Self Depression Scale;
- 1 relativa alla valutazione dell'assistenza: Therapeutic Intervention Scoring System;
- 1 relativa alla valutazione della qualità della vita: Short Form – 36 (SF-36);
- 2 relative alla valutazione in ambito neurologico: Scala di Conley e Glasgow Coma Scale;
- 1 relativa alla valutazione del dolore: Numerical Rating Scale.

Il questionario è stato strutturato in 32 domande suddivise in 3 parti: la prima sezione contenente 9 domande relative al sesso e all'età del soggetto compilante, al conseguimento del titolo abilitante alla professione infermieristica e alla tipologia dell'unità operativa in cui lavora e ha lavorato; la seconda sezione contenente 4 domande relative alla considerazione personale sugli strumenti di valutazione e all'utilizzo di questi nell'unità operativa in cui esercita; la terza contenente 18 domande relative agli strumenti di valutazione analizzati. Per ognuno è stato richiesto un giudizio da 0 a 3 sulla conoscenza, sull'utilità e sull'utilizzo nell'unità operativa. Della forma cartacea sono state raccolte 140 copie valide su 300 consegnate e della forma telematica invece, messa a disposizione di chiunque volesse compilarla, pubblicizzata su vari >>



forum infermieristici, sono state raccolte 65 copie valide, per un totale di 205.

Il campione ottenuto (n=205) è costituito da infermieri maschi per il 46,8% (n=96) ed infermiere donne per il 53,2% (n=109). Per ricevere dati relativi all'età del campione sono stati elencati quattro possibili intervalli di età: < 30 anni per il 37,1% (n=76); da 30 a 40 anni per il 27,8% (n=57); da 41 a 50 anni per il 22,4% (n=46); > 50 anni per il 12,7% (n=26). È stato richiesto inoltre di indicare il tipo di titolo conseguito per ottenere l'abilitazione a svolgere la professione infermieristica fra tre possibili risposte:

- Diploma Regionale per il 29,8% (n=61);
- Diploma Universitario per il 5,8% (n=12);
- Diploma di Laurea per il 64,4% (n=132).

È stato richiesto inoltre se il compilante fosse in possesso di titoli specialistici aggiuntivi. Dei 205 infermieri che hanno compilato il questionario, ha risposto positivamente il 27,3% (n=56) dei quali Master di primo livello per l'85% (n=48) e Laurea di secondo livello per il 14,3% (n=8). È stato richiesto di indicare l'area operativa di appartenenza al fine di calcolarne la variazione di conoscenza ed utilizzo e non considerando gli infermieri esercitanti la loro professione in ambulatori, sono stati ottenuti i seguenti risultati: Le tipologie di reparto tra cui era consentita la scelta sono: Degenza chirurgica: 22,9% (n=47); Degenza medica: 28,8% (n=59); Area critica: 31,7% (n=65); Area Riabilitativa/Lungodegenza: 16,6% (n=34).

Nella seconda sezione del questionario è stato richiesto di indicare su una scala numerica da 0 (minimo) a 3 (massimo) un giudizio sulla validità degli strumenti di valutazione. Alla raccolta dei dati, sono stati rilevati i seguenti risultati: Giudizio 3 per il 31,2% (n=64); Giudizio 2 per il 56,6% (n=116); Giudizio 1 per il 7,8% (n=16); Giudizio 0 per il 4,4% (n=9). Inoltre, nei reparti in cui i compilanti i questionari esercitano la professione, è stato richiesto se si utilizzano o meno gli strumenti di valutazione ed i risultati hanno riportato i seguenti risultati: Sì: 88,3% (n=181); No: 11,7% (n=24). Anche quando ne è previsto l'utilizzo, gli strumenti di valutazione non sempre vengono utilizzati, infatti è stato chiesto di indicare in una scala da 0 (minimo) a 3 (massimo) l'utilizzo effettivo degli strumenti e successivamente è stato chiesto di indicare il motivo per cui non vengono sempre utilizzate. Nell'utilizzo effettivo sono stati indicati i seguenti risultati: utilizzo pari a 3: 19,5% (n=40); utilizzo pari a 2: 39% (n=80); utilizzo

