

IL RESTYLING DEL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE



in evidenza

EDITORIALE

La sanità pugliese

**PRIMO
PIANO**

Nasce il Consiglio
Regionale Sanitario

**SICUREZZA
E BENESSERE**

La sicurezza è un
diritto. L'informazione
è un dovere



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 XXXIV - N° 1/2 gennaio/aprile 2016
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 12 aprile 2016

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

Biagio Auciello, Loredana Cappelli, Pasqualina Caramusco, Rosa Cipri, Maria Custode, Vincenza Anna Fusco, Elena Guglielmi, Antonio Leuci, Altomare Locantore, Savino Lombardi, Vanessa Manghisi, Savino Petruzzelli, Loredana Piazzolla, Ruggiero 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 Antonucci, Michele Calabrese, Elena Chiefa, Beatrice Dibenedetto, Michele Fighera, Giovanni Filannino, Monica Giannandrea, Vincenzo Inglese, Pasquale Lacasella, Adriana Laterza, Francesca Mastrandrea, Giuseppe Morelli, Vincenzo Ricchiuti, Nicola Tortora, Grazia Tuppusti.
Foto/immagini di Raffaele Recchia

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

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

numero **1/2**

EDITORIALE

3 LA SANITÀ PUGLIESE
Comitato di redazione

PRIMO PIANO

6 GLI INFERMIERI IN TV: SE BASTANO 43 SECONDI
Salvatore Petrarolo

8 CRONACA DI UN'ASSEMBLEA SENZA SORPRESE
Salvatore Petrarolo

10 ECCO COSA AVREI DETTO SUL PIANO DI RIORDINO
Nicola Tortora

12 NASCE IL CONSIGLIO REGIONALE SANITARIO
Michele Fighera

14 "IMMOBILITÀ" INFERMIERISTICA
Beatrice Dibenedetto, Giovanni Filannino

PROFESSIONE IN AZIONE

16 LA RELAZIONE COME CURA DELL'ANSIA E DELL'ISOLAMENTO
Federica Antonucci, Savino Lombardi

18 INFERMIERE EDUCATORE NELLA GESTIONE DELLA SCLEROSI MULTIPLA
Grazia Tuppusti

19 I PROTOCOLLI INFERMIERISTICI
Biagio Auciello, Giuseppe Morelli

21 RIDUZIONE DEI COSTI SANITARI
Adriana Laterza

23 LE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE
Francesca Mastrandrea

IN FORMAZIONE

24 PROGETTO "V.I.C.TO.R.I.A" E FORMAZIONE 2016 IPASVI BAT
Michele Calabrese, Vincenzo Ricchiuti

26 PUNTURA ACCIDENTALE CON AGO CONTAMINATO
Pasquale Lacasella

28 APPROCCIO PRO ATTIVO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
Monica Giannandrea

UNIVERSITÀ E INFERMIERISTICA

30 REGIONE PUGLIA E PROFESSIONE INFERMIERISTICA
Carmela Marseglia, Altomare Locantore

SICUREZZA E BENESSERE

33 LA SICUREZZA È UN DIRITTO L'INFORMAZIONE È UN DOVERE
Vincenzo Inglese, Elena Chiefa

INSERTO 1/2

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO
Raffaele Cristiano Losacco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



LA SANITÀ PUGLIESE

Tra innovata rete ospedaliera e nuovi investimenti per il territorio

Comitato di
REDAZIONE



La Puglia, stretta tra la morsa dei piani di rientro aziendali, i nuovi standard relativi all'assistenza ospedaliera e le restrizioni previste dall'ultima legge di stabilità, ha finalmente deciso di met-

tersi al lavoro per riformare il proprio sistema sanitario. Infatti, la Giunta Regionale ha dato inizio, alla fase di rinnovamento, con la presentazione dei programmi di investimenti per la sanità territoriale (Fondi FESR 2014-2020), prevedendo un fabbisogno di 480 milioni di euro e un investimento per le risorse di 404 milioni di euro, e successivamente con l'approvazione dello schema di provvedimento per il piano di riordino della rete ospedaliera pugliese (Delibera n. 161 del 29/02/2016). Per quanto riguarda i "Programmi di Investimenti per la Sanità Territoriale" sono stati individuati e messi in campo tre livelli di priorità:

- *Alta - Corsia "immediata", con impegno delle Aziende Sanitarie Locali ad esperire progettazioni e valutazioni con cantierabilità in tre mesi;*
- *Media - Avvio di progetti ed esecutività solo in subordine ai primi;*
- *Bassa - Area progettuale del "vorrei ma (per ora) non posso".*

La Regione ha suddiviso, le numerose iniziative previste, in 4 aree di riferimento:

1. dall'Ospedale al territorio. Riconversione degli ospedali dismessi in presidi territoriali assistenzialmente integrati

(specialistica, consultori, salute mentale, prevenzione, riabilitazione, dipendenze patologiche) e al passo con le norme di sicurezza;

- 2. la casa per la domanda non autosufficiente. Riconversione di immobili di proprietà pubblica per la realizzazione di strutture per le cure intensive per anziani gravemente non autosufficienti (tipo R1), per le cure palliative per pazienti oncologici e malati terminali, per la riabilitazione estensiva di persone con disabilità;*
- 3. aggiornamento della cassetta degli attrezzi. Potenziamento delle dotazioni tecnologiche nei presidi sanitari di riferimento dei distretti sociosanitari, a titolarità pubblica per le attività di diagnostica specialistica e di chirurgia ambulatoriale;*
- 4. il bisogno lontano e la sanità vicina. Potenziamento delle prestazioni erogate con l'ausilio di telemedicina nell'ambito di percorsi domiciliari sanitari e sociosanitari e di integrazione ospedale-territorio.*

I criteri con cui saranno scelti i progetti si riferiscono, alla conformità alla rete dei Presidi di salute territoriale (PTA) e delle strutture sanitarie extraospedaliere per le gravi non autosufficienze (R1) a titolarità pubblica già indicati nel RR 14/2015; alla complementarietà degli interventi territoriali con le modifiche alla rete ospedaliera derivanti dal recepimento in corso del DM n. 70/2015; all'adeguamento normativo (antisismica, antincendio, abbattimento delle barriere architettoniche, risparmio energetico, sicurezza dei lavoratori e dei pazienti) e contestuale riqualificazione e rifunzionalizzazione delle strutture desti-

nate a servizi sanitari territoriali non ospedalieri; all'immediata disponibilità (proprietà, convenzioni tra Enti pubblici per il comodato d'uso, altri titoli di godimento esclusivo) del suolo, ovvero dell'immobile interessato all'intervento; alla cantierabilità nel breve e medio termine.

