

il DISOR DINE del'ORDINE



in evidenza

EDITORIALE

**PRIMO
PIANO**

**SICUREZZA
E BENESSERE**

L'IPASVI da
Collegio a
Ordine

Nuovo codice
deontologico: più
ombre che luci

Organizzazione
e gestione della
sicurezza



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° 3/4 maggio/agosto 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.editricelimmagine.it
Finito di stampare il 2 agosto 2017

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

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 Andreula, 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

Federica Abate, Anna Letizia Calaprice, Giovanni Carbone, Elena Chiefa, Vincenzo Inglese, Michela Lacasella, Rossana Lacerenza, Ivana Mastronardi, Angela Minenna, Antonella Perrucci, Antonio Venitucci.

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. 1/L, 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 **3/4**

EDITORIALE

3 L'IPASVI DA COLLEGIO A ORDINE
Saverio Andreula

PRIMO PIANO

**5 NUOVO CODICE DEONTOLOGICO:
PIÙ OMBRE CHE LUCI**
Salvatore Petrarolo

**8 LA QUALITÀ DIVITA DEL PAZIENTE PORTATORI
DI STOMIA**
Rosanna Lacerenza

IN PUGLIA

**10 L'IMPEGNO CONCRETO DELL'IPASVI BAT PER
LE SCUOLE "PIÙ" SICURE**
a cura del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI BAT

12 GESTIONE E SOSTITUZIONE DELLA SONDA PEG
Ruggero Rizzi

PROFESSIONE IN AZIONE

15 L'INFERMIERE FORENSE
Francesco Paolo Maffei

16 L'INFERMIERE SPECIALISTA DI FAMIGLIA
Grazia Tupputi

17 EMODIALISI DOMICILIARE (HHD)
Giovanni Carbone

**19 L'ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA DI
GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA**
Ivana Mastronardi, Angela Minenna

21 DISTURBI DI SALUTE MENTALE
Antonella Perrucci

23 CONTRASTARE L'EPIDEMIA DELLA CRONICITÀ
Giuseppe Marangelli

RICERCA INFERMIERISTICA

26 IL DOLORE NEL NEONATO PREMATURO
Carmela Marseglia, Federica Abate

PROMOZIONE SALUTE

**29 GLI STILI DI VITA INFLUENZANO LO STATO
DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**
Anna Letizia Calaprice, Antonio Venitucci

SICUREZZA E BENESSERE

31 RIFLESSIONI SUI VACCINI
Michela Lacasella

33 ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SICUREZZA
Vincenzo Inglese, Elena Chiefa

INSERTO 3/4

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO
Raffaele Cristiano Losacco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



L'IPASVI DA COLLEGIO A ORDINE

Nel periodo dei SALDI di fine legislatura

Saverio
ANDREULA



Molti giovani Collegi s'interrogano sulle ragioni che hanno indotto la Presidente della FNC Collegi IPASVI Barbara Mangiacavalli, con il Consiglio Nazionale IPASVI (massimo organo deliberante della FNC, com-

posto di tutti i presidenti provinciali dei Collegi IPASVI) a chiedere, attraverso atti formali e pubblici resi noti dalla stampa di settore a più riprese, la rapida approvazione del disegno di legge ribattezzato "Lorenzin" (Ministro della salute), che riforma gli ordini professionali esistenti; trasforma gli attuali Collegi in Ordini, aprendo all'istituzione di altri nuovi Ordini per le professioni sanitarie che né sono sprovviste.

I primi "giovani" pensieri, sulla presa di posizione della Presidente Mangiacavalli, si formano e crescono attorno all'idea che nell'attuale ordinamento le professioni sanitarie sono incardinate in un unico sistema di riconoscimento giuridico, ampiamente perfezionato dalla legge 43/2006 che reca: "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie, della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali".

In particolare, l'art. 1 precisa che: "...omissis... sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e

del D.M. sanità 29 marzo 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione. Inspiegabile, dunque, per molte giovani leve, comprendere le ragioni per cui gli Infermieri e gli Infermieri Pediatrici, pur alla presenza di un rinnovato ordinamento che ha modificato significativamente il proprio profilo giuridico dalla formazione all'esercizio professionale, continuano a disporre di un Ente di diritto pubblico denominato IPAS.VI. (Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici D'infanzia) che, a prescindere dall'evidente incongruenza lessicale per le professioni rappresentate, continua a chiamarsi Collegio. Tuttavia va detto, (è un mio parere personale, vissuto in prima persona e testimoniato dai fatti), che alcune "colpe" sulla mancata trasformazione del nostro Collegio in Ordine, ci appartengono e sono frutto della nostra incapacità di un'azione politica concreta. Guardando ai fatti, si rileva che la delega applicativa prevista dalla legge 43/2006 non è stata attuata a beneficio dell'IPASVI, a causa delle strategie e delle azioni sbagliate, prodotte dalla Presidente dell'epoca della FNC, Annalisa Silvestro (oggi Senatrice in quota Pd), poiché la stessa si prestò alla sottoscrizione di documenti in comune con un'infinità di associazioni professionali interessate alla nascita dell'Ordine, anziché "sostenere e proteggere" la ragione sociale IPASVI di semplice conquista del rango di Ordine all'interno di un contesto normativo (vedi nota in riquadro). In oltre 3 anni di iter parlamentare per l'approvazione della legge 43/2006 il risultato è stato quello di sostenere i desiderata delle altre professioni piuttosto che chiedere, con tre parole,

Testo della Pubblicazione a pagamento sul quotidiano REPUBBLICA del 30 agosto 2006

On. Livia Turco ministro della Salute

Prestazioni e assistenza sanitaria di eccellenza

Valutazione costante delle competenze e della professionalità

Verifica della deontologia professionale a tutela dei cittadini

- Queste sono le funzioni su cui devono impegnarsi e rendersi garanti gli Ordini delle professioni sanitarie;
- queste sono le funzioni su cui abbiamo reciprocamente convenuto;
- queste sono le funzioni che avremmo voluto vedere inserite nella bozza di decreto che il Consiglio dei Ministri ha oltre tutto utilizzato per modificare parti già definite nella legge n. 43/2006. E poi non ha comunque approvato in data 21 luglio 2006.

Gli oltre 500.000 professionisti sanitari chiedono il rispetto e il mantenimento dell'impegno e degli accordi precedentemente assunti dal suo dicastero, anche per continuare a credere nel loro lavoro e sostenere, con alta motivazione, un bene inestimabile come quello rappresentato dal Sistema salute del Paese.

Sig. Ministro conosciamo il Suo agire e vogliamo contare ancora Suo impegno.

*Annalisa Silvestro
in nome e per conto
delle sottoelencate Professioni sanitarie*

AIDI - UNID - AIFI - AIOraO - AIP - AITA - AITeP - AITIAL - AITN - AITNE
AITRPP - ANAP - FNAAI - ANDID - ANEP - ANPEC - ANTEL - ANUPI - ASSIATEL
ANTOI - FIOTO - ASNAS - UNPISI - FeNaAS i - FLI
FNCO Federazione nazionale Collegi ostetriche
FNC TSRM Federazione nazionale Collegi tecnici sanitari di radiologia medica
FNC IPASVI Federazione nazionale Collegi infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari.

cora che non hanno un Ente professionale. Insomma, un evidente pasticcio che pone in imbarazzo la capacità della "politica", e dei governi che si sono succeduti (vedi box) di mettere in equilibrio il sistema degli Ordini delle professioni sanitarie in ragione della considerazione che gli ordini, giacché Enti di diritto pubblico, sono a tutti gli effetti considerati soggetti sussidiari dello Stato regolatori, dell'esercizio professionale, poiché a essi è demandato il compito di tutelare i cittadini avendo riguardo alla qualità delle prestazioni sanitarie erogate. Apprezzabile, dunque, sul piano della correttezza istituzionale e non solo, l'esortazione della presidente della FNC IPASVI, Mangiacavalli, alla classe politica a portare a termine in questa legislatura l'iter approvativo

il legittimo cambio di abito per il Collegio. Ovviamente disfatta fu poiché tanto bastò al governo dell'epoca (Romano Prodi) per far decadere i termini della delega parlamentare con la proposta di un altro disegno di legge che mai ha interessato nemmeno i successivi governi. Evidentemente, ancora oggi, il quadro legislativo italiano sulle professioni sanitarie presenta un'evidente "risibile" doppio vuoto normativo che presenta un'insostenibile forma di discriminazione tra le stesse professioni sanitarie, alcune delle quali hanno un Ente professionale definito "ORDINE" e, altre, con la stessa struttura giuridica, riunite in "COLLEGIO" e altre an-

del disegno di legge che sostanzialmente ci consegna, oltre che pari dignità istituzionale con la professione medica, anche un impianto normativo avanzato, in sintonia con il rinnovato quadro normativo delle professioni sanitarie in generale. Intanto, i "rumors" che provengono dagli ambienti politici e professionali di "alto rango", sul rush finale del disegno di legge di riforma degli ordini, prospettano un futuro infuosto sull'approdo del testo in aula per questa fine legislatura. Aspettiamo di sapere.

LEGISLATURE E GOVERNI INADEMPIENTI DAL 2006 AL 2013 DEL RICONOSCIMENTO AL COLLEGIO IPASVI DEL RANGO DI ORDINE

- XIV Legislatura (30 maggio 2001 – 27 aprile 2006) Governo: Berlusconi (dal 23 aprile 2005 al 17 maggio 2006) – Ministro della Salute: **Storace**
- XV Legislatura (28 aprile 2006 – 6 febbraio 2008) Governo: Prodi II (dal 17 maggio 2006 al 6 maggio 2008) – Ministro della Salute: **Turco**
- XVI Legislatura (dal 29 aprile 2008 al 23 dicembre 2012) Governo Berlusconi IV (dall'8 maggio 2008 al 16 novembre 2011) – Ministro della Salute: **Fazio**
Governo Monti (dal 16 novembre 2011 al 27 aprile 2013) – Ministro della Salute: **Balduzzi**
- XVII Legislatura (dal 15 marzo 2013) Governo Letta (dal 28 aprile 2013 al 21 febbraio 2014) – Ministro della Salute: **Lorenzin**
Governo Renzi (dal 22 febbraio 2014 ad oggi) – Ministro della Salute: **Lorenzin**



NUOVO CODICE DEONTOLOGICO: PIÙ OMBRE CHE LUCI

L'analisi critica del testo realizzata dal magistrato Saverio De Simone al convegno di Pugnochiuso

Salvatore
PETRAROLO



I rilievi critici attraversano quasi tutta la bozza del nuovo Codice deontologico messo a punto dalla commissione di lavoro della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

Un viaggio tra

punti deboli e qualche ridondanza che, a conti fatti, si conclude con una bocciatura se non sonora, ma comunque rumorosa dal testo portato all'attenzione degli iscritti e che dovrebbe entrare in vigore il prossimo anno.

E' un'analisi lucida quella fatta dal dottor Saverio De Simone, presidente della prima sezione civile del Tribunale di Bari, in occasione del suo intervento a Pugnochiuso nel corso della tre giorni organizzata dai Collegi Ipasvi di Bari e della Bat nello scorso mese di maggio. La lettura critica della bozza del Codice deontologico, sotto gli occhi attenti della presidente della Federazione, Barbara Mangiacavalli e di centinaia di professionisti infermieri presenti in platea, ha ulteriormente arricchito il dibattito attorno ad un testo che non sembra aver sollecitato gli entusiasmi dei 440mila infermieri in tutta Italia. A giudizio di De Simone già nei primi articoli ce ne sono alcuni controversi come il 3 e il 5: nel primo caso "è importante il richiamo alla tutela della dignità e libertà del paziente, dell'eguaglianza che impone

a tutti i professionisti della sanità di trattare allo stesso modo il paziente» commenta il magistrato.

«Più di una perplessità suscita il richiamo di questo articolo (il 3) al rispetto delle esigenze di vita del paziente. Cosa significa? Che l'infermiere deve rispettare anche le scelte di fine vita del paziente? E' necessario prendere una posizione molto chiara sulla questione del fine vita in un codice deontologico". Non meno critico è De Simone sull'articolo 5: "E' molto vago il richiamo alla necessità dell'infermiere di analizzare i dilemmi etici. E' un'affermazione molto generica, fin troppo vaga, di difficile collegamento con la realtà. Non riesco a capire quale sia il campo pratico di operatività di questo principio".

Altrettanto generico, ad una prima lettura del Codice deontologico, il magistrato barese aveva giudicato il richiamo all'articolo 2 all'ideale di servizio: "La ritenevo una norma inutile - dichiara - ma se, come mi ha spiegato la presidente Mangiacavalli, per ideale di servizio si deve intendere la preminenza assoluta dell'attività dell'infermiere in funzione degli interessi del paziente, allora si tratta di una norma utilmente richiamata". Non mancano i punti deboli, a giudizio di De Simone, anche negli articoli dal 6 a 10: "Mi sembra di cogliere una contraddizione nell'articolo 6 a proposito della clausola di coscienza. Contraddizione tra la possibilità, per l'infermiere, di ricorrere alla clausola di coscienza o, comunque, più in generale all'obiezione di coscienza da una parte e dall'altra di dover assicurare la cura



sino all'ultimo. Come sia possibile coniugare, sia dal punto di vista deontologico che pratico quasi due concetti è abbastanza problematico". Non meno perplessità sollevano gli articoli 7 (sulla tutela dell'ambiente) e 8 (sulla promozione dei corretti stili di vita): "Nel primo caso il richiamo mi sembra fin troppo generico. Sarebbe stato opportuno parlare della tutela dell'ambiente di lavoro" commenta De Simone. "Nel secondo viene da chiedersi: cos'è uno stile di vita sano? E poi, se l'infermiere non si attiene ad uno stile di vita sano potrebbe andare incontro a sanzioni disciplinari?".

Di ancor più difficile lettura, a giudizio del magistrato barese, è l'articolo 9 (sulla formazione permanente): "Ci sono troppe frasi involute, quando andava scritto con maggiore semplicità". A salvarsi, invece, è l'articolo 10: "La lealtà dei comportamenti è importantissima". Non mancano articoli doppioni, o altri che sono pieni di parole e vuoti di contenuti come spiega De Simone andando avanti nella sua lettura critica del nuovo Codice deontologico. Una bocciatura netta riguarda l'articolo 11: "Sostanzialmente è un doppione dell'articolo 10" ha spiegato il magistrato alla platea di infermieri presenti al convegno. "L'articolo 11 impone all'infermiere di agire secondo il suo livello di conoscenza.

Ma uno dei casi più frequenti di responsabilità professionale del sanitario è proprio quello relativo all'eccesso di confidenza nei propri mezzi, dai quali può derivare colpa professionale grave".

A giudizio del magistrato barese "quando l'infermiere o qualsiasi operatore della sanità, non è in grado di affrontare, sulla base delle sue conoscenze personali e professionali, un determinato caso clinico è necessario che debba ricorrere alla supervisione di altri". Inoltre, sottolinea De Simone, "non deve rifiutare la cura o la terapia per ragioni di pavidità e non deve cimentarsi in un'operazione commissiva che, però, non essendo in grado di svolgere in maniera professionale, può determinare un danno". E se, nell'articolo 12, è fondamentale il richiamo alla prudenza dei comportamenti, a giudizio del magistrato del Tribunale di Bari, è "una norma vuota" l'articolo 13 del Codice deontologico. "Si parla di interazione e integrazione professionale ma si tratta di

concetti generici. Tutto ciò che non qualifica l'attività dell'infermiere è inutile per il Codice deontologico" ammonisce De Simone. Anche per l'articolo 14 (sul dovere di informazione) per il magistrato barese

"una specificazione servirebbe", soprattutto quando si parla della risposta curativa che deve essere sempre svolta nei limiti delle proprie competenze professionali. Se non un doppione, l'articolo 15 (sui temi morali) "avrebbe potuto essere collegato all'articolo 8" sottolinea De Simone. "E' una norma molto importante perché fa riferimento alla persona curata che sia liberata dal dolore". Non mancano spunti interessanti, come quello fornito dall'articolo 16 "perché prende atto della multiculturalità del nostro Paese" commenta De Simone. In quell'articolo si impone all'infermiere "di consentire contatti del paziente con la propria comunità di provenienza e di rispettare la dimensione interculturale".

Problematico è definito l'articolo 17 (l'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico): "Non ho capito - sottolinea il magistrato - se l'infermiere è obbligato a conoscere quanto il medico abbia prescritto per la cura e la terapia del paziente o la norma si riferisce genericamente al dovere dell'infermiere di conoscere tutto il sapere infermieristico".