pari a 1: 27,8% (n=57); utilizzo pari a 0: 16,7% (n=26); l'1% (n=2) del campione, si è astenuto dal rispondere. Per quanto riguarda il motivo invece, sono stati ottenuti i seguenti risultati: il tempo è insufficiente: 69,3% (n=142); sono ritenute inutili: 10,2% (n=21); non ho compreso come utilizzarli: 1% (n=2); altro: 10,7% (n=22); astenuti: 8,8% (n=18). La terza sezione del questionario, specifica per ogni strumento di valutazione la conoscenza, l'utilità e l'utilizzo. Di tutti gli strumenti analizzati, è emerso che i più conosciuti sono l'indice Body Mass Index che presenta percentuali maggiori del 60% di risposte uguali a 3 in ognuna delle quattro aree operative, la scala di Braden che presenta percentuali di risposte uguali a 3 maggiori del 58% in ognuna delle quattro aree operative, principalmente nelle degenze chirurgiche (85,1%). Risultati simili sono stati ottenuti per la scala di Conley che nelle quattro unità operative presenta percentuali superiori al 60% di risposte con il valore 3, in particolare nelle degenze chirurgiche (85,1%) o per la NRS, per la valutazione del dolore, che è risultata dalla lettura dei dati avere una conoscenza sempre superiore al 50% con un picco positivo nell'area riabilitativa e nella lungodegenza (79,4% di risposte "3"). Lo strumento più conosciuto è risultato essere la Glasgow Coma Scale, che dalla letteratura risulta essere la più utilizzata a livello internazionale e, dallo studio effettuato, c'è un 87,3% di risposte che indicano il valore 3 e nello specifico, per ogni area operativa c'è sempre una percentuale vicina al 90% tranne per i reparti di degenza medica (72,9%); vista la funzione dell'indice GCS, la percentuale più alta è quella del valore 3 nell'area critica (95,4%) in quanto questa comprende unità operative di emergenza (rianimazione, pronto soccorso, ...). Generalmente gran parte degli elementi che hanno indicato come risposta il valore "3" sono infermieri in possesso di un diploma di laurea. Questo dato può indicare la migliore qualità dell'informazione fornita dalle università. La maggior parte degli infermieri che hanno indicato un valore basso quando è stato richiesto un giudizio personale sulla validità degli strumenti di valutazione hanno conseguito il titolo mediante ottenimento di un diploma regionale. Questo dato, prevedibile, è sostenuto dalla scarsa considerazione data fino a circa due decenni fa agli strumenti di valutazione. Osservando inoltre la correlazione tra le risposte relative alla conoscenza e quelle relative all'utilità che può essere letto in modo tale che solo chi conosce uno strumento ne può



comprendere l'utilità, mentre chi non conosce o conosce poco, non riesce a comprendere. È opportuno affermare che gli esiti dello studio effettuato devono essere considerati con la giusta cautela. Vi sono infatti diversi limiti che si evidenziano, come ad esempio la non omogeneità del campione dal punto di vista del titolo conseguito. Dato che il Diploma Universitario è stato conseguibile per un solo anno accademico (A.A. 2000/2001), è stata inevitabile la carenza di elementi rispondenti a questa caratteristica (n=12). La non omogeneità del campione è evidente anche nella suddivisione secondo le aree operative, soprattutto per il gruppo di infermieri che lavorano nell'area riabilitativa o lungodegenza (n=34). In conclusione, gli strumenti di valutazione rappresentano un elemento fondamentale per l'oggettivazione delle condizioni di un paziente. L'analisi delle condizioni del paziente attraverso lo studio di variabili ben definite e oggettive costituisce un elemento di confronto tra professionisti e suggerisce chiare indicazioni sull'andamento dello stato generale del paziente. Gli strumenti di valutazione possono verificare l'entità di un danno in corso, prevedere il rischio di un danno o verificare la funzionalità di un organo e questo è un argomento molto trattato in letteratura, sia in studi che ne valutano l'affidabilità e la validità e sia in studi che utilizzano gli strumenti per la valutazione dell'idoneità degli elementi del campione da studiare. Il dato su cui si è incentrato lo studio è stato quello dell'autovalutazione della conoscenza dei diversi strumenti analizzati. Questo dato è stato messo in correlazione con la modalità di conseguimento del titolo di studio e con l'area operativa di appartenenza dell'unità in cui esercitano gli infermieri che hanno compilato il questionario. È emerso che tra coloro che avevano indicato il grado di conoscenza maggiore per i diversi strumenti, la maggior parte aveva ottenuto l'abilitazione a svolgere la professione mediante il conseguimento di un diploma di laurea, inoltre dall'analisi della conoscenza in relazione all'area operativa di appartenenza, non sono state evidenziate differenze rilevanti, ma i dati sono apparsi relativamente uniformi. È di seguito riportata la media tra tutti i valori indicati relativi alla conoscenza dei diversi strumenti di valutazione