Per quanto concerne la riorganizzazione della rete ospedaliera, prima il Ministero della Salute con il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", poi il Parlamento con la Legge di Stabilità 2016, hanno reso improcrastinabile, anche in Puglia, l'attuazione del riordino ospedaliero.

L'obiettivo del "percorso" messo in essere dal riordino, è quello di adeguare gli ospedali regionali a quelli italiani in termini di standard omogenei di assistenza, qualità, sicurezza, efficacia ed efficienza. In definitiva la ratio è quella di ricondurre le strutture ospedaliere dentro un regime gestionale che coniughi efficienza economica, alti volumi, adeguata qualità e la migliore sicurezza delle cure. Il Ministero della Salute, recentemente, ha inviato alle Regioni lo schema di decreto con cui dare attuazione al comma 524, lettere a) e b), dell'ultima legge di Stabilità. Prende così forma una delle maggiori novità della manovra 2016: la previsione di piani di rientro aziendali, nei due casi in cui si ravvisi una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, pari o superiore al dieci per cento dei suddetti ricavi o, in valore assoluto, pari ad almeno dieci milioni di euro;

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526. Doppia l'ipotesi di Piano da attuare, entro 90 giorni dall'emanazione del provvedimento di individuazione degli enti in "rosso" su conti e prestazioni, prevista nel documento inviato dal Ministero della Salute.

Nel primo caso (piano di rientro dallo scostamento negativo tra costi e ricavi) la programmazione andrà impostata sulla base di una serie di step: analisi della situazione economico-gestionale dell'azienda negli ultimi tre anni; definizione della strategia che, di conseguenza, va perseguita negli anni successivi; predisposizione del conto economico tendenziale e programmatico;

definizione degli strumenti di monitoraggio, verifica e analisi del piano di rientro, con indicatori quantitativi e qualitativi. Il "piano" aziendale dovrà tenere conto di quello regionale, in caso di regioni in piano di rientro esse stesse o commissariate. A sua volta, la programmazione aziendale, ai fini della ripartizione delle risorse di parte corrente tra le aziende del proprio SSR, terrà conto anche della presenza di aziende in piano di rientro e del valore di "funzioni ammissibili".

Il piano di rientro aziendale da predisporre per rientrare nei parametri su volumi, qualità ed esiti delle cure andrà articolato prevedendo i seguenti elementi: verifica della qualità dei dati registrati nei Sistemi informativi sanitari; analisi della situazione attraverso la conduzione di audit clinici e organizzativi; programma di interventi. Per la verifica del miglioramento continuo dei risultati le strutture potranno avvalersi degli strumenti dedicati all'audit disponibili sul sito del "programma nazionale esiti". In ogni azienda in piano di rientro, andranno individuati centri di responsabilità (Dipartimenti e/o Unità Operative complesse) e centri di costo. La Direzione strategica di ogni azienda dovrà presentare alla Regione obiettivi chiari, definiti e circoscritti e condividere indicatori che siano comprensibili, confrontabili e fattibili con i centri di responsabilità, al fine di incentivare la produttività e la qualità della singola prestazione. In questa ottica la Regione Puglia ha inteso agire, individuando gli obiettivi generali e specifici relativi al completamento e alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Sinteticamente gli obiettivi sono:

1. individuazione dei fabbisogni dei prestazioni ospedaliere;
2. dimensionamento dell'offerta ospedaliera;
3. ridefinizione del numero di posti letto ospedalieri per acuti;
4. aumento del numero di posti letto ospedalieri per post-acuti; connotazione in modo specifico di ogni presidio della rete ospedaliera per livelli di complessità crescente;
5. efficientamento della rete di emergenza-urgenza;
6. sviluppo e riorganizzazione del sistema integrato delle funzioni ospedaliere;
7. riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo i modelli di tipo dipartimentale e per intensità di cura;
8. riequilibrio dei ruoli ospedale-territorio e riorganizzazione delle attività territoriali;



9. parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali.

Da quel che si legge, l'integrazione ospedale-territorio, ancora una volta, sia pur sulla carta, rappresenta un obiettivo strategico principale della Regione Puglia e di tutte le Aziende sanitarie.

In particolare, all'ospedale viene chiesto di ripensare la propria organizzazione e modalità di gestione, alla luce delle novità gestionali, come ad esempio l'intensità di cura. Invece, al territorio viene, di fatto, chiesto di integrarsi con l'ospedale, da un lato, in termini di maggior appropriatezza dell'accesso ai servizi ospedalieri, dall'altro, nella presa in carico efficace dei pazienti dimessi.

Le novità in questo "percorso" sono veramente tante. Ovvio che ci si aspetta che non rimangano solo sulla "carta". Per non correre rischi di fallimento vi è una sola strada e cioè quella di coinvolgere, sin da subito, i professionisti della salute nella loro totalità, dando centralità al cittadino-utente evitando il ripetersi dell'errore che la Giunta regionale ha fatto, licenziando, con un colpo di mano, il "piano", senza una puntuale valutazione e ponderazione delle reali esigenze degli utenti, senza vagliare le eventuali proposte degli operatori sanitari". I cambiamenti sono sempre vissuti come criticità, invece sarebbe opportuno vivere gli stessi come opportunità!

Quale ruolo potranno avere gli infermieri in questo contesto? Quali opportunità

professionali si potranno cogliere? Da una parte la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera secondo i modelli di tipo dipartimentale e per intensità di cura, dall'altra parte il progressivo potenziamento delle attività territoriali offriranno numerosissime opportunità professionali a tutta l'area infermieristica. Sicuramente potranno finalmente essere implementati numerosi modelli organizzativi che finora non è stato possibile attivare.

In particolare, per esempio, si potrebbe iniziare a far leva sulle "strutture intermedie". Queste sono strutture di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti "Ospedali di Comunità".

Gli ospedali di comunità sono strutture con un numero limitato di posti letto (15-20) gestiti direttamente dal personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN. In tali strutture la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Questo esempio evidenzia come il coinvolgimento diretto, in tutto il processo riorganizzativo, delle figure infermieristiche, oltre a rappresentare un importante elemento di novità, potrà finalmente contribuire a creare una sanità sempre più al servizio del cittadino-utente.

ANDREULA (PRESIDENZA IPASVI BARI) SU PIANO DI RIORDINO: "PIENA DISPONIBILITÀ A COLLABORARE"

All'indomani dell'assemblea pubblica convocata dal presidente della Regione Puglia, Michele Emiliano, per l'illustrazione della bozza del "Piano di riordino della rete ospedaliera", il presidente del Collegio Ipasvi di Bari, Saverio Andreula, ha rilasciato la seguente dichiarazione che in sintesi si riporta.