Ha motivi d'interesse l'articolo 18 che richiama l'infermiere ad adoperarsi affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie dei propri bisogni di vita, mentre l'articolo 19 "è problematico dal punto di vista della responsabilità disciplinare che impone all'infermiere di tacere, quando lo richiede espressamente il paziente, sulle sue condizioni di salute". Fondamentale è ritenuto l'articolo 21 "perché richiama un dovere che trova il suo fondamento nel codice di procedura penale. L'infermiere - spiega De Simone - che è a conoscenza di maltrattamenti deve, ovviamente, denun-





ciarli all'autorità giudiziaria ma deve anche attivare perché si possa intervenire con la massima tempestività possibile". Per il magistrato barese, invece, è superfluo l'articolo 22 con il quale si richiama la necessità di tenere in conto la volontà del minore: "La si sarebbe potuta collegare all'articolo 14 dove si parla del dovere di informazione". E anche l'articolo 25 prevede un dovere fin troppo generico: "E' una norma assolutamente inutile perché l'infermiere non soltanto quando utilizza i mezzi informatici, ma sempre deve comportarsi secondo correttezza, deve ispirarsi ai principi della veridicità e della trasparenza". Con l'articolo 26 si torna al problema del fine vita "che è delicatissimo" commenta De Simone. Lo è perché si pone in contraddizione con quanto scritto nell'articolo 3: "Si deve rispettare per un verso la scelta del paziente di non sopportare delle cure che non ritenga adeguate alla propria concezione del benessere di vita e, d'altra parte si impone al sanitario di proseguire con la cura sino alla fine. Anche questa mi sembra una contraddizione". Perplexità accompagnano l'articolo 28 perché "si attribuiscono all'infermiere funzioni che, francamente, mi pare vadano ben oltre i limiti delle sue competenze. Si tratta di competenze – spiega De Simone – di natura prettamente psicologica che non rientrano nel patrimonio tipico della figura professionale dell'infermiere".

Anche nel caso dell'articolo 29 (importanza della presenza della figura professionale nei processi decisionali anche a livello organizzativa e gestionale), a giudizio del magistrato barese ci sono pericoli per l'infermiere: "Coinvolgerlo in decisioni di tipo gestionale e di tipo strettamente logistico, non fa parte del suo campo di esperienza e di operatività".

Uno dei pochi articoli della nuova bozza di Codice deontologico a superare l'esame è il 30, nel quale si parla di concorso alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico: "E' una norma fondamentale – sottolinea il dottor De Simone – che trova il suo addentellato nella legge Gelli che parla di sicurezza delle cure e della persona prima ancora che della responsabilità professionale nell'esercizio dell'attività sanitaria". Tornano le criticità nell'articolo 31 o, per dirla con le parole del magistrato barese,

riaffiorano le perplessità: "Quando si scrive che l'infermiere deve aderire fattivamente alle procedure operative e alle metodologie di analisi significa che l'infermiere deve accettare supinamente la terapia ed eseguirla così come gli è stato richiesto dal medico o si può legittimamente rifiutare di farlo in forza delle proprie conoscenze e della propria coscienza?".

In più di un'occasione gli articoli del nuovo Codice deontologico appaiono ridondanti, come nel caso dell'articolo 32 che impone all'infermiere di proteggere la persona assistita da eventi accidentali e dannosi. Importante, ma probabilmente da scrivere in maniera diversa, è l'articolo 33 (quello relativo alla clausola di salvaguardia) che dovrebbe contenere gli effetti dell'attuale articolo 49 (il famigerato demansionamento): "L'avrei scritta in maniera diversa – spiega De Simone – facendo riferimento alla necessità che di fronte ad una situazione di contesto poco chiara o non rispondente alle esigenze del paziente, l'infermiere proponesse soluzioni alternative conforme a legge. Non soltanto rispetto alla propria dignità professionale ma anche rispetto alla dignità e alla libertà del paziente". Va inserito nella schiera degli articoli da promuovere con riserva il 34: "E' importante il richiamo alla libertà di condizionamenti, di interessi e di pressioni, ma anche in questo caso la norma avrebbe dovuto essere scritta in maniera più generica, altrimenti resta ambigua".

Nessun dubbio sull'importanza dell'articolo 35 dal punto di vista sindacale, fin troppo esposto a critiche, invece, è l'articolo 39: "Si dice che l'infermiere ha l'obbligo di tutelare il proprio nome e il proprio decoro, ma in questo caso il rischio disciplinare è elevatissimo a fronte di una scelta di natura personale. Sarebbe stato opportuno – spiega De Simone – non sacrificare una scelta personale ad un dovere di categoria ma stabilire che l'obbligo di querelarsi o di proporre un'azione civile risarcitoria poteva sussistere solo quando, attraverso l'offesa del singolo, si denigra l'intera categoria professionale". Utilissimo è l'articolo 40 (il dovere dei sindacalisti di agire con correttezza e trasparenza), ma nel complesso il nuovo Codice deontologico "non può risolvere né prevenire i problemi interni della categoria infermieristica" sentenza De Simone.

LA QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA

Vincitore premio IPASVI BAT 2017

Rosanna
LACERENZA



Lo scopo della mia tesi è stato quello di indagare circa la qualità di vita del paziente stomizzato e capire quali aspetti di vita vengono maggiormente condizionati dalla

stomia, al fine di scoprirne i punti critici sui quali potenziare l'assistenza infermieristica ponendo in essere degli interventi volti ad aumentare il benessere dello stomizzato favorendo una più semplice accettazione della nuova condizione di vita. I pazienti vanno incontro a incredibili cambiamenti dell'immagine corporea, della sessualità, della qualità della vita, della funzione di ruolo, i quali possono impedire o ritardare l'accettazione della stomia. Per la raccolta dati mi sono avvalsa di uno strumento validato a livello nazionale il questionario Stoma QoL (quality of life), che mira a valutare la qualità di vita degli stomizzati in ogni singolo aspetto: è affidabile, di facile comprensione e analizza le difficoltà degli stomizzati. Inizialmente vi è una parte anagrafica, che consente di avere informazioni circa l'età dei pazienti, la diagnosi, il tipo di intervento; mentre nella seconda sezione vi sono domande specifiche volte a studiare la capacità di autogestione, l'ansia, la capacità di relazionarsi con gli altri, con la famiglia,

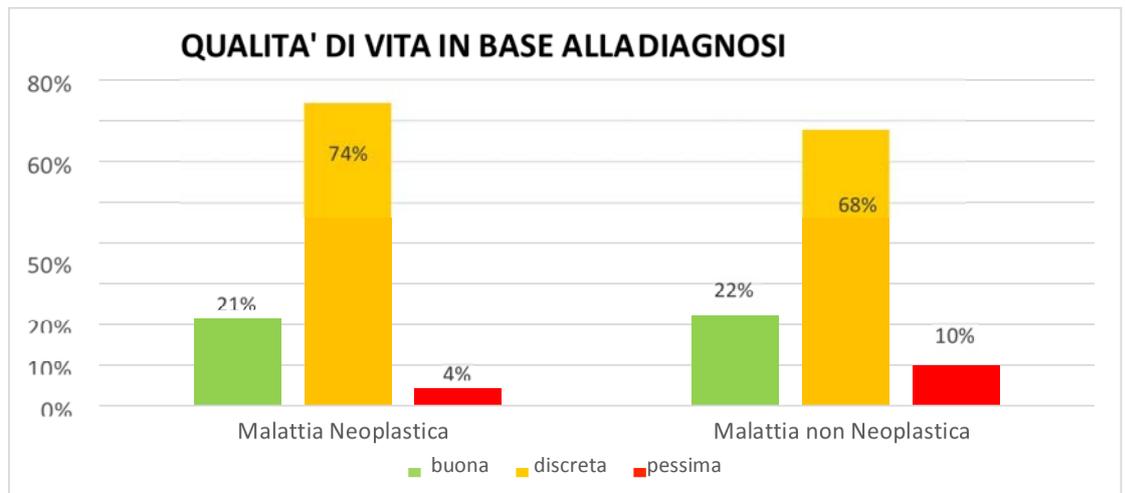
la vita sessuale ed altri aspetti. Il mio studio di ricerca è stato condotto da Aprile a Luglio 2016 per un totale di 163 questionari raccolti. I dati sono stati raccolti presso l'AISTOM di Bari, l'ABS, e in gruppi di stomizzati su Facebook. Ho costruito dei grafici in relazione alle risposte ottenute da ogni quesito presente nel questionario stoma QoL e in base a queste ho calcolato un punteggio, in fede al quale è possibile parlare di un livello di qualità di vita scarso, discreto o ottimo.

In seguito, sulla base dei risultati ottenuti ho effettuato un'analisi correlata per capire come la qualità di vita fosse influenzata da altri aspetti come il sesso dei pazienti, la diagnosi, il tipo di sistema di raccolta ed altri aspetti significativi. I risultati globali hanno testato in media una qualità di vita discreta. Il grafico è uno dei tanti che ho costruito ed è il frutto dell'analisi correlata che mostra in percentuale come si distribuiscono i soggetti classificati in relazione al punteggio ottenuto dallo stoma QoL, considerando la diagnosi.

Per la costruzione di questo grafico ho suddiviso le diagnosi derivanti dalle risposte in due grandi blocchi riconducibili a diagnosi neoplastiche e diagnosi non neoplastiche. Il grafico mostra come i soggetti con una diagnosi a carattere neoplastico presentino livelli di qualità di vita migliori rispetto ai soggetti presentanti una diagnosi a carattere non neoplastico. In relazione al mio studio, contrariamente a quanto si possa pensare, si potrebbe affermare dunque che la diagnosi non è un fattore decisivo nella deter-



minazione della qualità di vita dello stomizzato. In conclusione di questo lavoro di ricerca ho ritenuto opportuno proporre un potenziamento dell'assistenza da parte dell'infermiere per cercare di condurre il soggetto alla riabilitazione attraverso una autogestione della stomia; tale obiettivo può essere raggiunto anche attraverso l'ausilio di strumenti contenenti delle indicazioni ed i relativi passaggi da eseguire per la sostituzione del presidio di raccolta, o anche attraverso l'incentivo di attività come quella posta in essere dai centri di stomizzati che forniscono un valido aiuto e sostegno ai pazienti. È importante dal punto di vista infermieristico essere sempre vicino al paziente anche dopo l'ospedalizzazione, fornendo un maggiore supporto psicologico, favorendo l'adattamento alla nuova condizione



di vita cercando di abbattere ogni difficoltà. L'infermiere deve essere un punto di riferimento per il soggetto portatore di stomia il quale deve sapere di poter fare riferimento su di esso. Bisogna sviluppare l'attività di counseling infermieristico ed è importante garantire la piena disponibilità per rispondere sempre a dubbi ed incertezze. L'infermiere deve incentivare il sostegno da parte della famiglia, che rappresenta in genere per lo stomizzato una boa di salvataggio ed il cui appoggio risulta essere molto prezioso per una piena riabilitazione.

PREMIO IPASVI BAT 2017

Un appuntamento che si rinnova: come, ormai da tradizione, in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere, celebrata lo scorso 12 maggio, il Collegio Ipasvi Bat ha proclamato i vincitori del Premio Ipasvi giunto all'ottava edizione.



La Commissione giudicatrice, al termine dell'analisi dei 16 elaborati giunti presso la sede del Collegio, ha proclamato i tre vincitori. Si tratta di Rosanna Lacerenza con il suo elaborato "La qualità della vita del paziente portatore di stomia"; al secondo posto si è classificata Chiara Valentino con "La gestione dell'asma nel paziente pediatrico: studio osservazionale del self management e dell'aderence nelle pediatrie dell'Asl Bat; il terzo posto è stato assegnato a Nunzi Dibenedetto con il lavoro dal titolo "Il ruolo dell'infermiere nella gestione della terapia biologica endovenosa e nell'educazione in pazienti affetti da malattia reumatica".

Le tre vincitrici (nella foto) sono state premiate dal Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi Bat in occasione dell'evento formativo dal titolo "L'infermiere accanto al cittadino: percorsi di cura nella rete dei servizi territoriali" ospitato nella sala rossa del Castello Svevo di Barletta.

L'IMPEGNO CONCRETO DELL'IPASVI BAT PER LE SCUOLE "PIÙ" SICURE

I dati di #nursing4children



a cura del
CONSIGLIO DIRETTIVO

Le scuole della provincia Barlettiana-Andriatranese sono più sicure; infatti,

il Collegio IPASVI BAT in ottemperanza ai principi etici e deontologici dell'infermiere ha realizzato un percorso di formazione intitolato "SCUOLE SICURE" - #nursing4children-. L'offerta formativa è stata rivolta principalmente alle insegnanti delle scuole Materne dell'Infanzia provviste di mensa.

Durante gli eventi hanno preso parte tanto al topic teorico quanto al pratico anche i genitori, nonni e parenti dei bimbi frequentanti compresi i collaboratori scolastici.

Il progetto, partito due anni fa, nell'ultimo anno è stato premiato e finanziato anche dalla Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. La scelta dei luoghi ove formare il personale docente (e non) è derivato dalle disponibilità pervenute tramite le scuole Materne dell'Infanzia, previo invito dell'Ente. Tale progetto ha avuto notevole riscontro e diversa utilità nella sfera professionale e privata dei partecipanti.

Per saggiare la qualità dei formatori, il li-

vello dell'offerta formativa proposta e apprezzare il feed-back dei discenti è stato elaborato un questionario.

Quest'ultimo, elaborato ex-novo e dispensato a fine corso, ha garantito l'opportunità di poter finalizzare un lavoro di continuo miglioramento e consapevole autocritica.

Vista la delicatezza e la complessità dei concetti da trasmettere hanno partecipato all'iniziativa Infermieri esperti e formati in materia, in grado di erudire i contenuti teorico/pratici con padronanza e leadership. Le sessioni formative sono state divise in due tranche, ovverossia una parte teorica di circa 45 minuti ed una pratica della durata di almeno 90 minuti, con la costituzione di isole di lavoro in cui i partecipanti avevano modo di esercitarsi e saggiare sia quanto incamerato durante la lezione front-line e sia per mettere in pratica su manichini dedicati quanto assimilato durante la sessione practice.

I temi affrontati sono stati la disostruzione e la corretta manovra di rianimazione cardiopolmonare, nel lattante, nel bambino e cenni di R.C.P. nell'adulto.

La partecipazione ai diversi incontri è stata feconda e dicotomica: dati alla mano e depositati in Collegio ed analizzati dagli esperti che hanno partecipato come docenti al corso suggeriscono che in media hanno seguito il seminario informativo circa il 60% del personale scolastico (in maggioranza docenti) ed il restante 40% famigliari. Sono stati formati ex novo, ovverossia partecipanti che non avevano mai seguito



MANOVRE PER LA DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO NEL LATTANTE

IPASVI INFERRMIERI ASSISTENTI SANITARI INFERRMIERI PEDIATRICI BARLETTA - ANDRIA - TRANI

SECONDO LE LINEE GUIDA I.C. (ITALIAN RESUSCITATION COURSE)

1 IL LATTANTE SI GEMME E NON RESPIRA, NON PIANGE, NON RIDICE A TORSI

2 CHIEDI AIUTO E FAL ATTENDERE IL 118

3 INIZIA LE MANOVRE CON LA FREQUA MANGIOLARE

4 GEMME DEL LATTANTE A CANALLO DEL BRACCIO IN POSIZIONE DELIVE

5 5 PINCIE INTERSCAPOLARI CON UNO DI PUGIA LATERALE (PER NON COLPIRE IL CAPO)

6 RIGIRA IL LATTANTE CON CAUTALE TENDENDO PER LA TESTA

7 TERMINA LA MANOVRA CON LE GEMME DEL LATTANTE A CANALLO DEL BRACCIO E RIFORMA IL BRACCIO E RIFORMA IL BRACCIO

8 5 COMPRESSE LENTE E PROFONDE AL CENTRO DELLO STERNO

9 ALTERNA LE 5 PINCIE A 5 COMPRESSE LENTE E PROFONDE FINO A SUBITO RIFORMA AVVENUTA

10 SE QUESTE MANOVRE NON HANNO SUCCESSO IL LATTANTE PERDE CONSCENZA LATTANTE INCOSCIENTE

11 POSIZIONA IL LATTANTE SU UN PIANO RIGIDO CON IL CORPO IN POSIZIONE NEUTRA

12 CHAMA IMMEDIATAMENTE IL 118

13 INVIA IL NUMERO 118 AL COLLEGIO IPASVI BARLETTA ANDRIA

14 ESSELE E TENDENDO VENTILAZIONE BOCCA-BOCCA NASO MANTENENDO IL CAPO IN POSIZIONE NEUTRA

15 INIZIA RIVIAZIONE CARICO POLMONARE 30 COMPRESSE TORACICHE E 2 VENTILAZIONI BOCCA-BOCCA NASO

16 SE NON L'HA COME FALLO CHAMA IL 118 SENZA ABANDONARE IL NICHIATO, SE NECESSARIO PORTALO CON TE

17 CONTINUA L'ASSISTENZA ALTERNANDO 30 COMPRESSE AL 2 VENTILAZIONI BOCCA-BOCCA NASO

18 ARRIVO DEL 118

IPASVI BAT Via Margherita di Borgogna n.74 - 76125 - Trani (BT) Tel. 083482300 - Fax. 083481193 Email: bat@ipasvi.org.it Site: www.ipasvi.it

Costruiamo un nuovo futuro insieme.