	3	2	1	0
Media	32,5%	14,5%	9,7%	48,4%

analizzati: Come è possibile notare,

la percentuale media più alta è quella relativa al valore 0, cioè la completa assenza di conoscenza. Dallo studio è quindi emersa la generale mancanza di conoscenze adeguate in merito alla maggior parte degli strumenti di valutazione. Le responsabilità di questa mancanza di informazioni possono essere attribuite principalmente alla carenza di personale sanitario e alle mancate assunzioni che, portando ad un aumento del carico di lavoro, influiscono inevitabilmente sulla tipologia dell'assistenza offerta al paziente. Emerge che la maggior parte del campione non utilizza gli strumenti per tempo insufficiente. Gli strumenti con le maggiori percentuali di conoscenza sono il BMI, la scala di Braden, la scala di Conley, la Glasgow Coma Scale e la NRS, quindi strumenti utilizzati trasversalmente per la valutazione del paziente che risultano essere i più conosciuti e utilizzati anche a livello internazionale.

Visti i risultati ottenuti dallo studio effettuato, che evidenziano una scarsa conoscenza degli strumenti di valutazione analizzati, si ritiene opportuna la stimolazione all'utilizzo degli strumenti sia da parte delle strutture sanitarie, sia da parte delle unità operative che da parte dei professionisti in quanto questi caratterizzano la professionalità dell'infermiere permettendo di ottenere informazioni oggettive riguardanti la valutazione del paziente. Per stimolare gli studenti alla conoscenza degli strumenti di valutazione durante il corso di studi, sarebbe opportuna una riorganizzazione dei programmi didattici universitari che abbiano come scopo il rinforzo dell'insegnamento dell'utilizzo degli strumenti di valutazione.

Per quanto riguarda il miglioramento dei livelli di conoscenza del personale già formato e abilitato, si ritiene opportuna l'organizzazione di seminari, convegni o corsi di aggiornamento nei quali si potrebbero informare gli infermieri circa tutti i benefici dell'utilizzo di questi strumenti che orientano il piano assistenziale in modo da facilitare la formulazione di una diagnosi infermieristica o prevenire ipotetici futuri rischi del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Dott. Duilio Loi, *l'infermiere e le scale di valutazione: conoscenza, opportunità e prospettive*, IPASVI Como, 2009;
-



L'ARMADIO AUTOMATIZZATO E IL SUO SOFTWARE

Francesca
MASTRANDREA



In un qualsiasi sistema sanitario la gestione del ciclo del farmaco è un evento di particolare criticità. Per ciclo del farmaco si intende l'insieme di quei processi (approvvigionamento, stoccaggio

gio e smistamento) nei reparti e l'uso degli stessi nelle strutture.

Da qualche tempo per prevenire gli errori e ridurre le inesattezze derivanti dall'uomo nella gestione e nell'uso dei farmaci ed anche per abbassare i costi si è deciso di automatizzare questi processi.

Numerose aziende, emerso questo bisogno, hanno cercato di aiutare le strutture sanitarie gestendo il controllo completo sui processi, ed in particolare sulle fasi più critiche quali entrate ed uscite di sostanza dalla farmacia ospedaliera, distribuzione dalla farmacia ai vari reparti, gestione delle prescrizioni dei medici, stoccaggio dei farmaci nei reparti, tracciabilità di ogni farmaco in ogni singola fase della sua movimentazione.

Tutto ciò con lo scopo di alleggerire il carico di lavoro di medici ed infermieri ed evitare errori che possano compromettere la sicurezza dei pazienti e pesare economicamente sui bilanci della sanità.

Mario e Sofia sono i nomi assegnati all'armadio robotizzato ed al software di gestio-

ne dei farmaci e delle prescrizioni. La novità principale introdotta da questo sistema è la gestione delle monodosi farmaceutiche anziché delle intere confezioni.

Ciò rende il processo più sicuro ed immediato per gli operatori sanitari poiché lo scarico delle prescrizioni è completamente automatizzato: in uscita dall'armadio vi sarà già, divisa per ogni paziente, la quantità esatta di medicinali che dovrà assumere.