"Gli infermieri non si sottraggono all'ascolto di un'ipotesi del Piano di riordino della rete ospedaliera che, va detto, si presenta carente di definizioni e modelli organizzativi concreti. È importante puntualizzare che noi infermieri, anche se in numero ridotto rispetto alle necessità del sistema sanitario pugliese in ogni area di attività (emergenza-urgenza 118, ospedaliera e territoriale), abbiamo sempre presentato proposte di intervento mirate ad una sicura presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini in ogni ambito e area del sistema sanitario. Le nostre proposte portate all'attenzione del presidente Emiliano, hanno origine da evidenze scientifiche, dalla letteratura e dalle organizzazioni sanitarie. Al presidente Emiliano abbiamo consegnato un progetto/metodo per aumentare i sistemi di calcolo e definire gli standard di personale necessario per garantire i percorsi assistenziali. Il progetto elaborato dal Collegio è basato su standard di qualità e sicurezza ed è già utilizzato in altre Regioni. Al Governatore Emiliano ribadiamo la nostra disponibilità, nella fase di riorganizzazione complessiva del sistema sanitario regionale, alla partecipazione attiva con proposte concrete che definiscano i modelli gestionali-organizzativi come gli ospedali di comunità, gli ambulatori infermieristici e gli hospice. Auspichiamo di essere ascoltati.

GLI INFERMIERI IN TV: SE BASTANO 43 SECONDI

Fa discutere lo spazio esiguo riservato alla presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Mangiacavalli, alla trasmissione "Ballarò"

Salvatore
PETRAROLO



Un passaggio nella televisione di Stato, in prima serata e in uno dei talk tra i più apprezzati non è avvenuto da tutti i giorni. Anzi andrebbe pubblicizzato, elogiato e conservato

tra i cimeli più cari. La partecipazione del presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, il 9 febbraio scorso alla trasmissione "Ballarò" su Rai Tre, qualche riflessione la impone. A voler vedere il bicchiere mezzo pieno, allora va apprezzato il passaggio in cui la Mangiacavalli ha sottolineato "il problema degli organici e del blocco del turn over" e ribadito che "i bisogni dei cittadini sono modificati con l'aumento dell'età, della non autosufficienza, della cronicità. Per questo dobbiamo modificare il sistema (sanitario n.d.r.), fare prossimità, andare vicino ai bisogni delle persone. E per farlo occorre valorizzare gli infermieri che sono persone formate professionalmente per stare vicino a questi bisogni". Dichiarazioni importanti espresse di fronte al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in un contesto nel quale la malasana era al centro del dibattito (raccontata con un paio di servizi di approfondimento) e davanti ad una platea televisiva pur sempre vasta, nonostante la concomitanza in quella serata del Festival di

Sanremo. Va aggiunto che l'intervento della Mangiacavalli era tra quelli programmati in una sorta di uno contro tutti con il ministro Lorenzin e per questo non ci sarebbe spazio per la delusione di aver misurato la presenza degli infermieri italiani in soli 43 secondi (il tempo cronometrato per l'intervento, con annessa domanda della presidente della Federazione al ministro) in uno spazio di 26 minuti (quanti ne sono stati dedicati al tema della sanità), nell'ambito di una trasmissione di due ore e mezza. Non è questa la sede per analizzare o giudicare le dinamiche di un format televisivo, né contestare o criticare il poco spazio (?) concesso alla presidente della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, perché nello sviluppo del dibattito i tempi sono stati (secondo più, secondo meno) quelli offerti anche agli altri rappresentanti del mondo sanitario. Insomma c'è stata par condicio e di questo nessuno potrà lamentarsi.

Ma c'è il bicchiere mezzo vuoto da prendere in considerazione nella riflessione che abbiamo avviato e, lo diciamo per chiarezza, non riguarda i tempi dedicati ad un approfondimento serio come i mali della sanità. Sui social c'è chi si è lamentato di questo spazio risicato (i 26 minuti citati in precedenza) a discapito di altre questioni sulle quali si è incentrata la trasmissione ma, come detto, non è nostro compito giudicare i contenuti, la scaletta e la linea editoriale di "Ballarò". Qual è, invece, l'aspetto che vorremmo evidenziare? Che il presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, sia stata "costretta" a far stare in 43 secondi



tutte le istanze di una categoria professionale che meriterebbe ben altre attenzioni e spazi di approfondimento più adeguati. Non è una riflessione figlia della partigianeria ma una considerazione che deve responsabilizzare gli infermieri, il cui rapporto con la comunicazione e i media è sbilanciato in negativo. I casi di malasanta o di cronaca (anche quelli più recenti legati a episodi di maltrattamenti sui pazienti o di assenteismo) trovano la giusta risonanza mediatica (è la cronaca bellezza si usa dire mondo dell'informazione).

Le notizie di buona sanità (in assoluto e nello specifico quando si parla degli infermieri) trovano poco spazio e minima rilevanza mediatica. Siamo arrivati, insomma, allo snodo di questa riflessione: perché la professione infermieristica è marginale nel mondo della

comunicazione? Perché la voce e le opinioni degli infermieri, al netto delle riviste di settore o delle pubblicazioni istituzionali, non trovano mai il giusto risalto? Proprio la partecipazione della presidente Mangiacavalli alla trasmissione "Ballarò" diventa l'episodio più eloquente: ci sarà mai occasione, in un qualsiasi talk show televisivo a livello nazionale, di uno spazio di venti minuti dedicato agli infermieri, alla loro professionalità, al loro punto di vista? Questi che sono stati rilanciati in tanti appuntamenti congressuali o di convegnistica e ai quali spesso ho provato a rispondere. C'è un punto di partenza dal quale non si può prescindere: gli infermieri sono "allergici" alla comunicazione, preferiscono il lavoro sul campo (quello in corsia nello specifico) all'esposizione mediatica, si sentono soddisfatti dei risultati raggiunti con le loro competenze professionali ma hanno scelto di stare nell'ombra. Posizione legittima e per

certi versi condivisibile, salvo poi accorgersi che gli infermieri restano schiacciati da figure predominanti nel mondo delle professioni sanitarie, salvo finire sotto i riflettori quando si parla di casi di malasanta.