Uno dei due totem (lattante e bambino) donato alle mense delle scuole formate

un corso di disostruzione neonatale e pediatrica, l'84% dei candidati. Al termine di ogni incontro è stato consegnato all'Istituto un poster (50X70) con immagini riconducibili alle manovre idonee alla disostruzione. La modalità di rilevazione e di contatto con le unità statistiche destinarie del percorso formativo, oltre al debriefing post addestramento ed addestramento, è stato l'utilizzo del questionario cartaceo. La codifica delle variabili è stata realizza-

ta su foglio word con relativo commento e successivamente graficizzate su foglio di lavoro Excel. Nessuna fase di editing nella digitalizzazione dei dati e nel loro maneggiamento. Ci sono stati in totale 538 partecipanti. Circa 460 hanno espresso parere favorevole sulla adeguatezza della durata del corso e il restante propone di aumentare i tempi teorici e pratici. Significativi sono stati i riscontri che sono emersi nelle risposte aperte, in cui venivano rafforzati i presupposti di importanza delle isole di apprendimento pratiche e la qualità delle nozioni trasmesse. Circa l'80% ha espresso parere positivo sia in virtù del fatto che il corso

avrebbe contribuito ad una potenziale utilizzabilità delle tecniche imparate durante le attività di lavoro di insegnamento; e sia in virtù dell'acquisizione di nuove competenze, conoscenze e capacità nell'ottica di un potenziale utilizzo delle procedure di intervento su paziente pediatrico o neonatale. L'impatto percettivo del Corso è stato notevole: il 100% dei partecipanti raccomanderebbe questo corso a conoscenti e colleghi.

GESTIONE E SOSTITUZIONE DELLA SONDA PEG

Progetto di implementazione della procedura
in ASL Bari

Ruggero
RIZZI



Gli accessi artificiali al tubo digerente comprendono il posizionamento di sonde naso-enterali (sonda naso-gastrica, naso-duodenale o naso-digiunale), il confezionamento delle

stomie mediante esame endoscopico gastrico (Per-Endoscopic-Gastrostomy, PEG) o digiunale (Per-Endoscopic-Jejunostomy, PEJ) o mediante intervento chirurgico sull'addome.

La sonda ed i bottoni PEG sono compresi tra i presidi che consentono di effettuare la nutrizione artificiale per via intestinale in tutti quei pazienti che non riescono ad alimentarsi per via orale (ad esempio pazienti affetti da patologie neurologiche acute e croniche) e permettono, inoltre, di effettuare terapie farmacologiche particolari come, ad esempio, nella Malattia di Parkinson in cui, attraverso una sonda PEJ inserita in duodeno/digiuno, si infonde in continuo una miscela di levodopa/carbidopa.

La gestione della sonda PEG e del bottone PEG prevede una serie di interventi differenti a seconda della distanza di tempo dall'atto del primo posizionamento, dallo specificità dell'utilizzazione del presidio, dalle eventuali complicanze.

Numerose sono le linee guida e le procedure per la corretta gestione della sonda PEG

pubblicate a livello nazionale ed internazionale (4-9, 13, 16, 17, 20).

In ASL Bari è stato adottato con Deliberazione n. 841 del 4 maggio 2016 il protocollo operativo "Procedura per la gestione infermieristica della sonda PEG e della gastrostomia nel paziente in ADI II e III livello (adulti/bambini)" (10).

In data 16 febbraio 2017 la "Commissione Aziendale Permanente Verifica Controllo e Validazione Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed Assistenziali" (CVLP) dell'ASL Bari ha approvato all'unanimità la procedura di implementazione del protocollo operativo.

Il 24 febbraio 2017 si è tenuto un evento formativo accreditato ECM per la presentazione del Progetto di Implementazione cui ha partecipato il vice Presidente del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Bari, dott. Roberto Greco.

La discussione, nel corso dell'evento formativo, ha fatto emergere, tra gli altri, due dati che riteniamo di particolare interesse:

la disponibilità espressa dal dott. R. Greco a nome del Collegio di Bari dell'IPASVI a sostenere il percorso di implementazione del protocollo operativo di Gestione della sonda PEG che vede il riconoscimento, da parte della Direzione Strategica della ASL Bari, della centralità del ruolo dell'Infermiere delle Cure Domiciliari; a tale proposito è stata espressa piena convergenza da parte degli Organizzatori della giornata (U.O.C. Rischio Clinico e Qualità ed U.O.S.V.D. Fragilità e Complessità Assistenziale) sulla istanza avanzata dal vice Presidente IPASVI



di Bari a modificare/aggiornare il protocollo operativo alla luce delle novità che emergeranno durante il processo di implementazione;

la questionabilità della competenza infermieristica nella procedura di sostituzione a domicilio della sonda PEG a palloncino espressa da una Coordinatrice Infermieristica partecipante all'evento formativo.

A proposito di quest'ultima questione è emerso chiaramente, nel corso della giornata di aggiornamento, che, fermo restando la necessità di effettuare il cambio della sonda PEG di primo impianto presso una struttura ospedaliera, numerose sono le disposizioni emanate nel territorio nazionale che fanno rientrare tra le competenze infermieristiche la manovra di sostituzione della sonda PEG a palloncino a domicilio del paziente; condizione fondamentale ai fini della sicurezza del paziente e degli Operatori Sanitari è che l'Infermiere (così come, d'altra parte, il Medico) che effettui la manovra sia adeguatamente formato.

Nel 2014 è stato pubblicato sulla nostro giornale un articolo (11) che ha riguardato la gestione dei pazienti portatori di gastrostomia endoscopica percutanea e di sonda PEG per la nutrizione artificiale domiciliare. Le conclusioni del lavoro sono state: "[...] La nostra indagine ha evidenziato come le modalità di gestione dei pazienti portatori di gastrostomia percutanea endoscopica siano disomogenee sul territorio nazionale e che i servizi infermieristici domiciliari hanno un ruolo importante nella gestione di questi pazienti, [...]"

La sostituzione al letto del paziente delle sonde a palloncino è comunque pratica comune in circa un terzo dei centri e crediamo possa essere ulteriormente promossa con un'adeguata formazione degli operatori".

Numerose sono le Aziende Sanitarie che nel nostro paese hanno emanato documenti nei quali chiaramente si afferma che la gestione e la sostituzione della sonda PEG possa essere effettuata a domicilio da personale infermieristico adeguatamente formato.

In regione Veneto è stata emanata nel 2010 la DGR n. 142 con la quale si approvava il "Documento sull'assistenza infermieristica ai pazienti in nutrizione enterale domiciliare"; nella sezione Sostituzione della sonda PEG, è riportato: "La manovra può

essere eseguita da medici e/o infermieri opportunamente addestrati"(12); il Percorso Inter-Aziendale Delle Province di Treviso e Belluno per la Gestione Della Nutrizione Enterale a cura del Gruppo di Lavoro Inter-Aziendale sulla Nutrizione Artificiale delle ULSS 1,2,7,8 e 9 prevede a pag. 25 del documento "Gestione del paziente in nutrizione enterale ospedaliera e domiciliare" che la sonda PEG, dopo la sostituzione della sonda di primo impianto "... potrà essere successivamente sostituita, anche a domicilio del paziente. [...] da medici e/o infermieri opportunamente addestrati" (13).

Nell'ASL di Reggio Emilia è stata definita, tra la Prestazioni Operative del Tratto Digestivo Superiore e Inferiore, la specifica prestazione "Posizionamento Endoscopico e Rimozione Gastrostomie Percutanee (PEG)"; nella sezione: Informazioni Sulla Manovra di Posizionamento è riportato: "... Quando la PEG di primo impianto è usurata potrà essere rimossa da personale medico in diversi modi: manualmente per trazione o , se qualora non fosse possibile, per mezzo di una gastroscopia.

Se necessario, la si sostituisce inserendone un'altra attraverso il foro residuo della parete addominale.

Questa sonda di sostituzione è una sonda a palloncino e potrà in futuro essere cambiata anche dal personale infermieristico specializzato, al domicilio del paziente" (14).

Iori V. e co-autori in un articolo pubblicato nel 2013 affermano: "...La sostituzione delle sonde a palloncino è agevole e nella Provincia di Reggio Emilia è eseguita al letto del paziente da parte di infermieri dei servizi domiciliari..." (15).

Nell'Azienda USL Pescara l'U.O.S. Assistenza Intermedia ha elaborato il "Percorso Clinico Assistenziale NUTRIZIONE ARTIFICIALE A DOMICILIO" ove si afferma: "le manovre di rimozione e sostituzione devono essere eseguite da personale esperto (Medici e/o Infermieri)" (16).

Nell'ASL ROMA H, come riportato nelle "Istruzioni Operative Per la Gestione della Nutrizione Enterale a Domicilio", la sostituzione della sonda PEG può essere effettuata o dall'Infermiere o dal Medico (17).

Soscia J. e co-autori (18), in un articolo pubblicato nel 2011 riferiscono che la sonda PEG a palloncino nei bambini può essere

sostituita da personale sanitario e laico adeguatamente formato, compresi i genitori ed il bambino stesso: "Many health care providers, parents and children themselves can be trained to replace most balloon-filled G tubes". Mc Ginnis (19) in un lavoro pubblicato nel 2013 inseriscono tra le competenze degli infermieri la sostituzione delle sonde PEG: "Replacing a gastrostomy tube is within the scope of practice of registered nurses". L'Agency For Clinical Innovation (20) afferma chiaramente che qualsiasi persona, purchè adeguatamente formata, può sostituire la sonda PEG: "Changing a gastrostomy tube or device at the bedside or in a clinic/home setting should only be performed by individuals who have adequate skills and training. There should be a

process in place to ensure health care professionals replacing gastrostomy tubes and devices are appropriately qualified."

Infine nel 2016 il National Nurses Nutrition Group (21) ha emanato delle Linee Guida per le corrette norme per la sostituzione infermieristica della sonda PEG.

CONCLUSIONI

La gestione della sonda PEG a domicilio del paziente, compresa la sostituzione domiciliare delle sonde a palloncino, può essere effettuata da infermieri adeguatamente formati.

L'IPASVI promuove percorsi di implementazione locale di protocolli operativi o procedure soprattutto quando venga riconosciuta la centralità del ruolo dell'Infermiere nelle cure ai pazienti.

IPASVI BAT: PRONTA LA NUOVA CARD PER GLI ISCRITTI

Una importante novità è rivolta agli iscritti del Collegio Ipasvi della provincia Barletta-Andria-Trani. Il Consiglio direttivo, infatti, ha da poche settimane avviato le procedure per la sostituzione del vecchio tesserino di iscrizione all'Albo Professionale, con una nuova card rinnovata sia sotto l'aspetto grafico che nella sua composizione materiale (il nuovo tesserino di fatto è più rigido). La nuova card è già disponibile per tutti gli iscritti dell'Ipasvi Bat e basterà prendere contatto con la segreteria del Collegio (nelle giornate di lunedì e venerdì dalle ore 16 alle 19) per concordare il ritiro del tesserino. La decisione del Consiglio direttivo di procedere al rinnovo dei tesserini è frutto della volontà di stare al passo con i tempi e rafforzare l'identità di appartenenza alla comunità infermieristica. Inoltre nei prossimi giorni a tutti gli iscritti saranno offerti nuovi servizi che saranno disponibili anche on line.



BIBLIOGRAFIA

- SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie: "Linee Guida sulla: Nutrizione Artificiale Domiciliare. Scaricabili al sito: http://www.sifoweb.it/images/pdf/attivita/attivita-scientifica/aree_scientifiche/nutrizione_clinica/linee_guida_agenas_nad.pdf
- IPASVI. Gestione della sonda PEG. Consultabile al sito: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/gestione-della-peg-id53.htm>
- Abbruzzese G, Barone P, Bonuccelli U, Lopiano L, Antonini A. (2012) Continuous intestinal infusion of levodopa/carbidopa in advanced Parkinson's disease: efficacy, safety and patient selection. *Funct Neurol*, 2012; 27:147-54.



L'INFERMIERE FORENSE

La presa in carico della vittima di violenza

Francesco Paolo
MAFFEI



La violenza sessuale è un problema che è presente in tutte le culture e a tutti i livelli della società. Anche se la maggior parte delle vittime sono donne, non va dimenticato che anche gli uomini, gli anziani ed i bambini spesso subiscono violenza sessuale. Le conseguenze della violenza sessuale sono molteplici: dalle gravidanze indesiderate alle malattie sessualmente trasmesse, dall'instaurarsi di un circolo vizioso in cui la vittima diventerà carnefice alle ripercussioni a livello psicologico e psichiatrico, quali depressione, abuso di sostanze, stress posttraumatico e inclinazione al suicidio. Anche se nella maggior parte dei casi l'episodio di violenza sessuale non viene denunciato, le vittime comunque tendono a cercare assistenza medica e spesso si trovano ad essere assistite da personale sanitario non specializzato e non preparato a gestire questo tipo di paziente. La vittima di violenza sessuale ha bisogno di poter accedere a servizi e a personale in grado di fornire un'assistenza completa ed efficace, capace di valutare le conseguenze non solo fisiche ma anche psicologiche di un'esperienza altamente traumatica, nonché di iniziare il processo di guarigione ed elaborazione. Oltre a fornire assistenza sanitaria immediata, è necessario che il profes-

sionista sanitario sia in grado di mettere la vittima in contatto con coloro che la seguiranno dopo la dimissione dal pronto soccorso (associazioni specializzate nell'assistenza psicologica, servizi sociali e legali) e fungere da punto di riferimento per le Forze dell'Ordine. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, l'infermiere forense ha la possibilità di rendere più semplice e meno traumatico il processo di raccolta delle prove che serviranno per l'identificazione dell'assalitore, nonché a ridurre le conseguenze della violenza. Purtroppo, oggi in Italia, la vittima di violenza sessuale che si rivolge al pronto soccorso, non viene assistita da personale specializzato. Nella maggior parte dei pronto soccorsi non esistono kit stupro¹, non esistono protocolli riconosciuti la visita e la raccolta delle prove, e spesso la vittima deve essere visitata da diverse persone in ambienti non adatti ad una situazione estremamente delicata quale è il momento successivo ad una violenza sessuale. Le vittime di violenza sessuale hanno bisogno immediato di assistenza psicologica ma anche di un professionista sanitario preparato a gestire situazioni simili, preferibilmente dello stesso sesso della vittima. Nella realtà italiana esiste un vuoto tra l'assistenza sanitaria genericamente offerta all'utente e ciò di cui necessita una vittima di violenza sessuale, che può essere colmata dall'infermiere forense. Delle linee guida, universalmente riconosciute ed utilizzate, sono urgentemente necessarie sia per la corretta gestione delle vittime che per la sicurezza degli operatori sanitari.



L'INFERMIERE SPECIALISTA DI FAMIGLIA

Grazia
TUPPUTI



“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua: intravedo la spazzatura di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi.

Ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?”. Le parole appena citate sono state pronunciate nel 1889 dall'indiscussa madre dell'infermieristica Florence Nightingale a proposito della futura gestione del malato e sembrano una profezia. Infatti, negli ultimi decenni la tendenza a gestire il paziente a domicilio prende sempre più piede anche grazie alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità. Di fondamentale importanza in tutto ciò è il documento SALUTE21, redatto dall'OMS alle soglie del 21° secolo, che propone 21 obiettivi di salute da raggiungere all'inizio del nuovo millennio. In tale documento comincia ad essere disegnata la figura dell'infermiere di famiglia e ad essere delineato il proprio profilo. L'infermiere di famiglia è la figura deputata al coordinamento in tali situazioni: prende in carico il caso, valuta gli interventi assistenziali da porre in essere, richiede eventuali consulenze medico-specialistiche, coordina le attività degli operatori sanitari e si occupa dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi famigliari. Per questo tale figura deve avere competenze specifiche anche in settori non tradizionalmente infermieristici (psicologia, sociologia, ecc.) e la sua for-

mazione richiede uno specifico percorso, oggetto di master di primo livello. Ma qual è in definitiva il ruolo dell'infermiere di famiglia? Ruolo dell'infermiere di famiglia è quello di aiutare gli individui e le famiglie ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi difficili, trascorrendo una gran parte del suo tempo nelle case dei pazienti e delle loro famiglie. Inoltre, sempre secondo il doc. S.21, “l'infermiere di famiglia è in grado di informare sui fattori di rischio legati agli stili di vita e ai comportamenti ed assisterà le famiglie in tutto ciò che concerne la salute tramite una individuazione precoce dei problemi sanitari potendo far sì che i problemi sanitari emersi nelle famiglie siano affrontati a uno stadio iniziale ... Egli poi conoscerà la mappa dei servizi sociali, avrà la competenza di instaurare un rapporto diretto, non solo con il malato, ma anche con la persona sana, occupandosi delle sue necessità, e aiutandolo insieme con la sua famiglia ad evitare rischi sanitari. Gli infermieri di famiglia faciliteranno le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza infermieristica a domicilio; agiranno da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico. Continua poi: l'infermiere di famiglia “aiuterà gli individui e le famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del loro tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie.” In questo ultimo secolo, di strada in questo senso certamente ne è stata fatta, ma il cammino da percorrere è ancora lungo.



EMODIALISI DOMICILIARE (HDD)

Migliorano i dati di sopravvivenza e la qualità della vita

Giovanni
CARBONE



La prima dialisi domiciliare in assoluto venne eseguita in Giappone nel 1961. Il trattamento fu eseguito usando un filtro immerso nella vasca di una lavatrice domestica. Nel

1963 Scribner si recò in India per addestrare un medico indiano alla dialisi domiciliare per un facoltoso uomo d'affari di Madras. Inizialmente il paziente veniva sottoposto a dialisi due volte a settimana per molte ore. Il programma ben presto fu cambiato per passare a tre volte alla settimana e poi, per tre volte alla settimana, durante la notte per 6-8 ore di trattamento.

Da allora l'emodialisi domiciliare si sviluppò perché era il mezzo per trattare più pazienti, con i fondi limitati allora disponibili. Nel 1972, circa il 40% dei pazienti erano trattati con emodialisi domiciliare. Negli Stati Uniti, con l'avvento del diritto di poter essere dializzato e/o trapiantato (Programma Medicare ESRD del 1973), la percentuale di pazienti dializzati al domicilio cominciò a ridursi per il corrispettivo incremento dei pazienti dializzati nei centri dialisi.

Tra le ragioni del declino dell'HDD troviamo: riduzione del numero di pazienti eleggibili (età, comorbidità, aumento diabetici con patologie vascolari); perdita di esperienza e di interesse tra i centri diali-

si; diffusa convinzione della necessità della presenza di un infermiere durante la dialisi e la mancanza di adeguate spiegazioni circa i benefici dell'HDD; ridotto numero di centri con il programma di HDD; aumento centri di dialisi privati; la paura degli aspetti tecnici e sociali. tra le controindicazioni all'HDD si evidenziano: accesso vascolare indisponibile per un trattamento di "self-cannulation"; paziente o partner incapaci di assumere decisioni o seguire istruzioni (malattie psichiatriche, droghe, non compliance, demenza o encefalopatia); quando non è possibile l'anticoagulazione: per trombocitopenia eparina-indotta devono essere utilizzati farmaci anticoagulanti alternativi (argatroban, danaparoid, citrate) o flush con fisiologica.

La "Short Daily Home Hemodialysis" presenta opportunità come l'aumento della frequenza (5-6 sedute alla settimana) e/o la durata (2.30-3.00 h/seduta) della dialisi possono determinare: migliore sopravvivenza, migliore controllo dell'incremento ponderale, minori alterazioni della osmolarità plasmatica, minori fluttuazioni dei soluti plasmatici.

La valutazione non si deve però fermare al Kt/V, bisogna anche valutare anche: scarsa domanda di EPO e farmaci ipotensivi, migliore appetito, assenza di fatica e prurito, miglioramento della depressione.

L'SDHHD permette di personalizzare il trattamento: permette di aumentare la frequenza e durata del trattamento e può rispondere a criteri clinici, ma anche alle esigenze personali. migliorare i risultati: la soprav-



Composizione Dialisato

Elettroliti	PD	HD Tradizionale	NxStage
Sodio (mEq/l)	132	135-140	140
Buffer/Base (mEq/l)	40 (lattato)	30-38 (lattato) 4-8 (acetato)	40-45 (lattato)
Potassio (mEq/L)	0	0-4	1-2
Calcio (mEq/L)	2,5-3,5	2,5-3,5	3,0
Magnesio (mEq/L)	0,5	0,5-1,0	1,0
Glucosio (g/L)	15, 25, 42,5	2,0	1,0

vivenza del paziente, il controllo della PA, della qualità della vita, più opportunità per la riabilitazione, ottimale rapporto costo / efficacia, senza effetti negativi sulla durata della FAV (veni-puntura con tecnica Botton-

Il NxStage System One

- Più piccola rispetto alle tradizionali macchine (31,7 Kg).
- Approvata per la HD domiciliare quotidiana.
- Elimina la necessità di modifiche ai collegamenti elettrici, ed idraulici.
- Lattato come soluzione tampone.

Utilizza sacche da 5 L di dialisato ultrapurificato (per effettuare la dialisi lontano da casa) oppure è in grado di produrre dialisato on line per i pazienti che hanno bisogno di un aumento della clearance (NxStage PureFlow SL)

Tempo di dialisi sulla base del flow/fraction del dialisato.



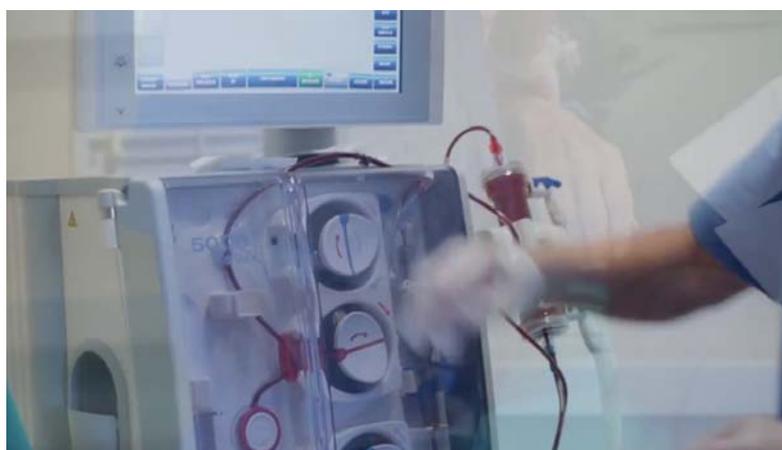
Come funziona la NxStage? Kit pre-assemblato. La NxStage utilizza un flusso lento di dialisato in modo da saturare il dialisato più di quanto non avvenga con l'emodialisi tradizionale.

Il Qb usuale della NxStage è simile a quello dell'HD tradizionale (200-350 ml/min), il flusso del dialisato è determinato dalla frazione di flusso (FF). Con una frazione di flusso del 30-35%, il flusso di dialisato è compreso tra 75 -

120 ml/min e il Qb compreso tra 220- 360 ml/min. Dispositivo VWING

Incannulazione di un sito "Button-Hole"

Hole ed eventuale possibilità di auto puntura con il sistema VWING). Il paziente idoneo all'emodialisi domiciliare auto-gestita, deve essere motivato e capace di occuparsi della propria terapia. Qualora non completamente autonomo (venipuntura) la necessità solo limitata di un partner. Sono necessarie dalle 4 alle 6 settimane di addestramento e formazione per le diverse procedure ed è sufficiente uno spazio dedicato, all'interno della propria abitazione. In passato anche l'utilizzo di monitor, disponibili, poteva essere una controindicazione ad arruolare il paziente per il trattamento emodialitico domiciliare.



Oggi, con l'evoluzione tecnologica, questo parametro non è più considerato.

attraverso un dispositivo Venous Window Needle Guide (VWNG). Lasciare trascorrere un minimo di 3 settimane per consentire la cicatrizzazione dopo l'impianto del dispositivo VWING.

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*



PILLOLE SULLA RIFORMA MADIA DEL PUBBLICO IMPIEGO

La riforma Madia ha previsto dei decreti attuativi che hanno comportato delle modifiche a normative vigenti per quanto concerne sia il pubblico impiego in generale sia la valutazione delle prestazioni rese dal pubblico dipendente. In buona sostanza v'è stata una parziale modifica del testo unico del pubblico impiego (dlgs 165/2001) e della riforma Brunetta (dlgs 150/2009). Un primo decreto introduce modifiche dirette a perseguire i seguenti obiettivi: il progressivo superamento del concetto di "dotazione organica", nel rispetto dei limiti di spesa, attraverso l'introduzione del nuovo strumento del "Piano triennale dei fabbisogni"; vengono inoltre definiti gli obiettivi di contenimento delle assunzioni, differenziati secondo gli effettivi fabbisogni e la rilevazione delle competenze dei dipendenti; lavoro flessibile: anche al fine di prevenire il precariato e per dare una soluzione transitoria alle situazioni pregresse, viene stabilito a regime il divieto per le pp.aa. di stipulare contratti di collaborazione e vengono introdotte procedure specifiche per l'assunzione a tempo indeterminato di personale in possesso dei requisiti; nuove norme in materia di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti, per accelerare e rendere effettiva l'azione disciplinare; la possibilità di svolgimento di concorsi in forma centralizzata o aggregata su base regionale, e la definizione di limiti per gli idonei non vincitori in relazione al numero dei posti messi a concorso; l'integrazione di persone con disabilità nell'ambiente lavorativo, anche con l'istituzione di una specifica Consulta nazionale. Un secondo decreto apporta modifiche alla riforma Brunetta con l'obiettivo di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e di garantire efficienza e trasparenza della P.A. I principi ispiratori del provvedimento sono (dovrebbero ad avviso dello scrivente): la semplificazione delle norme sulla valutazione dei dipendenti pubblici; il riconoscimento del merito e della premialità; adozione di sistemi di valutazione razionali e integrati; semplificazione della disciplina in materia di valutazione e controlli interni. Queste alcune delle novità previste: viene chiarito che il rispetto delle norme sulla valutazione della performance costituisce condizione necessaria per l'erogazione di premi e rileva anche ai fini

del riconoscimento di progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale e del conferimento degli incarichi dirigenziali; la valutazione negativa delle performance rileva anche ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale; si stabilisce che la performance va misurata e valutata con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti o gruppi di dipendenti; accanto agli obiettivi specifici di ciascuna P.A. è introdotta la categoria degli «obiettivi generali», che identificano le attività prioritarie delle pp.aa. coerentemente con le politiche nazionali, definiti in base al comparto di contrattazione collettiva di appartenenza; gli OIV (organismi indipendenti di valutazione) dovranno verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati e segnalare eventuali necessità di interventi correttivi, in base alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione; si riconosce per la prima volta ai cittadini un ruolo attivo nella valutazione della performance organizzativa, attraverso sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti circa la qualità dei servizi resi; nella misurazione della performance individuale dei dirigenti, un peso prevalente è attribuito ai risultati della misurazione e valutazione della performance dell'ambito organizzativo di cui hanno diretta responsabilità; è definito un coordinamento temporale tra l'adozione del Piano della performance e della Relazione e il ciclo di programmazione economico-finanziaria; sono previsti nuovi meccanismi di distribuzione delle risorse destinate a remunerare la performance, affidati al contratto collettivo nazionale: il ccnl dovrà stabilire la quota di risorse destinate a remunerare, rispettivamente, la performance organizzativa e quella individuale e i criteri idonei a garantire che a valutazioni differenziate delle performance corrispondano trattamenti economici differenziati.

Questi i principi in pillola. Ora, sempre in pillole – con riserva di meglio approfondire i singoli temi - specifichiamo cosa si prefigge la riforma Madia più in concreto. La normativa dovrebbe perseguire (il condizionale è d'obbligo) l'obiettivo generale di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e di garantire l'efficienza e



la trasparenza delle pubbliche amministrazioni: Premialità. Il rispetto delle norme in tema di valutazione sarà condizione necessaria per l'erogazione di premi e per il riconoscimento delle progressioni economiche, per l'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale ed il conferimento degli incarichi dirigenziali. La valutazione negativa delle performance rileverà ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale, oltre che a fini disciplinari; Valutazione della prestazione. Ogni singola amministrazione dovrà valutare la performance con riferimento all'amministrazione nella globalità, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si suddivide, nonché ai singoli dipendenti o team. Obiettivi da perseguire. Fermi restando gli obiettivi specifici di ogni amministrazione, si introduce la categoria degli obiettivi generali, che individuano le priorità, in termini di attività, delle pubbliche amministrazioni. OIV (novità). Gli Organismi indipendenti di valutazione, interamente rinnovati nella struttura (tre membri), nella durata (un triennio), nell'investitura (procedura selettiva ad evidenza pubblica da un elenco), nelle funzioni e nella dotazione di strumenti, saranno chiamati a riscontrare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi pianificati nell'intervallo temporale di riferimento, segnalando eventuali interventi correttivi. Utenza (ex URP). Riconosciuto un ruolo attivo dei destinatari dell'azione pubblica nella valutazione della performance organizzativa. Dirigenti. Nell'accertamento della performance individuale del dirigente è assegnata priorità agli esiti della performance dell'ambito organizzativo di cui hanno la gestione. L'eventuale rilevazione di una performance negativa spiegherà rilevanza ai fini della responsabilità dirigenziale e, limitatamente ad alcune fattispecie, per gli illeciti deontologici. Sanzioni. Previste per la mancata adozione del Piano della performance. Risorse per le performance. I meccanismi per la distribuzione delle risorse destinate a remunerare la performance vengono affidati al contratto collettivo nazionale, che stabilirà la quota delle risorse destinate a premiare la performance organizzativa, cioè quella degli uffici, in termini di servizi resi, unitamente a quella individuale, nonché le relative regole. Procedimento disciplinare. Le nuove norme in tema di azione disciplinare, applicabili alle infrazioni commesse a seguito della relati-

va entrata in vigore, sono finalizzate a velocizzare e rendere maggiormente concreta e certa la relativa tempistica, fissata perentoriamente in 120 giorni, come indicato dal Consiglio di Stato. Introdotti nuovi limiti all'annullabilità delle sanzioni per vizi formali. Infrazioni e violazioni disciplinari. Le inosservanze che comportano il licenziamento sono dieci: alle confermate assenze ingiustificate, false timbrature, false dichiarazioni per ottenere promozioni e posti, vengono affiancate nuove fattispecie, quali la reiterata e grave violazione alle regole deontologiche, la valutazione negativa della performance per tre anni consecutivi, lo scarso rendimento legato alla reiterata violazione degli obblighi per i quali è stato già sanzionato e, limitatamente ai dirigenti, la mancata attivazione o definizione di procedimenti disciplinari, commessa con dolo o colpa grave. Procedimenti amministrativi. Vengono modernizzate attraverso l'utilizzazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, anche nelle relazioni coi destinatari dell'azione amministrativa. Pubblici concorsi. Maggior valore all'esperienza professionale acquisita da coloro che hanno avuto rapporti di lavoro flessibile con le amministrazioni pubbliche, escludendo tutti i servizi prestati presso uffici in stretto contatto con organi politici. Lingue straniere. La padronanza delle lingue straniere sarà requisito per accedere ai concorsi, o comunque titolo di merito valutabile dalle commissioni giudicatrici. Maggior valore anche al titolo di dottore di ricerca. Lavoro non subordinato. Fissato il divieto per le pubbliche amministrazioni, dall'inizio del prossimo anno, di stipulare contratti di collaborazione (co.co.co.), con contestuale facoltà di utilizzare tipologie di lavoro flessibile quale il contratto di formazione e lavoro, e con previsione di maglie più strette, nella finalità di evitare l'abuso del precariato. Assunzioni e "stabilizzazione" dei precari. Il numero delle unità da immettere in servizio varierà in base ai fabbisogni rilevati per ciascun ente, e stanziati dalla programmazione con cadenza triennale. Un quinto dei posti previsti nella programmazione potrà essere assegnato alle progressioni, da svolgersi attraverso selezioni interne. Per quest'ultime si eviterà la forma del concorso, ma con contestuale diminuzione dei posti per gli esterni. Rinnovati gli iter per l'assunzione a tempo indeterminato di personale in possesso di specifici requisiti. Specifico pia-



no straordinario di stabilizzazione previsto per il prossimo triennio, che si prefigge di consolidare circa cinquantamila precari, con almeno tre anni di servizio prestato negli ultimi otto, presso l'ente che assume ovvero bandisce il concorso. Possibilità aperta anche a chi non collabora già più, purché in servizio alla data di entrata in vigore della legge delega, ovvero il 28 agosto 2015. Lavoro per i disabili. Integrazione nell'ambiente di lavoro di soggetti disabili mediante l'istituzione di una Consulta nazionale e la nomina e di un responsabile dei processi di inserimento. Tutela reale in caso di licenziamento. Viene inserito un correttivo alla tutela reale prevista dall'art. 18, ovvero quando il licenziamento viene accertato come illegittimo, l'indennizzo contestuale al reintegro nel posto di lavoro non potrà oltrepassare le 18 mensilità.