Ciò è possibile grazie all'apposito carrello infermieristico, incluso nella fornitura del sistema che si interfaccia con l'armadio ed in maniera completamente automatica, durante lo scarico farmaci, ogni suo cassetto è assegnato ad un paziente e viene riempito con tutte le specialità ad esso prescritte.

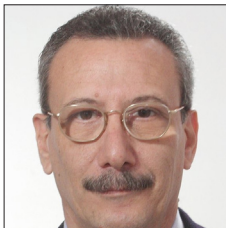
Mario è lo strumento hardware responsabile dello stoccaggio e della distribuzione dei farmaci di ogni reparto agli specifici pazienti. Si tratta di un armadio automatizzato con un organo meccanico che esegue le operazioni di spostamento, carico e scarico delle monodosi ed un software applicativo che funge da interfaccia utente/sistema.

I carichi principali su Mario vengono effettuati due volte a settimana: le monodosi vengono scansionate con bar code per autorizzarne il carico sull'armadio ed infine vengono inserite in una busta contrassegnata con il numero del Mario a cui è destinata. Sofia, invece, è un software che accompagna i medicinali in ogni loro fase: dal momento dell'ordinazione in farmacia alla somministrazione ed i pazienti dal ricovero alla dimissione.



PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Pasquale
LACASELLA



Definiamo in-
nanzitutto il
significato di
“protocollo di
sorveglianza sa-
nitaria”, come
l’insieme delle
visite mediche,
delle indagini
specialistiche e
di laboratorio,
delle informa-

zioni sanitarie e dei provvedimenti adottati dal medico competente/autorizzato, al fine di garantire la protezione sanitaria dei lavoratori nei confronti del rischio lavorativo. Il protocollo viene definito dal medico in funzione dei rischi specifici presenti nell’ambiente di lavoro, tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati (art. 25 comma 1 lettera b del D. Lgs 81/2008). Tale protocollo include gli accertamenti sanitari specialistici previsti per i lavoratori (art. 29 comma 4) e costituisce parte integrante del documento di valutazione dei rischi -DVR- (art. 29 comma 1 del D. Lgs 81/2008).

Il Medico Competente istituisce, aggiorna e custodisce una cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria (art. 25 comma 1 del D. Lgs 81/2008) dove vengono riportate le sue condizioni psicofisiche, i risultati degli accertamenti strumentali, di laboratorio e specialistici eseguiti, eventuali livelli di esposizione professionale individuali forniti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, nonché il giudizio di idoneità alla mansione

specificata.

La cartella sanitaria e di rischio è conservata, con salvaguardia del segreto professionale, salvo il tempo necessario per l’effettuazione della sorveglianza stessa presso il luogo di custodia concordato al momento della nomina del medico competente e fino alla cessazione dell’attività lavorativa.

Essa deve essere firmata sul frontespizio dal datore di lavoro e dal sanitario e deve contenere i dati anagrafici del lavoratore e i suoi dati anamnestici, clinici e del giudizio di idoneità alla mansione, compresi gli eventuali accertamenti sanitari cui il lavoratore deve sottoporsi anche dopo la cessazione dell’attività lavorativa.

In qualsiasi momento e su richiesta di parte essa viene fornita in copia conforme all’originale, nel mentre è dovere del medico competente informare ogni lavoratore interessato dei risultati della sorveglianza sanitaria.

Alla cessazione del rapporto di lavoro, poi, la cartella sanitaria e di rischio, sempre in copia conforma all’originale, può essere consegnata al lavoratore con le informazioni necessarie alla corretta conservazione della stessa (art. 25, comma 1 lettera e). In caso di cessazione dell’incarico, il medico competente deve consegnare la documentazione sanitaria in suo possesso, sempre con salvaguardia del segreto professionale, al datore di lavoro che firmerà per ricevuta (art. 25 comma 1 lettera d). La visita medica programmata dal datore di lavoro è obbligatoria, tanto che tra le misure generali di tutela individuate dell’art. 15 del D. Lgs



81/2008, sono espressamente previsti “il controllo sanitario dei lavoratori, l’allontanamento del lavoratore dall’esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona e l’indicazione di assegnazione, ove possibile, ad altra mansione” (art. 15 comma 1 lettere l - m del D. Lgs 81/2008). In particolare l’art. 41 comma 1 impone l’obbligo di effettuare la sorveglianza sanitaria nei casi previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni fornite dalla Commissione Consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro.