Va anche riconosciuto, però, lo sforzo che si sta compiendo negli ultimi anni per ottenere una maggiore visibilità mediatica e la valorizzazione di una professione che sta cambiando pur conservando le specificità del ruolo. Gli infermieri sono professionisti della salute che rivendicano pari dignità ai



tavoli istituzionali e nel mondo universitario ma tocca agli infermieri vincere quella naturale riservatezza per conquistare il giusto spazio nel mondo della comunicazione. Se da una parte è vero che non mancano i mezzi con i quali si trasmettono le notizie (alle pubblicazioni di settore vanno affiancati i giornali on line, i blog e i social network) è altrettanto vero che gli infermieri restano ai margini dell'informazione di massa. E' una strada lunga quella da percorrere per conquistare spazi adeguati non per una semplice passerella televisiva ma per rivendicare quel ruolo di pari dignità nel mondo della sanità. Esprimere la propria opinione in un dibattito di rilevanza nazionale, avendo a disposizione solo 43 secondi (quelli utilizzati dalla presidente Mangiacavalli alla trasmissione "Ballarò") seppur sia stata un'occasione da non farsi sfuggire, ha marginalizzato ancora una volta la professione infermieristica.

CRONACA DI UN'ASSEMBLEA SENZA SORPRESE

Il presidente Emiliano e quel piano di riordino già pronto

Salvatore
PETRAROLO



C'è un pre e un post piano riordino ospedaliero approvato dalla Giunta regionale nella seduta del 29 febbraio scorso. Sono due momenti talmente ravvicinati che quasi si confon-

dono tra di loro grazie all'abilità del presidente della Regione Puglia, Michele Emiliano. Il piano di riordino ospedaliero per stare alle dichiarazioni del Governatore, "è un adempimento, un ordine che ci viene imposto per legge" anche se, sostiene ancora Emiliano "non dobbiamo prendere decisioni irrevocabili". Parole espresse sabato 27 febbraio davanti all'affollata platea convocata nell'aula "De Benedictis" del Policlinico di Bari. L'idea di Emiliano è quella di riunire tutti i soggetti (sindaci, rappresentanti politici del territorio, sindacati, ordini professionali che operano nel mondo della sanità) per illustrare la bozza del piano di riordino ospedaliero e ascoltare le istanze di chi da quel piano si sente danneggiato. Di fatto questo è il pre approvazione del piano di riordino, appuntamento fin troppo affollato e altrettanto ravvicinato alla riunione della Giunta che ha poi dato il via libera al provvedimento. Insomma ad un osservatore neutrale, l'assemblea plenaria (parole di Emiliano) convocata al Policlinico di Bari, appare come fumo negli occhi,

nonostante i buoni propositi del Governatore. Che definisce quella riunione "particolarmente significativa", battezza la stessa come "assemblea permanente per aiutare la Giunta regionale a prendere le grandi decisioni in materia di sanità" e prova a responsabilizzare i presenti sottolineando che il piano di riordino ospedaliero "è una scelta difficile e, per questo, vi ho chiamato in aiuto per ottenere il vostro punto di vista". Tutte buone intenzioni naufragate, però, di fronte alla complessità dell'uditorio (gli amministratori pubblici hanno ben altre esigenze politiche rispetto agli operatori del mondo sanitario) e alla ristrettezza dei tempi. Perché se ognuno avesse voluto parlare, l'assemblea plenaria avrebbe rischiato di prolungarsi e sovrapporsi alla riunione di Giunta che doveva entro lunedì 29 febbraio approvare, in maniera perentoria, il Piano di riordino ospedaliero. Così l'assemblea di sabato 27 febbraio è servita da una parte ad illustrare il provvedimento e dall'altra a raccogliere i lamenti dei sindaci che vedranno chiudere o, al meglio, riconvertire l'ospedale del loro territorio. E' stato il direttore del Dipartimento della salute, Giovanni Gorgoni, affidandosi alle sempre manageriali slides, a spiegare che "non ci saranno chiusure ma riconversioni né bisogna parlare di tagli". La rete ospedaliera pugliese, raccontano i numeri, adempie solo al 21 per cento degli standard richiesti dal decreto ministeriale e, dovendo rispettare la legge, la nostra regione può permettersi 5 ospedali di secondo livello, 9 ospedali di primo livello e 17 ospedali di base. Il risultato,



anche questo matematico, è che in Puglia si potranno avere 31 ospedali rispetto agli attuali 40, senza però “ridurre i posti letto” come garantisce Emiliano e ricollocando il personale sanitario. All’illustrazione del piano di riordino ospedaliero avrebbe dovuto far seguito i suggerimenti dei tanti soggetti convocati all’assemblea plenaria ed invece le pur autorevoli voci dei professionisti della salute (tra i quali anche i rappresentanti dei Collegi Ipasvi di Bari e Bat) sono state inghiottite dagli inevitabili interventi dei sindaci che hanno ripetuto all’unisono: “L’ospedale del mio territorio non va toccato perché è stato già ridimensionato”. Un mantra legiti-



timo ma che ha fatto perdere di vista, probabilmente, il senso dell’incontro. Anche se era difficile immaginare che accadesse il contrario. Del resto i tempi più che ristretti erano soffocati dalle scadenze: la bozza del piano di riordino presentata il 27 febbraio è stata approvata il lunedì successivo. Difficile se non impossibile riscriverlo con gli auspicati suggerimenti attesi dal presidente Emiliano. Ma almeno la forma era salva.