Se il giudice ritiene la sanzione irrogata dall'ente come viziata da difetto di proporzionalità, avrà il potere di modificarla prendendo a parametro la gravità del comportamento del lavoratore pubblico e la lesione degli interessi. Visite fiscali. Riorganizzazione delle funzioni di accertamento medico legale in ipotesi di assenze per malattia, ed assegnazione, dal settembre prossimo, all'INPS, delle relative competenze. Le specifiche vengono demandate ad un decreto attuativo da emanare nel termine di giorni 30 dall'entrata in vigore della riforma sul pubblico impiego. Razionalizzazione. Razionalizzazione dei sistemi di valutazione, estensione di metodi di misurazione dei risultati raggiunti dall'organizzazione e dai singoli dipendenti, forme di semplificazione specifiche per le differenti aree della pubblica amministrazione.

I LAVORATORI OCCUPATI PART-TIME MATURANO LA STESSA ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA DEI LAVORATORI FULL-TIME

Nei confronti dei lavoratori con rapporto a tempo parziale non possono essere esclusi, dal calcolo dell'anzianità contributiva necessaria per acquisire il diritto alla pensione, i periodi non lavorati nell'ambito del programma negoziale lavorativo concordato con il datore di lavoro, in tal senso dovendosi intendere, in conformità alla normativa comunitaria l'art. 7, comma 1, della l.n. 638 del 1983. Lo afferma la Corte di Cassazione con la sentenza n. 16677/17, pubblicata il 6 giugno.

Una lavoratrice dipendente di società aerea in regime di part-time verticale ciclico, domandava il riconoscimento dell'anzianità contributiva per 52 settimane, anche per i periodi dell'anno in cui non vi è stata alcuna prestazione di attività lavorativa, né versamento di retribuzione e di contributi previdenziali. Il Tribunale adito accoglieva la domanda. Proponeva appello l'INPS, ma la Corte d'Appello lo rigettava. Ricorreva così in Cassazione l'ente previdenziale. Secondo l'istituto ricorrente, le modalità di computo dell'anzianità contributiva ai fini del riconoscimento del diritto alla pensione, in caso di lavoro a tempo parziale "verticale" ciclico, deve necessariamente tener conto unicamente dei periodi in cui vi è stato effettivo svolgimento di attività lavorativa. La Corte, in tema di anzianità contributiva utile per il conseguimento di prestazioni previdenziali da parte di lavoratori a tempo parziale il tenore letterale del d.l.n. 338/1989, art. 1, comma 4, conv. in l. n. 389/1989, e la sua stessa riproposizione in termini immutati nel d.lgs. n. 61/2000, art. 9, escludono, con la puntuale indicazione che l'ambito disciplinato attiene alla «retribuzione minima oraria da assumere quale base di calcolo per i contributi previdenziali dovuti per i lavoratori a tempo parziale», la possibile estensione, in via interpretativa, del meccanismo di adeguamento ivi previsto all'ipotesi del sistema di calcolo dell'anzianità contributiva utile per il conseguimento del diritto alla prestazione previdenziale nel settore del lavoro a tempo. La materia, alquanto delicata, ha visto una diversa interpretazione da parte della giurisprudenza comunitaria, al fine di eliminare discriminazioni tra lavoratori a tempo pieno e part-time. Per l'appunto la Corte di Cassazione afferma che il problema interpretativo deve essere necessariamente affrontato tenendo in considerazione la disciplina comunitaria del sistema contributivo e pensionistico, dettata dalla direttiva CE 97/81, recepita con d.lgs. n. 61/2000. Tale disciplina è stata oggetto di importante intervento della Corte di Giustizia dell'unione Europea, la quale ha affermato con forza che la ratio della disciplina quadro comunitaria è eliminare le discriminazioni nei confronti dei lavoratori a tempo parziale e, quindi, migliorare la qualità del lavoro part-time. La direttiva comunitaria chiarisce che l'anzianità contributiva utile ai fini della determinazione della data di acquisizione del diritto alla pensione, sia calcolata per

CCXXXI



il lavoratore a tempo parziale come se quest'ultimo fosse occupato a tempo pieno e, quindi, prendendo in considerazione anche i tempi non lavorati. Un'ipotesi diversa è, invece, quella in cui la prestazione lavorativa sia stata interrotta o sospesa per impedimento.

Solo in questo caso, infatti, i periodi di tempo non lavorati non vengono in rilievo ai fini del calcolo dell'anzianità contributiva. Nel lavoro part-time non vi è un'interruzione della prestazione lavorativa, ma una mera riduzione dell'orario di lavoro che trova la sua ragione nella normale esecuzione del contratto di lavoro, ne consegue che il lavoro part-time non configura in alcun modo un'interruzione dell'impiego. Pertanto l'art. 7, comma 1, l. n. 6387/1983, interpretato alla luce della giurisprudenza comunitaria, prevede che, al di là della misura della pensione (che deve essere proporzionata), i lavoratori occupati part-time maturano la stessa anzianità contributiva dei lavoratori full-time. In altri termini, per il calcolo dell'anzianità contributiva dei lavoratori part-time vanno considerati anche i periodi di tempo non lavorati, poiché questi rientrano nella normale esecuzione del contratto di lavoro e non sono temporanea interruzioni dello stesso. A parere dei giudici di legittimità dunque, in tema di anzianità contributiva dei lavoratori a tempo parziale, l'art. 7, comma 1, d.l. n. 463/1983, va interpretato nel senso che, ai fini dell'acquisizione del diritto alla pensione, i lavoratori con orario part-time verticale ciclico hanno diritto all'inclusione anche dei periodi non lavorati, incidendo la contribuzione ridotta sulla misura della pensione e non sulla durata del rapporto di lavoro. Consegue pertanto che ai fini dell'anzianità contributiva, non vi deve essere discriminazione tra i lavoratori part-time e full-time.

Diversamente dalla determinazione dell'ammontare del trattamento pensionistico (fattispecie diversa), che deve necessariamente essere proporzionato al tempo dell'effettivo svolgimento della prestazione lavorativa e quindi, all'effettiva contribuzione versata.

INFORTUNIO INDENNIZZABILE SOLO SE NON C'ERA UN MEZZO PUBBLICO

La Cassazione riconosce l'indennizzo dell'infortunio in itinere con l'utilizzo del mezzo privato solo nel caso di necessità, intesa in senso relati-

vo. Una lavoratrice chiedeva al Tribunale di Napoli il riconoscimento delle prestazioni di legge in relazione ai postumi di un infortunio in itinere verificatosi mentre con il proprio motociclo rientrava a casa dal lavoro. Il Tribunale rilevava la nullità del ricorso, mentre la Corte d'Appello rigettava nel merito la domanda non essendo stata adeguatamente comprovata dall'attrice la necessità di utilizzare il mezzo privato. La sentenza viene impugnata da quest'ultima in Cassazione deducendone l'erroneità nella parte in cui aveva affermato, nonostante la mancata contestazione sulle modalità dell'infortunio, l'assenza di un rischio generico aggravato, nonché il mancato ricorso ai poteri istruttori d'ufficio sollecitato dalla difesa. In tema di infortunio in itinere, l'art. 12 d.lgs. n. 38/2000 riconosce l'operatività dell'assicurazione anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato «purché necessitato». Interpretando tale disposizione, la giurisprudenza è giunta a riconoscere l'indennizzabilità dell'infortunio in itinere anche in caso di utilizzo del mezzo privato ma a condizione che tale uso sia necessitato ovvero che non sussista altra agevole e meno rischiosa soluzione nell'utilizzo di mezzi pubblici.

Il requisito della necessità viene comunque inteso in senso relativo e dunque può emergere anche attraverso molteplici fattori non definibili in astratto e suscettibili di condizionare la scelta dell'utilizzo del mezzo privato, anche relativamente ad esigenze personali e familiari o altri interessi meritevoli di tutela. Tornando al caso di specie, la sentenza impugnata ha correttamente evidenziato che la lavoratrice non era stata in grado di dimostrare la totale carenza di mezzi pubblici sulla tratta interessata, la possibilità di deviazioni rispetto al percorso abituale e le specifiche necessità domestiche o familiari che le imponessero il più veloce possibile rientro a casa. Sottolinea inoltre la Corte che, nel caso di specie, non poteva legittimamente esercitarsi il potere officioso del giudice in punto di ammissione di nuovi mezzi di prova, potere limitato ai fatti allegati dalle parti ed emersi nel processo, mancando ogni deduzione della ricorrente sulla necessità di utilizzo del ciclomotore per recarsi al lavoro ed essendo dunque precluso al giudice l'accertamento d'ufficio di tale profilo. Per questi motivi, la Corte rigetta il ricorso.



L'ASSOCIAZIONE INFERMIERISTICA DI GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA

Ivana
MASTRONARDI



L'ANOTE/ANIGEA è l'associazione degli infermieri che si occupano di endoscopia in tutte le branche, dalla gastroenterologia alla pneumologia, urologia, ortopedia e ginecologia e della gastroenterologia internistica.

L'associazione, nata nel 1988 come ANOTE per rispondere alle esigenze formative degli infermieri, deri-

state introdotte nuove terapie (farmaci biologici, terapie antivirali) per le quali sono previsti percorsi assistenziali in cui l'infermiere svolge un ruolo cardine.

ANOTE-ANIGEA organizza e promuove eventi formativi necessari all'acquisizione di competenze non solo endoscopiche, ma anche per l'assistenza distica al paziente. Con ANOTE-ANIGEA l'infermiere entra in una rete nazionale per confrontarsi con colleghi di altre realtà lavorative e praticare un interscambio di esperienze sul campo.

Per facilitare l'integrazione delle diverse realtà, in tutte le Regioni sono presenti referenti dell'Associazione che fungono da punto di riferimento per gli Associati e sono un tramite con il Direttivo Nazionale. In ambito societario, periodicamente vengono formati nuovi "Tavoli di Lavoro", ai quali possono partecipare tutti gli Associati, con il compito di preparare documenti su diverse tematiche infermieristiche.

Al momento, sono attivi i gruppi di lavoro su "Linee Guida per il reprocessing degli endoscopi", su "Percorso dell'esame istologico in Endoscopia" e su "Formazione e inserimento dell'infermiere e OSS in Endoscopia".

ANOTE/ANIGEA, collabora con la Federazione Nazionale IPASVI e il Ministero della Salute per il riconoscimento giuridico della figura dell'infermiere specialista in endoscopia, che sancirebbe il passaggio da una figura con formazione di base e generale a quella di un professionista in grado di rispondere alla complessità dei bisogni del paziente gastroenterologico.

Angela
MINENNA



vanti dalle crescenti innovazioni tecnologiche in campo endoscopico, promuove iniziative mirate a perfezionare le conoscenze sulle tecniche strumentali e sull'assistenza ai pazienti che si sottopongono a indagini endoscopiche.

L'ANOTE si prefigge anche di accrescere la preparazione specifica nel campo endoscopico-assistenziale per ampliare l'autonomia professionale. La *mission* di ANOTE è stata ampliata con la fondazione dell'ANIGEA per promuovere iniziative formative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica ai pazienti con patologie croniche gastroenterologiche. In questo campo, sono



Dal sito ufficiale www.anoteanigea.it si può accedere alla rivista *online* "Scriv...Endo" e tanto altro materiale informativo per l'aggiornamento continuo, come Linee Guida e pubblicazioni scientifiche e i documenti ufficiali elaborati dai Gruppi di Lavoro.

L'Associazione organizza un Congresso Nazionale annuale, patrocina il Master I livello in Endoscopia Digestiva a Torino e Roma, collabora con "European Endoscopy Training Centre" dell'Università Cattolica di Roma per la formazione in tecniche endoscopiche e con la Società Italiana di Endoscopia Digestiva per l'accreditamento professionale delle Endoscopie.

Collabora con le Società Scientifiche infermieristiche europee e internazionali (ESGENA e SIGNEA).

MISSION

Gli scopi che l'ANOTE/ANIGEA si prefigge sono indicati nell'art. 2 del suo Statuto e sono i seguenti:

- Promuovere iniziative, a livello politico-sanitario, per la tutela giuridico-professionale degli operatori endoscopici non medici con il riconoscimento delle effettive responsabilità emergenti dalle attività svolte in collaborazione con il medico endoscopista;
- Ampliare e migliorare le conoscenze sulla tecnica strumentale endoscopica, e la relativa assistenza agli utenti/pazienti, anche tramite l'istituzione di specifici corsi in materia;
- Garantire la professionalità degli infermieri addetti alle attività endoscopiche;
- Instaurare scambi informativi e formativi



1° Corso
ANOTE/ANIGEA
Esaregionale del Sud



OBIETTIVO QUALITÀ

Presidenti del corso **Teresa Iannone**
Angela Minenna
Ivana Mastronardi

14 - 15 Ottobre 2017
Hotel Riva del Sole
Giovinazzo - Bari

Segreteria Nazionale
ANOTE/ANIGEA

new congress
www.anoteanigea.it
info@anoteanigea.it

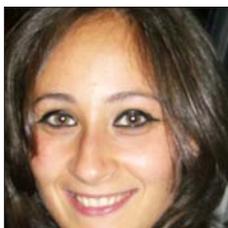
- vi con le associazioni similari infermieristiche e mediche nazionali e internazionali;
- Organizzare attività didattiche quali seminari, conferenze, gruppi di studio, anche in collaborazione con associazioni scientifiche specialistiche;
- Curare la pubblicazione di materiali per l'aggiornamento e il miglioramento professionale degli associati.