Qualora il lavoratore faccia richiesta scritta di visita medica per sopraggiunti problemi di salute, quando ritenuti dal medico competente effettivamente collegati ai rischi lavorativi, la normativa vigente prevede la possibilità di visita medica straordinaria.

Altre tipologie di visita medica (oltre la straordinaria) sono:

- Preventiva all’atto di assunzione;
- Periodica secondo le modalità di legge;
- Al cambio della mansione specifica;
- Alla cessazione del rapporto di lavoro (qualunque ne sia la causa);
- Per assenza dal lavoro per più di 60 giorni continuativi a causa di malattia/ infortunio.

Per la propria salute il lavoratore deve sapere che è obbligato a sottoporsi alle visite mediche con le periodicità previste che gli vengono comunicate a mezzo lettera. A tal fine necessita ricordare che nell’art. 20 del D. Lgs 81/2008, nonché nell’art. 68 del D. Lgs. 230/95 relativi agli obblighi dei lavoratori, espressamente è enunciato che i lavoratori si devono sottoporre regolarmente ai controlli sanitari previsti nei loro confronti, pena sanzioni, ivi compreso l’allontanamento dal servizio senza retribuzione. Il medico competente, sulla base delle risultanze delle visite mediche di cui all’art. 41 comma 2 del D. Lgs in questione, può esprimere uno dei seguenti giudizi di idoneità alla mansione specifica:

- Idoneità piena: con la quale il lavoratore è ritenuto idoneo all’espletamento dell’attività lavorativa senza la necessità di interventi correttivi su ambiente e organizzazione del lavoro;
- Idoneità con prescrizioni e/o limitazioni: quando l’esposizione ai rischi non può essere consentita ai lavoratori che

hanno particolare suscettibilità verso determinati pericoli, salvo l’uso di particolari precauzioni, ad es. mediante l’utilizzazione in servizio dei dispositivi di protezione individuale (DPI) per “Prescrizione” o specifiche limitazioni al compimento di particolari attività proprie della qualifica di appartenenza, che comunque non limitano la idoneità al lavoro per “Limitazione”;

- Inidoneità (temporanea o permanente): determinata da condizioni patologiche che impediscono lo svolgimento della mansione lavorativa in modo momentaneo o/e definitivo.

Nell’espressione del giudizio vanno precisati i limiti temporali di validità (art. 41 comma 7).

Il medico competente è tenuto ad esprimere il proprio giudizio per iscritto fornendo copia al lavoratore e al datore di lavoro del referto medico sintetico.

Avverso il giudizio del medico competente è ammesso ricorso entro trenta giorni dalla comunicazione del giudizio (ad opera sia del lavoratore che del datore di lavoro) all’organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali successivi accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

Sempre il D. Lgs in questione (art. 2 comma 1 lettera h) definisce competente il medico in possesso di uno dei titoli e dei requisiti formativi e professionali di cui all’art. 38, che collabora secondo quanto previsto all’art. 29 comma 1 con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi.

Nel caso specifico la nomina è di competenza del direttore generale della ASL o del direttore medico dell’Ente/Struttura di appartenenza.

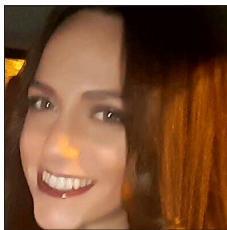
Il D. Lgs. 230/95, altresì, definisce medico competente-autorizzato il medico responsabile della sorveglianza medica dei lavoratori esposti ai raggi X e a rischi particolari la cui qualificazione e specializzazione sono riconosciute secondo le procedure e le modalità stabilite nel decreto medesimo, come per i lavoratori radio esposti in fascia di rischio “A”.

Anche in questo caso la nomina è di competenza del direttore generale della ASL o del direttore medico dell’Ente/Struttura di appartenenza.



L'INFERMIERE PROFESSIONE A RISCHIO?