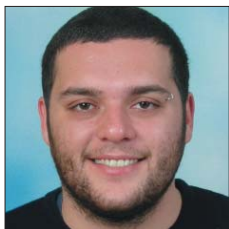
PIANO DI RIORDINO, QUESTE LE NOVITÀ

Cinque ospedali di secondo livello, undici di primo livello, dodici ospedali di base. Sono i tre numeri principali dello schema di provvedimento per il riordino della rete ospedaliera pugliese, approvato dalla Giunta regionale e inviato a Roma per la successiva valutazione. Come spiegato in più occasioni dal presidente della Regione, Michele Emiliano, quello dell’esecutivo è stato un adempimento per adeguare la rete ospedaliera pugliese ai nuovi standard prescritti dalla normativa nazionale e indicati dal decreto ministeriale 70 del 2015 e dalla Legge di Stabilità del 2016. La Puglia, si sottolinea nel comunicato stampa della Regione, parte da una rete che offre, alla data del 21 gennaio scorso, 13mila posti letto distribuiti tra 74 stabilimenti pubblici e privati accreditati. Il riordino non porterà al taglio dei posti letto ma ad una redistribuzione degli stessi tra gli ospedali. Quelli di secondo livello sono in cinque capoluoghi di provincia: gli ospedali Riuniti di Foggia, il Policlinico di Bari, il Santissima Annunziata da Taranto, il Perrino di Brindisi e il Vito Fazzi di Lecce. Gli undici ospedali di primo livello, invece, saranno i seguenti: Masselli di San Severo, Tatarella di Cerignola, Bonomo di Andria, Dimiccoli di Barletta, Di Venere e San Paolo a Bari, ospedale della Murgia di Altamura, ospedale civile di Castellaneta, Camberlingo di Francavilla Fontana, Sacro Cuore di Gallipoli e Delle Ponti di Scorrano. Sono dodici, infine, gli ospedali di base alcuni dei quali, rispetto alla configurazione prevista dal ministero (anestesia, pronto soccorso, medicina, chirurgia e ortopedia) conserveranno le ulteriori discipline che storicamente presidiano il fabbisogno epidemiologico di quel territorio. Questi i presidi previsti nel piano: ospedale civile di Manfredonia, Vittorio Emanuele di Bisceglie, Umberto I di Corato, Don Tonino Bello di Molfetta, San Giacomo di Monopoli, Santa Maria degli Angeli di Putignano, Ferrari di Casarano, San Giuseppe di Copertino, santa Caterina di Galatina, ospedale civile di Ostuni, Giannuzzi di Manduria e Valle d’Itria di Martina Franca. La Giunta regionale ha invece riservato per l’ospedale Lastaria di Lucera la fattispecie dell’ospedale di “area disagiata” come previsto dal DM 70. Sono invece otto gli ospedali pubblici destinati alla riconversione (con servizi di riabilitazione o post acuzie): il Fallacara di Triggiano, il Sarcone di Terlizzi, il San Camillo di Mesagne, il melli di San Pietro Vernotico, l’Umberto I di Fasano, il San Marco di Grottaglie, l’ospedale Caduti di tutte le guerre di Canosa di Puglia e il San Nicola Pellegrino di Trani). La rete di assistenza ospedaliera, si legge nel comunicato della Giunta regionale, si arricchirà di quattro nuovi ospedali la cui costruzione consentirà l’ulteriore accorpamento degli stabilimenti. Con il provvedimento approvato dalla Giunta, infine, parte anche il lavoro di riassetto della rete di assistenza territoriale per la quale la Regione ha stanziato 400 milioni di euro di fondi Fesr destinati a potenziare gli ospedali oggetto di riconversione.

ECCO COSA AVREI DETTO **SUL PIANO** **DI RIORDINO**

L'intervento, mancato, all'assemblea di Bari di un infermiere dell'Ipasvi Bat

Nicola
TORTORA



Forse per la prima volta una presentazione di un "piano" politico-amministrativo si trasforma in un'assemblea, in questo caso sanitaria e pugliese alla quale erano presenti amministratori,

operatori sanitari, rappresentanze di ordini professionali, politici e giornalisti. Così la chiama il governatore Emiliano (assemblea n.d.r.), procurandosi anche un legittimo orgoglio di una pratica mai messa in atto prima d'ora. Ma riavvolgendo il nastro si capisce chiaramente che si andrà a discutere di un piano che verrà approvato con delibera di giunta così com'è nonostante tutte le rassicurazioni della squadra Emiliano che parla di puntata zero, di una rivoluzione, di target minimi e modifiche possibili. Ero alla presentazione, mi sono iscritto a parlare e nel contempo ho udito il solito - a torto o a ragione - sfogatoio di problemi e ansie dei sindaci che difendevano il proprio campanile ed altri illustri ospiti che ci indicavano la strada della ricerca e dell'innovazione tecnologica il tutto senza rispettare i tre minuti previsti. Poi il tempo per me era scaduto ed il lavoro chiamava (un turno pomeridiano). Pazienza. Ma ecco cosa avrei voluto dire per contribuire alla discussione: "Ho 33 anni, probabilmente pochi per assistere al terzo piano di riordino della rete

ospedaliera in un solo decennio. Tutta fortuna. I passati piani sono tutti abortiti per mille motivi che non stiamo qui a discutere, quindi discutiamo del prossimo piano nascento che si basa su tre principi fondamentali. Il D.M. 70 sancisce gli standard sanitari che possono anche andarci bene perché costruiscono il presupposto sul quale un ospedale o Unità operativa si mantiene in piedi perché produce dei risultati calcolabili e tacitamente sovrapponibili con l'introito economico per tenerli in piedi. I criteri economici non vanno bene: candidamente il dottor Gorgoni ed il Governatore Emiliano ci hanno detto che gran parte delle Asl saranno già da quest'anno in piano di rientro (non dal 2017 come prevede la legge) e chi sarà a pagare se non saranno rispettati gli standard e gli obiettivi? I direttori di struttura. Terzo criterio: quanto personale serve per mantenere il sistema pubblico capace di soddisfare i bisogni dei cittadini? Mi sembra una domanda facile a cui rispondere: la spesa del personale al 2004 decurtata del 1,4% rappresenta da quasi un decennio la matrice ed il vero fulcro della gestione della cosa sanitaria pubblica compreso gli sprechi. In sostanza insufficiente. Tutto qui.

Ma facciamoci passare il Piano come cosa giusta, dovuta e soprattutto discussa: alla ratio di tutto ciò si aggiunga un criterio in più a quelli enunciati in precedenza, ovvero quello della deospedalizzazione delle cure. Ovvero canalizzare gli "acuti" negli ospedali e gli altri ad un servizio o rete territoriale. Esatto, rete territoriale che auspico fosse presentata parallelamente al riordino



della rete ospedaliera: ma, purtroppo, niente. Caro Governatore, se ci sono dei rami secchi – fonte di spreco e mal utilizzo delle risorse materiali ed uma-

ne – bisogna tagliargli e siamo d'accordo, ma quando si riorganizza lo si fa anche su quello che sono le peculiarità territoriali, i bisogni regionali, l'epidemiologia, la tecnologia, la ricerca, l'edilizia sanitaria (abbiamo fondi da stanziare?) e, soprattutto, lo si fa con il personale e le professionalità presenti che formiamo nelle università pugliesi. Lo sa che ogni tre infermieri che si formano uno è precario se va bene in una Asl o se va male in cooperativa a quattro euro l'ora, uno emigra nel Nord Europa, l'altro è disoccupato.