DISTURBI DI SALUTE MENTALE

Il ruolo dell'infermiere nel governo della complessità

Antonella
PERRUCCI



Dopo la battaglia portata avanti negli anni '70 per liberare, con la riforma Basaglia, i malati mentali da camicie di forza ed elettrochoc, Trieste vince la sfida legata alla libertà e tutela

dei diritti degli anziani nelle case di riposo, e diventa la prima città italiana "libera dalla contenzione", nel rispetto dell'articolo 13 della Costituzione, il quale prevede la non ammissione di alcuna forma di detenzione o restrizione della libertà personale (se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge) e il divieto di ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni". La Carta di Trieste prescrive: usare termini non lesivi della dignità umana, o stigmatizzanti, per definire il cittadino con disturbo mentale qualora oggetto di cronaca, il disturbo di cui è affetto, il comportamento che gli si attribuisce, per non alimentare il già forte carico di tensione e preoccupazione che il disturbo mentale comporta e non indurre sentimenti o reazioni che potrebbero risultare dannosi per la persona, i suoi familiari e la comunità nell'insieme; usare termini giuridici pertinenti e non allusivi a luoghi comuni nel caso un cittadino con disturbo mentale si sia reso autore di un reato, tenendo presente che è una persona come

le altre di fronte alla legge; non attribuire le cause e/o l'eventuale efferatezza del reato al disturbo mentale né interpretare il fatto in un'ottica pietistica, decolpevolizzando il cittadino solo perché che soffre di un disturbo mentale; considerare il cittadino con disturbo mentale un potenziale interlocutore in grado di esprimersi e raccontarsi, tenendo presente che può ignorare le conseguenze e gli eventuali rischi dell'esposizione attraverso i media; non identificare il cittadino con il suo problema di salute mentale ovvero con la diagnosi di malattia; garantire al cittadino con disturbo mentale il diritto di replica; consultare quanti possono essere al corrente dei fatti per individuare visioni differenti come operatori della salute mentale e dei servizi sociali, associazioni, magistrati, per poter fornire l'informazione in un contesto il più possibile chiaro, approfondito e completo; fornire dati attendibili e di confronto tra i reati commessi da persone con disturbi mentali e persone senza disturbi mentali; integrare, se possibile, la notizia con informazioni sui servizi, strumenti, trattamenti, cure che sono disponibili nelle singole realtà locali; promuovere la diffusione di storie di guarigione e/o di esempi di esperienze positive improntate alla speranza e alla possibilità di vivere, pensare a un proprio futuro, lavorare, studiare, divertirsi, pregare; limitare l'uso improprio di termini relativi alla psichiatria in notizie che non riguardano questioni di salute mentale al fine di non incrementare il pregiudizio che i disturbi mentali siano sinonimi di incoerenza, inaffidabilità, imprevedibilità. La



contenzione il più delle volte viene applicata per prevenire le cadute, ma la letteratura evidenzia che chi cade da contenuto si fa tre volte più male. Le complicanze più frequenti sono: lesioni del plesso brachiale, lesioni ischemiche, fratture dello sterno, morte per asfissia, morte per strangolamento, esiti di cadute più gravi, aumento di confusione e agitazione, diminuzione di abilità motorie, cognitive e relazionali, mortalità ospedaliera. La vera

sfida è quella di governare la complessità, di non censurare la nostra professione ingiunocchiandosi al dobbiamo contenere, non c'è altra soluzione, perché la contenzione ha effetti negativi su tutti: anziani, famiglie e operatori stessi, tra i quali si innescano meccanismi di assenteismo o prolungamento di malattie. La contenzione non risponde ad alcun bisogno, non aiuta a fare diagnosi, non cura, non è terapeutica, è disabilitante ed è causa di gravi complicanze. La contenzione, quindi, non è atto sanitario. Se non è atto sanitario, la contenzione non può essere prescritta, protocollata né oggetto di linee guida. Anche il nuovo codice deontologico degli infermieri sembra andare in questa direzione. Implementare la formazione dei professionisti e degli operatori sanitari rendere "attraversabili" le strutture di residenza per gli anziani, improntarle di domiciliarietà, flessibilità ed accoglienza. Nell'attuale contesto giuridico che riconosce grande autonomia alla professione infermieristica, l'infermiere è chiamato ad essere sempre meno un semplice esecutore e sempre più un professionista, in grado di assumersi la

completa responsabilità dell'assistenza della persona. L'infermiere ha l'obbligo di segnalare al Collegio le circostanze che limitino la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.

“La contenzione non risponde ad alcun bisogno, non aiuta a fare diagnosi, non cura, non è terapeutica, è disabilitante ed è causa di gravi complicanze”

Nello specifico della contenzione fisica, gli infermieri propongono per l'assistito una decisione terapeutica che tuteli particolarmente il suo interesse: essere co-decisorio e co-responsabile di una valutazione "integrata", non assunta sul-

la base del giudizio soggettivo di un solo professionista. Questo tipo di decisione clinica, convalidata in équipe, è richiesta dalla normativa quando si assumano trattamenti complessi, come la contenzione fisica e il TSO, in cui si mettono in gioco valori universali fondamentali.

È auspicabile che un provvedimento importante quale la contenzione fisica scaturisca sempre da una condivisione decisionale e prescrittiva fra le due figure sanitarie implicate, ovvero infermiere e medico. L'infermiere oggi non può ancora assumersi piena responsabilità assistenziale in merito alla contenzione. Perché ciò possa presto avvenire non è più sufficiente: considerare l'utilizzo di mezzi di contenzione evento sentinella nei protocolli in uso tollerare l'istanza di contenzione preventiva dovuta a pressioni di sistema accettare un ruolo infermieristico marginale di mera esecuzione di disposizioni mediche.

Il cambiamento deriva da piccole iniziative efficaci che diventano la regola. Non possiamo aspettare che ci arrivino grandi visioni di grandi persone.

BIBLIOGRAFIA

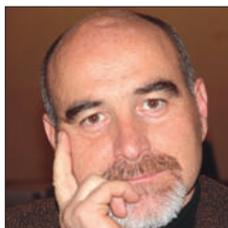
- D'Addio L., Barazzetti G., Radaelli S., Responsabilità professionale e contenzione: indagine su una questione fondamentale per gli infermieri italiani. Scienze Infermieristiche, 2005.
- Fascio V., Atti della giornata di studio "La contenzione fisica e farmacologica", Collegio IPASVI Pistoia, 2004.
- Rodriguez D., "La contenzione tra etica e responsabilità". L'infermiere, maggio-giugno 1999.



CONTRASTARE L'EPIDEMIA DELLA CRONICITÀ

Maggiori risorse e nuove strategie per le cure domiciliari

Giuseppe
MARANGELLI



La condizione di cronicità è in progressiva crescita e ciò comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte inte-

grazione dei servizi sanitari con quelli sociali e avendo bisogno di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

In questo momento storico, l'unico modo per contrastare una nuova "epidemia", quella della cronicità e della conseguente condizione di fragilità che determina, è quello di ripensare a un nuovo "sistema" di offerta dei servizi sanitari che abbia tra i suoi obiettivi più importanti, quello di ampliare le opportunità a un numero sempre maggiore di persone a convivere a lungo, e con una buona qualità di vita, con patologie croniche.

Logicamente, la giusta risposta, per molteplici ragioni, non può essere rappresentata da un sistema ospedalocentrico, in quanto lo stesso non è stato progettato e realizzato dal punto di vista logistico, organizzativo e funzionale per accogliere questa tipologia di utenti.

Di conseguenza, ovviamente, è il "Territorio", sede tradizionale e naturale del cit-

tadino, con i suoi servizi, che può e deve rappresentare la risposta più appropriata alle problematiche assistenziali complesse legate alla cronicità, alla disabilità e alla fragilità, giacché esso rappresenta la risposta più prossima al cittadino ed anche quella più efficace ed economicamente sostenibile. Nonostante queste sue peculiarità e potenzialità, il "Territorio", e in particolare il suo asset più importante e strategico, vale a dire l'assistenza domiciliare, per la cura a lungo termine degli anziani fragili o con patologie croniche, a oggi, per la gran parte degli utenti, risulta essere ancora un privilegio.

Infatti, alcuni dati, messi a disposizione dal Ministero della Salute, evidenziano che, allo stato attuale, dell'assistenza domiciliare ne gode solo il 2,7% di cittadini ultrasessantacinquenni residenti in Italia.

Questo dato, a dir poco sconcertante, assume particolare valore, se si raffronta con alcuni Paesi dell'Europa settentrionale, laddove sono assistiti presso il proprio domicilio oltre il 20% della popolazione anziana. Inoltre, quel che vien fuori, considerando anche altri aspetti importanti come la tipologia delle prestazioni, le ore dedicate a ciascun assistito, la natura pubblica o privata degli operatori e il costo pro-capite dei servizi, evidenzia che sono i più differenti e variegati, secondo le aree del nostro Paese. In Italia ricevono le cure domiciliari solo trecentosettantamila over sessantacinquenni, a fronte di circa tre milioni di persone che sono affette da disabilità severa, dovu-



te a malattie croniche, e che avrebbero bisogno di tali cure.

Il Ministero della Salute, in una recente indagine sull'invecchiamento attivo, attraverso una propria Agenzia, ha sviluppato un'analisi di dettaglio volta a comprendere in concreto come sono organizzati i servizi di assistenza domiciliare in una dozzina di Aziende sanitarie di undici Regioni italiane. È venuto fuori un campione distribuito in modo bilanciato tra nord, centro e sud, relativo ad aziende che offrono servizi territoriali a dieci milioni di persone, vale a dire quasi un quinto della popolazione italiana. L'Italia, da anni apparentemente alla ricerca di una vera alternativa al modello basato sulla centralità dell'ospedale per la cura di pazienti anziani, cronici e fragili, continua sorprendentemente a dedicare all'assistenza domiciliare sforzi e risorse pressoché risibili, basti pensare che sono dedicate in media, a ciascun paziente, venti ore di assistenza domiciliare ogni anno, a fronte di nazioni europee che garantiscono le stesse ore di assistenza in poco più di un mese.

L'Istat, inoltre, conferma che attualmente un italiano su quattro ha più di sessantacinque anni, e che questo rapporto salirà a uno su tre nell'anno 2050.

Ovviamente, nessun sistema sanitario potrebbe essere grado, di curare tutte queste persone in ospedale, e proprio da questa evidenza nasce l'esigenza di individuare un modello alternativo.

Però, se allo stato sono assistiti a domicilio meno di tre anziani su cento, ci si chiede e tutti gli altri?

La maggior parte contribuisce all'intasamento del pronto soccorso, nella migliore delle ipotesi, altri sono obbligati a ricorrere alle cure "fai da te" da parte di familiari, con alti costi sociali, e tanti altri rischiano addi-

rittura l'abbandono in quanto non hanno a disposizione le risorse per farsi assistere. Questi dati dovrebbero rappresentare per tutti, soprattutto per i professionisti della salute, un vero e proprio campanello di allarme non più trascurabile.

Accanto, e forse più dei numeri sugli anziani assistiti, sorprendono i dati dai quali traspare un'organizzazione dell'assistenza domiciliare del tutto disomogenea nelle diverse aree d'Italia.

Non mancano persino aree del Paese in cui l'assistenza domiciliare non esiste per nulla. Ci sono poi differenze evidenti nel numero di ore dedicate dalle ASL a ciascun paziente.

Altra differenza non trascurabile è l'apporto degli enti privati nell'erogazione dei servizi a domicilio. Tale "quadro" evidenzia un dato di fondo: l'Italia non ha ancora dato una risposta univoca, né ha individuato un modello condiviso, per la gestione della più grande emergenza demografica ed epidemiologica del presente e del futuro.

“Il fine del PNC è di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita”

L'indagine condotta dice anzitutto che l'assistenza domiciliare in Italia è una vera e propria bolgia, nella quale ogni area del Paese parla una lingua diversa e sembra non esserci nessun dialogo.

Il Ministero della Salute con un apposito Piano (Piano nazionale della Cronicità -PNC-), nato dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, ha proposto un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori



I CINQUE OBIETTIVI PRINCIPALI DELLE CURE DOMICILIARI

1. L'assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
2. La continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
3. Il supporto alla famiglia;
4. Il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
5. Il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

dell'assistenza.

Il fine del PNC è di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il documento si compone di due parti: la prima contiene gli indirizzi generali per la cronicità, mentre nella seconda si trovano approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici.

Nella prima parte sono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee d'intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Inoltre è approfondita la parte relativa alla cronicità in età evolutiva.

Nella seconda parte il Piano individua un primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatori specifici a livello nazionale, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure. Esse sono:

- Malattie renali croniche e insufficienza renale;
- malattie reumatiche croniche: artrite

reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;

- malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
- malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca;
- malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi;
- malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria;
- insufficienza respiratoria in età evolutiva
- asma in età evolutiva;
- malattie endocrine in età evolutiva;
- malattie renali croniche in età evolutiva.

Ovviamente, urge intervenire su tanta disomogeneità, individuando apposite strategie per una nuova domiciliarità.

Per prima cosa bisogna creare maggiore integrazione fra servizio sanitario e operatori dei servizi sociali dei Comuni, per seconda cosa bisogna erogare prestazioni di qualità anche perché si è visto che il costo annuo per assistito a domicilio non cresce in maniera proporzionale al numero di tempo dedicato a ogni paziente in quanto, al di sopra di una certa soglia, determina una diminuzione delle successive richieste di assistenza e quindi si va ad innescare una sorta di meccanismo virtuoso, capace di far decrescere alcuni costi. Insomma, in altre parole, sopra un certo numero di ore erogate "di qualità", da considerarsi quelle ottimali, gli utenti bisognevoli di cure domiciliari iniziano a stare meglio.

Sulla base di questo ragionamento, e non solo, l'assistenza domiciliare si conferma un ottimo investimento collettivo sulla salute dei pazienti in condizioni di cronicità.

SITOGRAFIA

- www.salute.gov.it

IL DOLORE NEL NEONATO PREMATURO

Indagine conoscitiva sull'applicazione delle scale di valutazione

Carmela
MARSEGLIA



Federica
ABATE



Fino alla metà degli anni '80 era consuetudine sottoporre i neonati prematuri a interventi di chirurgia senza anestesia e analgesia nella errata convinzione che non potessero percepire dolore. In seguito numerosi studi hanno dimostrato in maniera indiscutibile che il neonato o il prematuro sono in grado

di percepire il dolore e che, in questi soggetti il dolore fosse addirittura amplificato in seguito allo sviluppo tardivo delle vie inibitorie discendenti.

Dopo questi studi si è capita l'importanza di valutare e trattare il dolore per prevenire tutta una serie di conseguenze negative e quindi per migliorarne la prognosi.

Da questo momento nascono le scale di valutazione del dolore, strumenti idonei per la valutazione, il monitoraggio e il successivo intervento. Solo con la valutazione, infatti, si può programmare una terapia del dolore mirata e individualizzata in base alle esigenze e adattando di volta in volta, in base alle valutazioni fatte, la posologia della

terapia. La presenza/assenza di dolore e la sua intensità può essere valutata attraverso metodi oggettivi quali le scale di valutazione che sono state appositamente costruite e sperimentate per il neonato prematuro. È stata condotta un'indagine conoscitiva sull'utilizzo delle scale di valutazione del dolore nei reparti di Neonatologia e TIN di strutture localizzate nella provincia di Bari. È stata costruita un'intervista che è stata sottoposta alle coordinatrici dei reparti delle seguenti strutture: Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, ASL Bari Ospedale "Di Venere" - Carbonara e Ospedale Generale Regionale "F.sco Miulli" di Acquaviva delle Fonti.

Per condurre l'indagine ho somministrato, alle coordinatrici dei reparti in questione, un'intervista (metodo di ricerca qualitativo). Essa è una conversazione "estesa" tra il ricercatore e l'intervistato, durante la quale il ricercatore cerca di ottenere informazioni quanto più dettagliate e approfondite possibili sul tema della ricerca.

Quindi risulta essere il metodo di ricerca più adatto per il mio intento che è quello di raccogliere informazioni sull'argomento in questione. L'intervista utilizzata è di tipo semi-strutturato e comprende 10 domande. *Vengono utilizzate nel suo reparto di Neonatologia e TIN le scale di valutazione del dolore per il neonato prematuro?*

- Policlinico: No, a causa di una burocrazia molto lenta, si attende l'inserimento nelle schede infermieristiche delle scale EDIN per il dolore cronico e PIPP per il dolore acuto



- Di Venere: No, attendiamo l'inserimento nella cartella informatizzata
- Miulli: No, perché la referente che si stava occupando di attivarle è venuta a mancare

Il dolore viene considerato e quindi monitorato come quinto parametro vitale?

- Policlinico: Attualmente no
- Di Venere: Dovrebbe
- Miulli: No

Le schede della valutazione del dolore sono inserite nella cartella infermieristica?

- Policlinico: A breve
- Di Venere: No
- Miulli: No

Vengono seguite Linee Guida in merito all'applicazione delle scale di valutazione del dolore?

- Policlinico: No, ma vengono seguiti i protocolli per l'analgisia utilizzando la sedazione con Fentanest e Midazolam nel post-operatorio e da poco nei neonati intubati
- Di Venere: No, ma vengono seguiti i protocolli per l'analgisia come da Linee Guida in caso di procedure invasive e dolorose
- Miulli: No, ma vengono usate Linee Guida sulla CARE

Non è stato possibile dunque rispondere alla domanda: "con quale frequenza vengono utilizzate?"

Ci sono difficoltà applicative nella pratica assistenziale?

- Policlinico: Non possiamo fare una valutazione
- Di Venere: No
- Miulli: Nessuna risposta

La preparazione dell'infermiere in merito all'applicazione delle scale di valutazione del dolore risulta essere adeguata?