Francesca
PISANI



Uno degli obblighi generali in campo lavorativo è quello di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori. Il codice civile nell'art. 2087 prevede la salvaguardia dell'integrità fisica e la

personalità morale dei prestatori di lavoro. L'art 9 della legge n. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori) attribuisce ai lavoratori il diritto di controllare attraverso le loro rappresentanze l'applicazione, da parte del datore di lavoro, delle norme di prevenzione contro gli infortuni e le malattie professionali, nonché di promuovere la ricerca e l'attuazione di tutte le norme idonee a tutelare la loro salute e l'integrità fisica. Gli obblighi di sicurezza si riferiscono non soltanto alle attrezzature, ai macchinari e ai servizi che il datore di lavoro fornisce, ma anche all'ambiente lavorativo. Le organizzazioni sanitarie stanno sviluppando sempre più la cultura della sicurezza attraverso la promozione di un ambiente di cura più sicuro, identificando i potenziali fattori di rischio. Gli ambienti sanitari tuttavia, non rappresentano un ambiente a rischio solo per i pazienti, ma anche per chi ci lavora. Il D. Lgs 81/2008, si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, a tutte le tipologie di rischio, a tutti i lavoratori, subordinati e autonomi infatti tale documento prevede le

misure generali di tutela (art. 15). I rischi che possono minacciare la sicurezza degli infermieri e di tutto il personale sanitario sono raggruppati in 3 macro aree: rischi trasversali organizzativi, che derivano da fattori legati all'organizzazione (turnazione, stress, ecc.); rischi infortunistici, che derivano dall'uso di impianti e attrezzature (rischi meccanici, l'uso di taglienti e pungenti, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, ecc.); rischi igienico-ambientali, che derivano dall'esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici.

La loro corretta valutazione permette al datore di lavoro di predisporre i provvedimenti idonei a garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori.

Inoltre, uno studio scientifico, pubblicato dall'International Journal of Medical Research & Health Sciences nel 2016, afferma che l'attuazione della gestione del rischio clinico negli ospedali, porta alla riduzione degli errori di cura. Il personale infermieristico deve essere a conoscenza dei rischi e delle azioni necessarie da adottare per aumentare la loro consapevolezza.

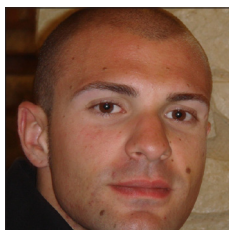
I risultati dello studio affermano che, attraverso la sensibilizzazione sulla gestione dei rischi, sono stati ridotti gli errori nei contesti sanitari, inoltre, ha dimostrato che è indispensabile che tutti infermieri vengano addestrati nel settore della gestione del rischio. Dunque, il miglioramento delle condizioni di sicurezza, la formazione, l'informazione e l'addestramento per l'infermiere ricoprono un ruolo prioritario e insostituibile.



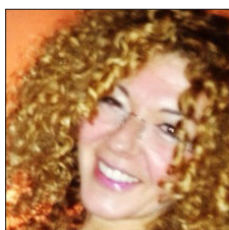
LA FORMAZIONE ALLA SICUREZZA E SALUTE

Il “livello minimo di affidabilità della formazione” e la “presunzione di adeguatezza e sufficienza”

Vincenzo
INGLESE



Elena
CHIEFA



Il contributo che si vuol dare con questo articolo nasce dalla convinzione che tutti possiamo contribuire ad una maggiore informazione e formazione sui temi e, di riflesso, dare un contributo al miglioramento delle condizioni di Sicurezza nei luoghi di Lavoro. La vigente normativa in tema di Salute, Sicurezza sui

luoghi di lavoro ha avuto negli ultimi anni una profonda e significativa evoluzione che ha visto come passaggi significativi la pubblicazione della Legge 123 del 2007, che ha incluso anche i reati nell'ambito della Sicurezza e Salute del Lavoro tra quelli contemplati e sanzionati dal D. Lgs. 231/2001, e la pubblicazione del D. Lgs. 81/2008, cosiddetto “Testo Unico della Sicurezza”, che ha riorganizzato tutta la normativa su tale tematica.

L'andamento infortunistico conferma, anche nelle strutture sanitarie, un trend di positiva riduzione negli ultimi anni, ma sappiamo che il numero di morti e degli infortuni sono ancora un dato inaccettabile.

Inoltre, sappiamo che, insieme al problema degli infortuni, ci sono rischi legati all'insorgere di malattie professionali, sulle quali è necessario prestare la stessa attenzione.

Nell'intento di contrastare in tutti i modi il problema, sono state aggiunte nuove forme di responsabilità in capo alle Aziende e non più solo sulle persone fisiche.

È noto, infatti, che le lesioni colpose gravi o gravissime e gli infortuni mortali avvenuti per inosservanza della normativa sulla Sicurezza possono comportare la responsabilità dell'intera Azienda ai sensi del D. Lgs 231/2001. Una indicazione su come organizzare la Sicurezza e sui Modelli organizzativi che possono aiutare le Aziende nella prevenzione viene fornita proprio dal Testo Unico, delle norme in materia di Sicurezza sui luoghi di Lavoro, dove, all'articolo 30, comma 5, sono indicate le Linee Guida UNI-INAIL e la Norma BS OHSAS 18001 quali Modelli organizzativi “presunti conformi”.