Infermieri, infermieri ed infermieri: se non si dotano le sale operatorie di infermieri per poterle far funzionare ci scordiamo che una frattura di femore venga operata en-

“Il coinvolgimento diretto, in tutto il processo riorganizzativo potrà contribuire a creare una sanità sempre più al servizio del cittadino-utente”

Garganico, il See and Treat nei Pronto Soccorso, il nuovo protocollo del 118 regionale; e poi quando si inizierà a valorizzare come perno del management sanitario la professione infermieristica, fatta di coordinatori infermieri e dirigenza formata? La sanità avrebbe una visione diversa da quella medico-centrica, ma multidisciplinare e lei Governatore ne sarebbe fautore e testimone. Insomma i tagli vanno bene quando creano ricchezza da reinvestire e ridistribuire, a me pare invece che i disservizi che inevitabilmente si creeranno verranno spostati altrove in qualità di servizi in quel mondo chiamato sanità privata. Ma spero di sbagliarmi e mi approccio con estrema fiducia a questa ennesima nuova fase”.

tro le 48 ore e che ritorni subito a domicilio assistito da un infermiere domiciliare: questo è solo un esempio tra tanti. L'infermiere di famiglia auspicato dal sindaco di Rignano

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARLETTA-ANDRIA-TRANI

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2015
- 3) Bilancio di previsione 2016

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI BAT sita in Via Margherita di Borbogna, 74 Trani in prima convocazione alle ore 20,00 del 23/04/2016 ed in seconda convocazione alle ore 10,00 del 26/04/2016 presso l'R.S.S.A. “San Giuseppe” Via Santa Lucia 29/C - Canosa di Puglia. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Michele Ragnatela*

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

IL SOTTOSCRITTO _____

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

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2016

DATA _____

FIRMA _____

NASCE IL CONSIGLIO REGIONALE SANITARIO

Organismo consultivo o pletorica inutile assemblea?

Michela
FIGHERA



La novità arriva con voto unanime dal Consiglio regionale della Puglia: nella seduta del 17 marzo scorso, è stato approvato il progetto di legge con il quale si istituisce il Consiglio regionale sanitario (Csr), organismo tecnico-consultivo della Giunta e del Consiglio, con funzioni di supporto nel monitoraggio dei livelli di assistenza e verifica della qualità dei servizi. Un proposta di legge, composta da dieci articoli, e firmata dai consiglieri Pino Romano e Michele Mazzarano, del Pd, che fa seguito temporale (e

per questo ha sollevato alcune perplessità nelle forze politiche d'opposizione), alla presentazione della bozza di piano di riordino ospedaliero da parte della Giunta Emiliano. Proprio quel piano sarebbe stato portato all'attenzione del nuovo Consiglio regionale sanitario se lo stesso fosse stato istituito in precedenza, è stato fatto notare da più parti. Ma tant'è, resta la novità, figlia dei tempi. "Il dibattito sulla sostenibilità del Sistema sanitario italiano – si legge nella relazione introduttiva alla proposta di legge – si è

reso necessario visto il rischio sempre più attuale che la minore ricchezza prodotta nel Paese, determini una contrazione dei diritti dei cittadini in materia di tutela e promozione della salute. Le condivisibili ragioni del contenimento della spesa pubblica, non devono intaccare il diritto costituzionale alla salute e resta una priorità garantire l'universalità dell'offerta". Tra gli obiettivi fissati nella relazione c'è "il riconoscimento pieno della maturità del mondo delle Professioni sanitarie (e tra queste anche quella infermieristica n.d.r.) in materia di politiche della salute e il benessere delle persone". Nell'articolo 1 della proposta di legge si sottolinea che "l'istituzione del Consiglio sanitario regionale nasce dalla volontà della Regione di coinvolgere tutte quelle figure professionali e tecniche del servizio sanitario regionale, quali interlocutori qualifi-



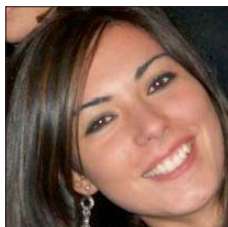


cati, nelle procedure decisionali al fine di contribuire e assicurare scelte responsabili e consapevoli di promozione e tutela della salute". Quattro sono i compiti e le funzioni riconosciute al Csr e indicate nell'articolo 2: "Fornire parere obbligatorio sulle deliberazioni di Giunta e sui progetti di legge del Consiglio in materia di tutela della salute, contribuendo all'innovazione e allo sviluppo della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari; svolgere attività di valutazione delle qualità dei percorsi formativi relativi alle figure professionali che intervengono nelle attività sanitarie e socio sanitarie; elaborare linee-guida e pareri sugli aspetti di carattere strettamente tecnico-scientifico sulle attività sanitarie; fungere da Osservatorio sulle attività di ricerca medico-scientifica condotte nella Regione Puglia". Sarà l'assessore regionale alla sanità a presiedere il Csr che resterà in carica per tre anni, mentre il vice presidente vicario è il Presidente dell'ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) designato dal Coordinamento regionale dei Presidenti provinciali di OMCeO. Questa invece la composizione dell'Ufficio di Presidenza indicato nell'articolo 6 della proposta di legge: oltre al presidente e vice presidente vicario, saranno presenti quattro componenti in rappresentanza degli Ordini dei Farmacisti, Veterinari, Psicologi e del Collegio Ipasvi designati dai rispettivi coordinamenti regionali. Dell'ufficio di presidenza faranno parte anche i Presidi di facoltà di Medicina e Chirurgia delle università pugliesi. L'articolo 7 regolamen-

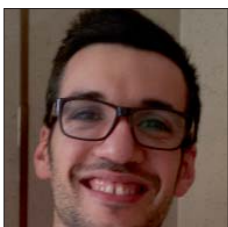
ta la composizione dell'Assemblea del Csr così determinata: Ufficio di presidenza; presidenti degli OMCeO di Puglia; otto medici (quattro di medicina territoriale e altrettanti di medicina ospedaliera); otto operatori sanitari di Professioni non presenti nell'Ufficio di presidenza (biologi, chimici, ostetriche, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio bio-medico, tecnici della prevenzione, fisioterapisti e dietisti); i direttori sanitari delle Asl e delle Aziende universitarie; due direttori sanitari delle Associazioni rappresentanti gli Istituti privati; il direttore generale dell'Arpa Puglia; il direttore generale dell'Ares; i direttori generali dell'assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali. Le funzioni dell'Assemblea, invece, sono indicate nell'articolo 8: tra le più significative emergono "il parere obbligatorio, ma non vincolante, sugli atti aventi carattere programmatico o dispositivo generale e sugli atti finali di tutti gli organismi tecnico sanitari di nomina regionale; l'azione di supporto al monitoraggio dei livelli di assistenza, alla verifica della qualità del servizio, all'attuazione del sistema dell'accreditamento e alla elaborazione dei progetti innovativi sperimentali; la collaborazione alla stesura della relazione e del piano sanitario regionale; la promozione, anche in collaborazione con soggetti pubblici e privati, di iniziative formative e culturali, nonché di studi e ricerche". L'Assemblea del Csr avrà 90 giorni di tempo, dall'entrata in vigore della legge, per adottare il regolamento per la sua organizzazione e il suo funzionamento.