- Policlinico: Appena ci sarà la disponibilità inizieremo a formare gli infermieri
- Di Venere: Non è possibile rilevarla dato il non utilizzo delle scale
- Miulli: Nessuna risposta

Vengono messe in atto le tecniche non farmacologiche per il trattamento del dolore nel neonato prematuro?

- Policlinico: Sì, glucosio al 33%, la suzione non nutritiva, contenimento, marsupioterapia, aumentare il contatto con i genitori; vengono utilizzate anche in corrispondenza di eventi cruenti o

quando il neonato è agitato con parametri vitali instabili

- Di Venere: Sì, assunzione di glucosata o latte durante le procedure meno invasive con il piccolo attaccato al seno della madre, il wrapping contenitivo, saturazione sensoriale, marsupio adottata per procedure
- Miulli: Sì, vengono usati tutti gli accorgimenti racchiusi nella "care neonatale"

La valutazione e la gestione del dolore in quale misura porta benefici ai neonati?

- Policlinico: Stabilizza e mantiene normali i parametri vitali del neonato, con variazioni contenute
- Di Venere: Maggiore stabilità dei parametri vitali, minore fabbisogno di ossigeno, riduzione dei giorni di degenza, riduzione delle emorragie cerebrali e riduzione della mortalità
- Miulli: Nessuna risposta

A suo avviso quale soluzione (organizzativa, gestionale o formativa) potrebbe essere utile per aumentare o migliorare l'applicazione delle scale di valutazione?

- Policlinico: La maggiore diffusione, sensibilizzazione del personale, l'informazione approfondita e l'attuazione con l'inserimento nei protocolli assistenziali
- Di Venere: Sensibilizzazione del personale, corsi di formazione per medici e infermieri sull'utilizzo della terapia del dolore farmacologica e non e inserimento nella cartella informatizzata
- Miulli: Nessuna risposta

CONCLUSIONI

Nel 1985 (vedi caso Jeffrey Lawson) sono iniziati i primi percorsi di cura e gestione del dolore anche del neonato e/o immaturo. La letteratura ha fornito evidenze che "cit...Ogni individuo apprende il significato del dolore attraverso i vissuti correlati a una lesione durante i primi anni di vita".

Dallo studio condotto nei reparti di Neonatologia e TIN della provincia di Bari, è emerso che non si utilizzano di prassi ancora gli strumenti per la corretta valutazione del dolore nel neonato prematuro.

Nelle interviste si sottolinea che la causa principale risiede nella lentezza burocratica nell'attivare tutte le procedure necessarie. Significativo è che nelle 3 TIN vi è ampia aderenza e sensibilizzazione del personale riguardo al trattamento del dolore con tec-

niche non farmacologiche in quanto vengono utilizzati i protocolli e le Linee Guida per l'analgesia non farmacologica inclusa nella Care Neonatale.

Ma senza l'utilizzo e l'inserimento delle schede di valutazione nella cartella infermieristica, le tecniche messe in atto dagli infermieri non risultano in alcuna documentazione per cui non sono rese visibili e oggettive. È significativa anche l'aderenza all'utilizzo delle tecniche farmacologiche per il trattamento del dolore, comunque prescritte dal personale sanitario medico. La valutazione del dolore in epoca neonatale è una pratica indispensabile per attuare interventi appropriati, necessari per gestire il dolore in una popolazione così fragile. Il monitoraggio di parametri fisiologici e la valutazione delle risposte comportamentali agli stimoli dolorosi sono stati proposti già da molti anni per l'accertamento della presenza di dolore nel paziente critico. Tuttavia la valutazione del dolore in Terapia Intensiva risulta particolarmente complessa a causa della presenza di numerose barriere che riguardano la complessità clinica, un setting di cura non sempre ottimale e un deficit di conoscenze, da parte dei membri del team

intensivo, riguardo ai sistemi di valutazione del dolore.

In conclusione l'importanza della valutazione del dolore risiede nel fatto di poter rendere oggettivo un parametro che è sog-

gettivo; poter documentare l'attuazione delle tecniche non farmacologiche nella pratica assistenziale e poter regolare in maniera personalizzata la posologia della terapia.

Infine per scopi migliorativi è risultata fondamentale la sensibilizzazione e la formazione del

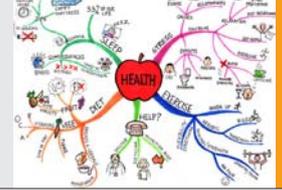
“La valutazione del dolore in epoca neonatale è una pratica indispensabile per attuare interventi appropriati, necessari per gestire il dolore in una popolazione così fragile”

personale; l'inserimento delle schede di valutazione nella cartella informatizzata e l'utilizzo di esse attraverso l'inserimento nei protocolli assistenziali. La prevenzione e il trattamento del dolore nel neonato, come per qualsiasi altra età della vita, sono gli indicatori del livello massimo di qualità assistenziale.

Si auspica l'introduzione delle schede di valutazione nella documentazione sanitaria per avere in futuro dei dati oggettivi e utili per la ricerca. Le implicazioni per la cura dei pazienti e per gli interventi di sanità dipendono tutti dalla disponibilità di dati raccolti attraverso il valore della ricerca e dei suoi risultati. Pain Nursing Magazine, Italian Online Journal (consultato il 27/03/2017).

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute – Il dolore nel bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia, ottobre 2014;
- Sannino P, Serra A, De Bona G, Cuomo G, Colombo G, Clerici D, Chiandotto V, Calciolari G, Bertonecelli N, Artese C - Con ragione e sentimento – Le cure neonatali a sostegno dello sviluppo, Società Italiana di neonatologia - Ed. Biomedica, aprile 2011;
- Organizzazione Mondiale della Sanità - Linee Guida dell'OMS sul trattamento farmacologico del dolore persistente nei bambini con patologie croniche gravi, 2012;
- Paola Lago, Daniele Merazzi, Elisabetta Garetti - Gruppo di Studio di Analgesia e Sedazione Società Italiana di Neonatologia - Linee Guida per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato, 2008;
- Bruscaignin M, Fabris M, Giliberti M, Macagno F, Merialdi M, Vittori G - Manifesto dei diritti del bambino nato prematuro 2010 – Carta dei diritti del bambino nato prematuro;



GLI STILI DI VITA INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Anna Letizia
CALAPRICE



È questa affermazione con cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità da diversi anni propone strategie di prevenzione e promozione della salute, come punto cardine per affrontare la grande epidemia di malattie croniche non trasmissibili che caratterizzano gli ultimi anni e che sicuramente

interessano gli anni a venire. I Paesi del mondo Occidentale sono caratterizzati, infatti, da una elevata mortalità per malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e tumori. Alcuni tra i determinanti di queste malattie croniche sono però modificabili, ed è proprio questa la sfida che oggi la Sanità Pubblica si pone, partendo proprio dalla priorità di invertire alcuni non corretti stili di vita, che rivestono un ruolo determinante nell'insorgenza di queste patologie (fumo, sovrappeso e obesità, sedentarietà, alcol, ecc.). Diventa importante, quindi, conoscere e monitorare lo stato di salute della popolazione, attraverso strumenti validati e standardizzati, quali il sistema di sorveglianza "PASSI", pensato

Antonio
VENITUCCI



dall'Istituto Superiore di Sanità e coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale. Esso monitora nel tempo i determinanti di salute dei cittadini, al fine di tracciarne il profilo di salute e gli stili di vita e per valutare l'impatto e gli esiti degli interventi sanitari, quali ad esempio gli screening oncologici o le campagne di promozione ed educazione alla salute. Questo continuo e puntuale monitoraggio, consente di fare analisi e riflessioni sui risultati e di conseguenza di progettare azioni mirate, sui temi di rilievo per la salute dei nostri cittadini. Un ulteriore e prezioso aiuto nella rilevazione e nel monitoraggio della diffusione di malattie croniche come i tumori, giunge dall'Associazione Italiana dei Tumori (AIRTUM), che fornisce dati su: incidenza, prevalenza, sopravvivenza e distribuzione delle varie forme di tumore nelle diverse aree del Paese.

In Puglia il sistema di sorveglianza Passi mostra, per quanto concerne l'accesso agli screening oncologici organizzati dal SSN e previsti all'interno dei LEA, un dato non in linea con il dato nazionale e con percentuali inferiori anche rispetto a quelli attesi dalle linee guida nazionali:

- screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina (target donne 25-64 anni): 69,8% vs 78,7%;
- screening mammografico per la prevenzione del cancro alla mammella (target donne 50-69 anni): 63,5% vs 70%;
- screening del colon-retto (target: popolazione 50-69 anni): 13,3% vs 37,6%.

La modifica degli stili di vita rientra tra le attività principali della Promozione alla sa-





lute, realizzabile attraverso le azioni sinergiche di diversi attori e diverse professionalità, la scelta di strumenti condivisi di intervento e la capacità di lavorare fino al raggiungimento di obiettivi comuni. Appare chiaro, però, che occorre coinvolgere maggiormente la popolazione, concentrandosi su campagne di sensibilizzazione e di informazione, che divengano per il cittadino uno strumento indispensabile per comprendere l'importanza della prevenzione e per fare scelte di salute più consapevoli. Un attore attivo che decide della propria salute!

In quest'ottica si è svolto il 27 e 28 maggio 2017 a Corato (BA), presso la Villa Comunale, la 2° Edizione de "La Giornata della Prevenzione". L'obiettivo principale era quello di promuovere la cultura della prevenzione, quale efficace mezzo di contrasto alle patologie oncologiche e di tipo cronico-degenerative e di far riflettere sull'importanza di adottare stili di vita sani. Anche quest'anno la manifestazione è stata organizzata dall'Associazione "Onda D'Urto - Uniti contro il Cancro" di Corato con la collaborazione dell'As.N.A.S. (Associazione Nazionale Assistenti Sanitari - Sezione Puglia, Molise e Basilicata), ed ha avuto il patrocinio delle Aziende Sanitarie Locali pugliesi e dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro. Sono stati allestiti numerosi stand, che hanno visto avvicinarsi circa una trentina tra medici, assistenti sanitari, infermieri e volontari. Numerosi cittadini hanno prenotato oltre 600 controlli: visite senologiche, cardiologiche, neurologiche, proctologiche, consulenze nutrizionali, ed esami quali: ecografie tiroidee e addominali, densitometrie ossee, esami spirometrici e audiometrici. Nello specifico i controlli senologici hanno rappresentato una preziosa occasione per rinnovare diffusamente a tutte le donne l'invito a sottoporsi agli screening preventivi: le donne d'età compresa tra i 50 e i 69 anni sono state incoraggiate ad aderire ai programmi di screening del tumore della

mammella attivi in Puglia; quelle con età inferiore ai 50 anni sono state prese in carico dagli ambulatori senologici del Policlinico di Bari, per eventuali approfondimenti clinico-diagnostici.

Molte richieste sono state le visite finalizzate alla prevenzione delle malattie tumorali intestinali/proctologiche, le visite neurologiche e gli screening ecografici della tiroide: in seguito a tali controlli i pazienti sono stati avviati a percorsi di follow-up specifici. Vi è stata un'altissima partecipazione di Assistenti Sanitari, che hanno affiancato i Medici Specialisti durante le visite e gli esami, con attività di counseling ed educazione sanitaria agli utenti. La collaborazione all'evento è stata a titolo gratuito per i diversi professionisti e operatori sanitari, accumulati solo dalla consapevolezza che la salute è un bene assoluto e primario, da tutelare quotidianamente.

L'Assistente Sanitario, con le proprie specifiche competenze professionali, ha avuto in questa manifestazione un ruolo fondamentale: non solo informare ed educare la popolazione, ma soprattutto promuovere la salute in ogni fase della vita dell'utente, stimolando la responsabilità individuale, affinché ogni persona diventi consapevole della propria salute e delle proprie scelte. Questo può realizzarsi solo grazie ad uno strumento fondamentale: l'empowerment, il processo dinamico ed evolutivo attraverso il quale favorire la crescita di una "comunità competente" ed attiva.

L'evento ha avuto un impatto positivo sui cittadini, che anche questa volta hanno risposto con grande interesse e sensibilità. Investimenti di questo tipo possono essere valutati nel breve-medio termine con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui e, nel lungo periodo, con la riduzione del peso delle malattie oncologiche e cronico-degenerative, che hanno un costo importante in termini di salute e di costi economici.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- www.guadagnaresalute.it
- www.salute.gov.it Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018
- www.coratolive.it
- Report PASSI - Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la salute - i progressi delle aziende sanitarie pugliesi negli anni 2011/2014



RIFLESSIONI SUI VACCINI

Michela
LACASELLA



I vaccini hanno avuto ultimamente grande eco sui media (programmi televisivi, articoli di giornali, ecc.) per una serie di problematiche che hanno contribuito ad alimentare dubbi

e sfiducia nella popolazione, accrescendo la paura generale nei confronti di tutte le vaccinazioni. Innanzitutto è bene ricordare cosa sono I vaccini: preparati biologici composti da microrganismi uccisi o attenuati della loro virulenza, oppure costituiti da parte di alcuni loro antigeni, o ancora, da sostanze prodotte dagli stessi microrganismi depurate in laboratorio. Generalmente i vaccini contengono anche acqua sterile (o una soluzione fisiologica a base salina) e alcuni possono contenere, in piccole quantità, anche un adiuvante per migliorare la risposta del sistema immunitario, un conservante (o un antibiotico) per prevenire la contaminazione del vaccino da parte di batteri e qualche stabilizzante per mantenere inalterate le proprietà del vaccino durante lo stoccaggio. Abbiamo a disposizione varie tipologie di vaccino:

- vaccini vivi attenuati (come per morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e tubercolosi): prodotti a partire da agenti infettivi resi non patogeni;
- vaccini inattivati (come per l'epatite A,

la poliomielite e l'antinfluenzale split): prodotti utilizzando virus o batteri uccisi tramite esposizione al calore oppure con sostanze chimiche;

- vaccini ad antigeni purificati (come per la pertosse acellulare, il meningococco A e l'influenza stagionale): prodotti attraverso raffinate tecniche di purificazione delle componenti batteriche o virali;
- vaccini ad anatossine (come per tetano e difterite): prodotti utilizzando molecole provenienti dall'agente infettivo, non in grado di provocare la malattia ma sufficienti ad attivare le difese immunitarie dell'organismo;
- vaccini a Dna ricombinante (come per epatite B e meningococco B): prodotti clonando e producendo una grande quantità di un determinato antigene.