Infatti, i dati elaborati dall'INAIL confermano che nelle Aziende certificate BS OHSAS 18001 la frequenza e la gravità degli infortuni risulta in calo. Le responsabilità in tema di Salute e di Sicurezza individuate dalle vigenti norme fanno riferimento a: Datore di Lavoro e Dirigenti (art. 18); Preposti (art. 19); Lavoratori (art. 20); Servizio Prevenzione e Protezione (artt. 31-34); Medico Competente (art. 25); Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (artt. 47-50); Addetti ai servizi d'emergenza (artt. 43 e 44); Addetti ai servizi di primo soccorso (artt. 43 e 45). L'Organizzazione aziendale deve assicurare che tutto il personale sia consapevole dei



pericoli e dei rischi e competente, a fronte di un'adeguata formazione, addestramento e specifica esperienza, nelle attività afferenti al proprio ruolo.

Pertanto, i momenti formativi assumono un ruolo cardine, sia per quanto riguarda la fase inerente la trasformazione culturale dei lavoratori nell'ambito dell'Organizzazione aziendale, sia per quella legata alla gestione della Sicurezza con la partecipazione attiva di tutti i soggetti.

La normativa vigente richiede dei specifici momenti di informazione e formazione da attuare in particolar modo per i neoassunti al momento dell'assunzione, in occasione di eventuale cambiamento del posto di lavoro, in caso di mutamento delle condizioni di rischio nelle fasi lavorative, per l'introduzione di nuove tecnologie, di nuove apparecchiature di nuove strumentazioni, di nuove sostanze e preparati pericolosi.

I momenti di formazione devono coinvolgere tutto il personale dell'azienda, sia per la linea gerarchica che per i ruoli specialistici, e deve trattarsi di una formazione continua e permanente, destinata a mantenere aggiornato tutto il personale dell'azienda sull'evoluzione tecnologica e legislativa. Forme particolari di formazione devono essere previste per il RLS, il RSPP, la Squadra di Pronto Intervento e di Primo Soccorso. Il RSPP deve provvedere a proporre programmi di informazione/formazione.

Inoltre, l'attività formativa deve essere ripresa periodicamente anche in mancanza di cambiamenti organizzativi e/o tecnologici. La normativa vigente in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro prevede precisi adempimenti concernenti il "livello minimo di affidabilità della formazione" e la "presunzione di adeguatezza e sufficienza" della stessa. Tra i numerosi articoli del Testo Unico, che prevedono sanzioni in caso di inadempienze e violazioni, citiamo l'art.18 c.1 lett. D), l'art.37, l'art.55 l'accordo Stato-Regioni del 21/12/2011 per la formazione dei lavoratori emanato in attuazione dell'articolo 37, comma 2, del D. Lgs 81/2008, coordinato con il D. Lgs 106/2009,

prevede che "la durata, i contenuti minimi e le modalità della formazione di cui al comma 1 sono definiti mediante accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottato, previa consultazione delle parti sociali.

Il D. Lgs. 81/2008, attraverso l'informazione e la formazione dei lavoratori, chiama tutti i lavoratori a partecipare, proporre, discutere, sorvegliare sull'osservanza delle misure di Sicurezza da parte dell'intera popolazione aziendale ed a corresponsabilizzarsi.

Ciò per renderli consci dei pericoli e dei rischi nell'ambiente di lavoro e per impedire comportamenti tali da determinare un'aggravamento dei rischi.

Perché tutto ciò possa realizzarsi, l'Organizzazione deve stabilire, con una procedura, in che modo e con quale frequenza coinvolgere i lavoratori nel sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro.

L'Organizzazione deve approntare una specifica procedura per gestire compiutamente l'informazione, la formazione e l'addestramento che includa anche la metodologia per il recupero degli assenti alle sessioni di formazione e per valutare l'efficacia della formazione, sia dopo i momenti formativi, sia nel tempo (uso di questionari con domande chiuse o aperte, discussioni di casi accaduti o simulati, dichiarazioni, a periodi stabiliti, dei preposti sul rispetto delle procedure di Sicurezza e sull'uso dei DPI da parte dei propri collaboratori).