“IMMOBILITÀ” INFERMIERISTICA

Beatrice
DIBENEDETTO



Giovanni
FILANNINO



In una società che mira sempre più alla globalizzazione, allo scambio interculturale, alla crescita e al miglioramento delle idee attraverso lo scambio, le aziende sanitarie italiane, diventano sempre più campanilistiche e autoreferenziali, nei confronti dei propri dipendenti. E' attuale la problematica che attanaglia

gli infermieri di tutta Italia, e che non permette a molti colleghi di esercitare la propria professione presso l'ente e nel luogo dove scelgono di vivere la vita. Prigionieri di un posto di lavoro che ci si è conquistati col merito, attraverso il superamento di un concorso pubblico. Succede al nord ma anche al sud, che gli infermieri vincitori di concorsi pubblici, che prestano servizio presso le diverse aziende sanitarie sparse per il nostro Bel Paese, dopo aver obbligatoriamente prestato il loro servizio per anni presso la stessa azienda, in base all'accordo firmato sul contratto di lavoro, vedono negata loro, la possibilità di decidere cosa fare della propria vita, e presso quale azien-

da svolgere il loro lavoro. È proprio così, una volta che l'infermiere viene convocato dall'azienda presso la quale risulta vincitore di concorso, firmando il proprio contratto di lavoro viene "invitato" a firmare una clausola per cui deve obbligatoriamente prestare servizio presso la stessa azienda per il numero di anni indicato dalla clausola stessa, uno, due o molto spesso cinque anni. Accade che l'invito diventa un obbligo e che l'obbligo implica anni di vita. Al termine di questi anni l'infermiere potrebbe teoricamente, in base alle normative vigenti, avere la possibilità di decidere finalmente della propria vita e decidere in base a necessità personali, familiari, sociali, di salute, o semplicemente per puro piacere, dove svolgere il proprio lavoro e in quale città vivere la propria vita. Esistono molteplici ragioni per cui si può decidere di cambiare città o posto di lavoro, ad esempio padri e madri che desiderano tornare a vivere vicino ai loro figli; mariti o mogli che desiderano ricongiungersi ai propri coniugi, figli che decidono di vivere accanto ai propri genitori, infermieri che ambiscono a lavorare presso aziende che operano per ambiti specialistici, o che vogliono fuggire da situazioni di mobbing e tanto altro....Ed è per questo che molti dei nostri colleghi infermieri una volta superato l'obbligo di permanenza, imposto da contratto, presso l'azienda d'appartenenza, manifestano il desiderio di un trasferimento presso altro ente, partecipando a bandi di mobilità. La procedura di mobilità per i dipendenti che prestano servizio presso amministrazioni



pubbliche, è regolata dal D. Lgs. 30-3-2001 n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” all’art. 30 infatti si parla del “passaggio diretto di personale tra amministrazioni diverse”. Nello specifico l’articolo recita “Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti appartenenti alla stessa qualifica in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento. Il trasferimento è disposto previo consenso dell’amministrazione di appartenenza”. Questo articolo rappresenta un’arma a doppio taglio per noi infermieri, poiché da un lato esprime la possibilità di trasferirsi presso un altro ente e dall’altra subordina questo diritto di libertà al “consenso dell’amministrazione d’appartenenza”. Questo articolo è stato ribadito e reso ancor più proibitivo con l’attuale governo attraverso l’emanazione del D. Lgs 114 del 2014 art. 4 in materia di mobilità. Cosa accade oggi in Italia? Accade che quasi tutte le aziende sanitarie italiane, a causa dei vari piani di rientro, essendo a corto di personale, esprimono parere negativo costringendo gli infermieri, ma anche gli altri professio-

nisti sanitari (tecnici di laboratorio, fisioterapisti, tecnici di radiologia, audiometristi, ostetriche, ecc...) a prestare servizio, contro la loro volontà, in aziende e città dove non desiderano lavorare, provocando negli stessi un disagio psicologico, sociale, umano. Spesso dunque ci si trova davanti a situazioni di burnout, e di disagio, a causa di questa libertà negata, da parte di quelle stesse aziende che “dovrebbero garantire la salute dei cittadini”, ma che ignorano quella dei propri dipendenti! Si ricorda quanto affermato nella “Carta di Ottawa” (documento redatto nel 1986 durante la prima “Conferenza internazionale per la promozione della salute”) e precisamente che: “Grazie ad un buon livello di salute l’individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l’ambiente e di adattarvisi”.

La capacità di adattamento all’ambiente, dunque, viene considerata un elemento indicatore di un buono stato di salute. Ma perché tutto questo agli infermieri non è concesso? Perché coloro che assistono la salute degli altri non meritano la tutela della propria salute?

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARI

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2015
- 3) Bilancio di previsione 2016

L’Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra 1/L, in prima convocazione alle ore 16,30 del 23/04/2016 ed in seconda convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra 1/L alle ore 16,30 del 26/04/2016. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l’Assemblea sia considerata valida, occorre l’intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all’Assemblea e negli orari d’ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Saverio Andreola*

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

IL SOTTOSCRITTO _____

ISCRITTO ALL’ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____

DELEGA L’ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL’ASSEMBLEA ORDINARIA 2016

DATA _____

FIRMA _____



LA RELAZIONE COME CURA **DELL'ANSIA E DELL'ISOLAMENTO**

L'approccio infermieristico nell'U.O.
di Radioterapia metabolica

Federica
ANTONUCCI



Savino
LOMBARDI



La Radioterapia Metabolica costituisce una branca terapeutica della Medicina Nucleare utilizzata fortemente in campo oncologico per il trattamento dei carcinomi della tiroide e delle metastasi tiroidee e sfruttata le capacità che hanno i radioisotopi o i radiofarmaci, in questo caso lo iodio-131, di interagire con i

tessuti neoformati benigni o maligni, irradiandoli in modo specifico.