I vaccini, una volta somministrati, simulano il primo contatto con l'agente infettivo evocando una risposta immunologica (immunità umorale e cellulare) simile a quella causata dall'infezione naturale, senza però causare la malattia e le sue complicanze. Il principio alla base di questo meccanismo è la memoria immunologica, cioè la capacità del sistema immunitario di ricordare quali microrganismi estranei hanno attaccato in passato il nostro organismo e quindi di rispondere velocemente all'insulto. L'assenza di una memoria immunologica è il motivo per cui i bambini piccoli vanno incontro alle malattie infettive più frequentemente dell'adulto. Senza le vaccinazioni il nostro corpo può impiegare anche settimane per >>>



produrre una quantità di anticorpi sufficiente a contrastare l'invasore, così come è bene ricordare che per alcuni vaccini è necessario fare dei richiami, cioè delle somministrazioni ripetute a distanza di tempo. Nonostante la vaccinazione sia per definizione un intervento preventivo che quindi va effettuato prima dell'esposizione all'agente infettivo, in alcuni casi può essere utilizzata anche ad esposizione avvenuta e prende il nome di "profilassi post esposizione". Un esempio è la vaccinazione contro la rabbia effettuata a soggetti che siano stati morsi o siano entrati in contatto con un animale rabbioso. Anche le vaccinazioni contro morbillo e varicella possono essere efficaci dopo l'esposizione all'infezione. Il vaccino contro il morbillo, se somministrato entro 72 ore dall'esposizione, può prevenire la malattia o ridurre la gravità dei sintomi. La vaccinazione contro la varicella è possibile sino a 5 giorni dopo l'esposizione al virus, risultando utile per prevenire la malattia o ridurre la gravità. Con l'approvazione del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 i cittadini Italiani potranno beneficiare di un'offerta di salute, attiva e gratuita, tra le più avanzate in Europa, grazie all'ampio numero di vaccini inclusi nel nuovo Calendario e al loro inserimento nei nuovi LEA. Il nuovo PNPV e il relativo Calendario vaccinale hanno come obiettivo primario l'armonizzazione delle strategie vaccinali in atto nel Paese, al fine di garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito e livello socio-culturale, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione, intesa sia come strumento di protezione individuale che come strumento di prevenzione collettiva, attraverso l'equità nell'accesso a vaccini di elevata qualità, anche sotto il profilo della sicurezza, e disponibili nel tempo. Alla luce della attuale normativa vengono ribaditi gli obblighi, in tema di vaccinazione, per genitori, medici, scuole e ASL. I genitori hanno l'obbligo di garantire la migliore protezione nei

confronti di malattie per la cui prevenzione siano disponibili vaccini efficaci e sicuri, attenendosi al Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute. Allo stesso tempo, sempre i genitori, devono rispettare le vigenti leggi che prevedono le vaccinazioni obbligatorie. I medici hanno l'obbligo di attenersi al codice deontologico e, per quelli dipendenti da pubbliche amministrazioni, di promuovere attivamente le vaccinazioni inserite nel Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute. Hanno, altresì, l'obbligo di informare correttamente i genitori su rischi e benefici della vaccinazione e sui pericoli di una mancata vaccinazione, considerato che una popolazione nazionale come la nostra, può considerarsi a rischio reale di contaminazione quando conta meno del 98% dei propri componenti come soggetti vaccinati, ed oggi, per paure, mal costume e negligenza, siamo sotto la soglia del 94% di popolazione vaccinata, con la conseguenza che malattie ormai scomparse come la polio o il morbillo stanno tornando prepotentemente alla ribalta della cronaca sanitaria. I direttori delle scuole e i capi degli istituti di istruzione pubblica o privata sono tenuti ad accertare se siano state praticate agli alunni le vaccinazioni e le rivaccinazioni obbligatorie. Nel caso di mancata presentazione della certificazione, il direttore della scuola o il capo dell'istituto è tenuto a comunicare il fatto entro cinque giorni all'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza dell'alunno e, contemporaneamente a darne notizia al Ministero della Sanità. La mancata certificazione non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami, ma la ASL di appartenenza dell'alunno ha l'obbligo di mettere in atto tutti gli opportuni e tempestivi interventi di recupero, quali l'offerta attiva delle vaccinazioni non effettuate e la comunicazione dello stato vaccinale al pediatra di riferimento, oltre ad attivare un contatto informativo con la famiglia dell'alunno.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/VacciniCosaSono.asp>
- http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2854



ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SICUREZZA

Definizione della politica della sicurezza e attuazione di un SGSL

Vincenzo
INGLESE



Il processo culturale e normativo degli ultimi anni ha portato sempre più alla consapevolezza che la maggior parte degli infortuni e delle malattie professionali ha una causa, o almeno una concausa, organizzativa. Quindi, fare prevenzione in azienda significa dotarsi di una organizzazione che consenta una agevole

Elena
CHIEFA



ma efficace gestione degli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro. Da questa necessità nascono i Sistemi di Gestione della Salute e Sicurezza. Si tratta di sistemi organizzativi che integrano obiettivi e politiche per la salute e sicurezza nella progettazione e gestione di sistemi di lavoro e produzione di beni o servizi. Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento del livello di sensibilità generale sui temi della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Gli addetti ai lavori dedicano maggiore attenzione agli aspetti gestionali della materia e quindi si divulgano i sistemi di gestione riconosciuti come strumenti in grado di integrare la sicurezza e salute nel sistema aziendale e gestire con

efficacia. I sistemi di gestione sono diventati lo strumento più efficace e conveniente per gestire la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro. Il loro riconoscimento come modello organizzativo con efficacia esimente dalla responsabilità amministrativa degli enti (D. Lgs 231/2001) è previsto dall'art. 30 del D. Lgs 81/2008. L'art. 30 individua le caratteristiche che i Modelli di Organizzazione e Gestione debbono avere perché l'azienda non incorra nella responsabilità amministrativa delle persone giuridiche (D. Lgs 231/2001, estesa dall'articolo 9 della legge n. 123 del 03/08/2007 alla materia della salute e sicurezza sul lavoro). I legislatori con l'art. 30 del D. Lgs 81/2008 hanno introdotto l'obbligo di adottare un Modello di Organizzazione in grado di assicurare un sistema aziendale per adempiere a tutti gli obblighi giuridici relativi alla sicurezza ed il riferimento sono le Linee guida UNI-INAIL del 28/09/2001 (realizzate da un gruppo di lavoro italiano costituito da organizzazioni statali, sindacali e di associazione di categoria partendo dal principio della ruota di Deming basato sulla successione ciclica PDCA -Plan, Do, Check e Act-) e BS OHSAS 18001:2007. Un SGSL è finalizzato a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza che l'azienda si è data in una efficace prospettiva costi/benefici. Le sequenze delle fasi generalmente applicabili, quando l'SGSL è a regime, sono:

- stabilire la politica aziendale per la salute e sicurezza sul lavoro, che definisca gli impegni generali per la prevenzione dei rischi ed il miglioramento progressi-





vo della salute e sicurezza;

- identificare le prescrizioni delle leggi e dei regolamenti applicabili;
- identificare tutti i pericoli e valutare i relativi rischi per tutti i lavoratori, compresi i casi, associati con i processi, le attività operative ed organizzative, le sostanze e i preparati pericolosi, ecc.;
- identificare i soggetti potenzialmente esposti fissare specifici obiettivi appropriati, raggiungibili e congruenti con gli impegni generali definiti nella politica;
- elaborare programmi per il raggiungimento di tali obiettivi, definendo priorità, tempi e responsabilità ed assegnando le necessarie risorse;
- stabilire le modalità, procedure e prassi per gestire i programmi;
- sensibilizzare la struttura aziendale al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- attuare adeguate attività di monitoraggio, verifica ed ispezione per assicurarsi che il sistema funzioni;
- avviare le opportune azioni correttive e preventive in funzione degli esiti del monitoraggio;
- effettuare un periodico riesame per valutare l'efficacia e l'efficienza del sistema nel raggiungere gli obiettivi.

Quindi, possiamo dire che quando il SGSL è a regime l'art. 30 del D. Lgs 81/2008 è pienamente rispettato. Le responsabilità e la relativa autorità in materia di SSL sono definite in coerenza con lo schema organizzativo e funzionale dell'azienda. Nella definizione dei compiti organizzativi e operativi della direzione aziendale, dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori, dovrebbero essere esplicitati e resi noti anche quelli relativi alle attività di sicurezza di loro competenza nonché le responsabilità connesse all'esercizio delle stesse, ed i compiti di ispezione, verifica e sorveglianza in materia di SSL. Dovrebbero essere documentate e rese note, a tutti i livelli aziendali, le funzioni ed i compiti del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e degli eventuali Addetti SPP, del Rappresen-

tante dei Lavoratori per la Sicurezza e degli addetti alla gestione delle emergenze, nonché i compiti e le responsabilità del Medico Competente. In particolare si dovrebbero evidenziare le misure di prevenzione e protezione (compresi gli aspetti organizzativi e relazionali) e le interrelazioni tra i vari soggetti e processi aziendali che hanno influenza sulla SSL cioè definire "chi fa che cosa" e definire i metodi di gestione per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'azienda dovrebbe stabilire ed aggiornare le procedure per affrontare situazioni difformi rispetto alla politica ed agli obiettivi fissati definendo nelle stesse i criteri operativi; procedure che riguardino gli aspetti di SSL significativi inerenti l'acquisizione di beni e servizi impiegati dall'azienda, comunicando le opportune informazioni a fornitori ed appaltatori; procedure per la gestione delle emergenze. In questa innovativa logica il datore di lavoro non è obbligato solamente a rispettare la normativa vigente ma è fortemente motivato a gestire la sicurezza creando dei sistemi organizzativi che garantiscano il miglioramento delle prestazioni in tema di sicurezza e salute sul lavoro. Quindi, l'adozione di un SGSL non è più un mero atto volontario ma un elemento organizzativo importantissimo, ancorché non obbligatorio, ai fini della valutazione dell'affidabilità di una organizzazione. Un

SGSL porta la gestione e il miglioramento continuo della salute e della sicurezza sul lavoro tra le priorità aziendali. Per le aziende trattasi di un'opportunità di modificare il proprio orientamento

strategico prestando ad una maggiore attenzione a questi aspetti. I vantaggi derivanti dall'implementazione e dall'adozione di sistemi di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro sono molteplici poiché consentono indubbiamente:

- riduzione di infortuni e malattie professionali;
- eliminazione o quantomeno minimizzazione dei rischi associati alla salute e alla sicurezza sul lavoro;

“L'adozione di un SGSL non è più un mero atto volontario ma un elemento organizzativo per la valutazione dell'affidabilità di una organizzazione”



- di migliorare le prestazioni e l'efficacia in termini di salute e sicurezza sul lavoro;
- di motivare e coinvolgere il personale attraverso la consultazione e la partecipazione;
- di accedere alla richiesta di riduzione del tasso di premio da corrispondere all'INAIL;
- come previsto dall'articolo 30 del D. Lgs 81/2008 ha efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni di cui al D. Lgs 231/01.

Le motivazioni per le aziende ad adottare sistemi di gestione sicurezza sul lavoro sono tante, certamente la più consistente deriva dal combinato disposto degli effetti del D. Lgs. n. 81/2008 e del D. Lgs 231/2001. Una delle motivazioni è quella di costruire le condizioni organizzative e gestionali per tutelare giuridicamente sia le persone fisiche che lavorano in azienda (datori, dirigenti e preposti, lavoratori) che le stesse persone giuridiche (le società, gli enti in generale) da eventuali responsabilità per inadempimento delle norme in materia di sicurezza sul lavoro. Infatti, il D. Lgs 81/2008 introducendo l'obbligo della vigilanza in capo al datore di lavoro, al dirigente e al preposto e sanzionandone conseguentemente la violazione, spinge certamente a valutare seriamente l'opportunità di dotarsi di idonei sistemi organizzativi con la finalità di rendere efficace e tracciabile la volontà di rispettare questo obbligo. Quindi, se il datore ha strutturato un sistema di gestione potrà da una parte rendere più effettiva e consapevole la vigilanza sul rispetto della normativa, dall'altro sarà in grado in sede amministrativa e processuale di dimostrare il rispetto della norma. Infatti, la culpa in vigilando è una delle ragioni principali per i quali i datori di lavoro vengono sanzionati sia dagli organi di vigilanza, attraverso le contravvenzioni, sia in fase processuale (nel caso che avvenga un infortunio) da parte del giudice. L'obbligo di vigilanza è indicato dall'art. 18 del D. Lgs 81/2008. Il datore e i dirigenti devono verificare che i lavoratori

osservino le norme vigenti, le disposizioni aziendali, l'uso dei mezzi di protezione collettiva ed individuale, nonché, verificare che i lavoratori per i quali è prescritto l'obbligo di sorveglianza sanitaria non siano adibiti alla mansione lavorativa specifica senza il prescritto giudizio di idoneità. Il comma 3 bis dell'art. 18 del D. Lgs 81/2008 stabilisce che il datore e i dirigenti sono tenuti a vigilare in ordine all'adempimento degli obblighi a carico dei preposti, lavoratori, progettisti, fabbricanti e fornitori, installatori e medico competente e che ne rispondono salvo non riescano a dimostrare che non sia "riscontrabile un difetto di vigilanza". Ancor più rilevante appare la utilità di adozione di un SGSL leggendo l'art. 30 del D. Lgs 81/2008 che richiama quanto previsto dal D. Lgs 231/2001 evidenza come l'adozione ed attuazione di un modello organizzativo gestionale comporti una efficacia esimente per le società e gli enti in generale dal rischio di sanzione. In caso di omicidio colposo (589 c.p.), lesione grave e gravissima (590 c.p.) dovuta alla violazione di norme in materia di sicurezza sul lavoro, oltre alle possibili responsabilità delle persone fisiche, la stessa società o ente possono essere condannati ad una sanzione pecuniaria che può variare su decisione del magistrato, a seconda del grado di responsabilità e alla situazione economico-patrimoniale dell'ente da un minimo di 64.500/129.000 ad un massimo di 387.250/774.500 euro. Dunque, per evitare l'applicazione di tali sanzioni si deve dimostrare di aver adottato e attuato un sistema di gestione sicurezza sul lavoro che dovrà essere conforme alle Linee Guida Uni-Inail o al British Standard OHSAS 18001:2007. Tali sistemi di gestione dovranno "prevedere idonei sistemi di registrazione" dell'avvenuta effettuazione delle attività previste dalle norme in materia di sicurezza sul lavoro, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure da adottare ed una articolazione delle funzioni in azienda che assicuri competenze e poteri per la verifica, la gestione ed il controllo del rischio.

BIBLIOGRAFIA

- Terracina; S. Massera; Il sistema di gestione della sicurezza sul lavoro, EPC Editore;
- www.puntosicuro.it
- www.inail.it

■ **ABC DELLE LESIONI CUTANEE**

Bari 8/09/2017
Hotel Excelsior Congressi
INFO: Tel. 0112446911
E-mail: ecm@congressiefiere.com

■ **FORUM MEDITERRANEO
IN SANITÀ 2017**

Bari 12/09/2017
Fiera del Levante
INFO: Tel. 0110447141
E-mail: segreteria@simulaid.it

■ **LA PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA
- GIORNATE FORMATIVE
INTERATTIVE 2017**

Bari dal 13/09/2017 al 15/11/2017
Centro di procreazione
medicalmente assistita
Ospedale Santa Maria
INFO: Tel. 0809905360
E-mail info@meeting-planner.it

■ **SISTEMA DI GESTIONE
ISO 9001: 2015**

Bari 14/09/2017
Via Bitritto, 104
INFO: Tel. 3392822937
E-mail: segreteria@italianacongressi.it

■ **DALLA TOSSICODIPENDENZA
ALLA CLINICA DELLE DIPENDENZE**

Bari 15/09/2017
Hotel Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0289693750
E-mail: massimo@padula.tv

■ **EARLY SPA CLINIC PROGETTO
DI FORMAZIONE SUL CAMPO
PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL
PERCORSO DEL PAZIENTE
CON SPONDILOARTRITE**

Bari dal 15/09/2017 al 30/12/2017
Policlinico di Bari "Ospedale Giovanni XXIII"
INFO: Tel. 02881841
E-mail: s.carra@lswr.it

■ **CONDOTTE DEVIANTI E CRIMINE,
DAL MINORE ALL'ADULTO**

Bari 16/09/2017
Hotel Moderno
INFO: Tel. 3338194364
E-mail: info@laborform.it

■ **GESTIONE DEGLI ACCESSI
VASCOLARI (PICC, CVC, CVP)**

Bari dal 21/09/2017 al 05/10/2017
INFO: Tel. 3288159934
E-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **I TUMORI GINECOLOGICI OLTRE
IL SURVIVAL: QUALITÀ DI VITA E
PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ**

Acquaviva Delle Fonti
dal 22/09/2017 al 23/09/2017
Sala Convegni Ente Ecclesiastico Ospedale
Generale Regionale "F. Miulli"
INFO: Tel. 0809905360
E-mail: info@meeting-planner.it

■ **IL DOLORE NEUROPATICO
NEL PAZIENTE ONCOLOGICO**

Bari 23/09/2017
Sala Conferenze-Irccs Istituto Tumori
"Giovanni Paolo II"
INFO: Tel. 099400493
E-mail: segreteria@satacard.it

■ **NEVI E MELANOMA**

Castellana Grotte 23/09/2017
Centro Congressi I.R.C.C.S. "Saverio De Bellis"
INFO: Tel. 0809905360
E-mail: info@meeting-planner.it

■ **ATTUALITÀ DELLA PROFESSIONE
SANITARIA: MODALITÀ
ORGANIZZATIVE E IMPLEMENTAZIONE
DELLE BUONE PRATICHE**

Torre a Mare - Bari
Barion Hotel & Congressi
30 Settembre 2017
INFO: Tel/Fax 0804965060
Cell. 3389804837
Email: info@mcorganization.it
www.mcorganization.it

■ **XVIII CONGRESSO NAZIONALE A.I.C.O.
CONSAPEVOLEZZA IN SALA
OPERATORIA**

Lecce 12 - 14 Ottobre 2017
INFO: Tel. 3388287707
E-mail: congresso.lecce@aicoitalia.it

■ **1° CORSO ANOTE/ANIGEA
ESAREGIONALE DEL SUD
OBIETTIVO QUALITÀ**

Giovinazzo 14 - 15 Ottobre 2017
INFO: Tel. 0818780564
E-mail: info@newcongress.it
E-mail: info@anoteanigea.it