Con la messa in pratica di una tale procedura, l'Organizzazione si impegna a definire, attuare e mantenere attive procedure per assicurare che le persone che lavorano sotto il suo controllo, siano consapevoli delle conseguenze, reali o potenziali, sulla SSL derivanti dalla loro attività lavorativa e dei benefici sul Sistema SSL dovuti ai miglioramenti della prestazione dei singoli addetti; del loro ruolo e delle responsabilità nel raggiungimento della conformità alla politica ed alle procedure SSL nonchè delle potenziali conseguenze dallo scostamento dalle specifiche delle procedure operative.

BIBLIOGRAFIA

- D.Lgs 81/2008 e testo coordinato con il D.Lgs 106/2009
- Accordo Stato-Regioni del 21/12/2011

■ **RAFFORZARE L'AUTORITÀ DELL'INFERMIERISTICA ITALIANA NEI SUOI AMBITI DI SVILUPPO**

Pugnochiuso - Vieste (Fg)
dal 25 al 28 maggio 2017

Pugnochiuso Resort

INFO: Telefono 081 19810398

mob. 349 7398399

E-mail segreteria@eventiecongressi.net

www.eventiecongressi.net

■ **XVI CONGRESSO ICISCU DIAGNOSTICA E TERAPIA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI MEET THE EXPERTS**

Brindisi dal 21/04/2017 al 22/04/2017

Sala Universitaria Palazzo Granafei Nervegna

INFO: Telefono 3392822937

E-mail segreteria@italianacongressi.it

■ **MEDIET - CORSO AVANZATO DI NUTRIZIONE E DIETETICA PEDIATRICA**

Bari 21/04/2017

Centro Congressi The Nicolaus Hotel

INFO: Telefono 0636381573

E-mail info@ideacpa.com

■ **IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO NELL'OCCLUSIONE VENOSA RETINICA**

Bari 21/04/2017

Clinica Oculistica, Aula "Cardia", Policlinico

INFO: Telefono 3392822937

E-mail segreteria@italianacongressi.it

■ **AGGIORNAMENTI IN DIABETOLOGIA - FENOTIPIZZAZIONE DELLA TERAPIA E DELL'AUTOCONTROLLO GLICEMICO NEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE TIPO 2**

Copertino 22/04/2017

Hotel Nuova Grottella

INFO: Telefono 066861458

E-mail b.value@businessvalue.it

■ **IDROSADENITE: NUOVE CONOSCENZE A CONFRONTO**

Lecce 22/04/2017

Hilton Garden Inn

INFO: Telefono 0818784606

E-mail adoisegreteria@italymeeting.it

■ **ELISOCCORSO H.E.M.S. (HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE) - H.S.R. (HELICOPTER SEARCH AND RESCUE)**

Acquaviva Delle Fonti

dal 24/04/2017 al 28/04/2017

Polo Formativo Universitario E.E. "F. Miulli"

INFO: Telefono 0805212194

E-mail perlichino@incontritaliacongressi.it

■ **NEXTVISION - PROGETTO DI FORMAZIONE SUL CAMPO PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL PATIENT JOURNEY**

Bari dal 26/04/2017 al 30/12/2017

Ospedale di Venere, Carbonara

INFO: Telefono 02881841

E-mail s.carra@lswr.it

■ **NEXTVISION - PROGETTO DI FORMAZIONE SUL CAMPO PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL PATIENT JOURNEY**

Gravina in Puglia

dal 26/04/2017 al 30/12/2017

Ospedale della Murgia «Fabio Perinei»

INFO: Telefono 02881841

E-mail s.carra@lswr.it

■ **LA CERTIFICAZIONE DEL PDTA PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE - MODULO INTERMEDIO**

Taranto dal 28/04/2017 al 23/06/2017

Istituto Pacinotti ed altre sedi regionali in videoconferenza

INFO: Telefono 099400493

E-mail segreteria@satacard.it

■ **CARDIOMONOPOLI 2017**

Monopoli dal 28/04/2017 al 29/04/2017

Hotel Vecchio Mulino

INFO: Telefono 3392822937

E-mail segreteria@italianacongressi.it

■ **ARGOMENTI DI NEUROSCIENZE - S.N.O.APPULO LUCANA 2017**

Brindisi dal 28/04/2017 al 28/04/2017

Sala Conferenze dell'autorità portuale

INFO: Telefono 025469356

E-mail a.gallicchio@smm-srl.it