Gli infermieri interessati in questo campo medico sono professionisti qualificati e con una specifica formazione che seguono particolari norme di radioprotezione, che prevedono l'utilizzo obbligatorio di dispositivi di protezione individuali come camici piombati e speciali schermature, in modo da affrontare nella maniera più sicura la complessa gestione del paziente radioattivo. A causa della metodica utilizzata, che consiste nella somministrazione di dosi elevate di radioattività, il paziente che si sottopone a tale trattamento, per disposizioni di legge, deve essere sottoposto a un ricovero

in regime protetto per almeno 72 ore in un luogo isolato, rappresentato da un reparto altamente strutturato, così da contenere le radiazioni emesse dal soggetto in cura e proteggendo il personale sanitario durante il periodo dell'assistenza al paziente. È importante seguire un determinato percorso di cura, rintracciabile in un dettaglio diario infermieristico, sul quale annotare i bisogni assistenziali del paziente, l'insorgenza di segnali e sintomi di possibili effetti collaterali precoci (solitamente lievi, transitori e dose dipendenti), ma soprattutto registrare continuamente gli eventuali mutamenti psichici del paziente, che vede in quei giorni frenare drasticamente la propria routine di vita.

Tale realtà necessita di un'assistenza completamente differente rispetto a un normale approccio terapeutico, che vede soprattutto il dover fronteggiare il senso di isolamento che il paziente avverte durante la degenza. Portando con sé un bagaglio emozionale confuso, con l'idea di non aver concluso del tutto il suo percorso di "paziente oncologico" e il timore legato ai possibili effetti delle radiazioni, il paziente in isolamento deve fare i conti in ogni momento della giornata con le sue preoccupazioni, le quali accentuano lo stato di solitudine e di ansia. Infatti, nonostante le problematiche che la degenza comporta, solo l'essere guidati e supportati, può predisporre il paziente ad assumere un atteggiamento positivo per affrontare il ricovero.

Questo, però, è il frutto dell'instaurazione di una relazione terapeutica tra il pazien-



te e l'infermiere, che col medico e gli altri membri dell'equipe, risulta essere l'unico interlocutore con l'esterno.

La relazione ha inizio dalla mattina stessa del ricovero, in cui si aiuta il paziente a familiarizzare con la camera di degenza mostrandogli i confort alberghieri, creando un ambiente tranquillo, luminoso e accogliente. Con un linguaggio semplice e un tono deciso, l'infermiere attua uno dei primi passaggi, attraverso l'educazione, per rassicurare il paziente e renderlo padrone e partecipe della sua condizione, risolvendo dubbi o perplessità derivanti dal ricovero, ma anche relative al periodo successivo alla dimissione. L'accoglienza rappresenta un momento

cruciale per poter consolidare questa alleanza, in cui ci si appresta ad avviare un certo tipo di rapporto interpersonale, che purtroppo non è sempre positivo.

L'incontro iniziale fa in modo che sia l'infermiere che il paziente abbiano le prime impressioni l'uno dell'altro ed è proprio in questa fase che all'infermiere non è dato sbagliare. In questi utili e pochi momenti, oltre ad un corretto ed abile comportamento comunicativo capace di creare empatia, sia l'infermiere che il paziente comunicano attraverso il corpo: da un lato l'operatore sanitario, durante la raccolta dati, è intento a stabilire, con prudenza, una distanza interpersonale senza invadere il territorio intimo della persona, con uno sguardo attento e una postura orientata, invece il paziente, in modo involontario, riferisce la parte più vera di sé attraverso il linguaggio corporeo. È importante che l'infermiere sappia cogliere i segni della comunicazione non verbale, i quali dovrebbero essere riportati in cartella: attraverso l'analisi della postura, orientamento spaziale, espressioni facciali e segnali acustici non verbali connessi al linguaggio, è possibile risalire a preziose

informazioni sul reale stato emotivo della persona, in modo particolare quando non sa, non può o non osa esprimere il proprio reale sentire.

A partire da febbraio 2015, all'interno del reparto di Radioterapia Metabolica del P.O. "R. Dimiccoli" di Barletta, viene condotto uno studio su un campione di circa 50 pazienti, che ha come obiettivo la riduzione del livello di ansia dei pazienti, e quindi del senso di isolamento, servendosi dell'instaurazione della relazione infermiere-paziente.

Attraverso la compilazione di questionari a partire dall'accoglienza e per ogni giorno di degenza, è emersa subito la problematica dell'agitazione soprattutto nel 1°

giorno di ricovero (41%), il cui valore si è presentato più basso per il 2° (39%) e 3° giorno (15%) per i pazienti che hanno ricevuto il trattamento sperimentale, ovvero con i quali si è stabilita una forte empatia e relazione di fiducia.

Ciò dimostra che, nonostante l'isolamento e il poco tempo a disposizione per instaurare la relazione, il paziente viene supportato e preparato alla degenza, attraverso l'informazione, la costante "vicinanza" e la rassicurazione: l'obiettivo può dirsi raggiunto se dall'ansia e la paura nasce un raggio di speranza e la rabbia si tramuta in parte in energia. Grazie a questa esperienza vogliamo rafforzare quello che ci auguriamo essere un ampliamento dell'attività professionale, ovvero ci riferiamo alle U.O. a gestione infermieristica; infatti, riferendoci nello specifico alla nostra realtà operativa il modello organizzativo assistenziale è strutturato con la più ampia gestione del paziente in totale autonomia.

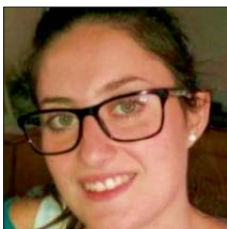
Il nostro auspicio è che nell'immediato futuro da più parti ci sia la necessità che l'infermiere acquisisca più autonomia professionale e anche decisionale.

“La dimensione relazionale è un aspetto fondamentale del rapporto infermiere-paziente poiché la sfera psico sociale ed il vissuto emotivo della persona influenzano notevolmente il decorso clinico e il successo del paziente alla terapia.”



INFERMIERE EDUCATORE NELLA GESTIONE DELLA SCLEROSI MULTIPLA

Grazia
TUPPUTI



La Sclerosi Multipla è una malattia demielinizante neurodegenerativa molto diffusa. In Italia si stima una prevalenza di circa in 75 mila casi e ad esserne colpiti sono soprattutto i giovani. Infatti l'età di maggiore

incidenza è 20-40 anni: proprio l'età in cui si è nel pieno dei progetti di vita. La SM è la prima causa di invalidità tra i giovani dopo gli incidenti stradali. La malattia si manifesta con disturbi del movimento, della vista e dell'equilibrio, seguendo un decorso diverso da persona a persona. Ciò che è spesso sottovalutato, è un sintomo onnipresente della malattia: la FATICA. È emerso da un sondaggio condotto su un campione di 20 pazienti che il 100% soffre di fatica sm-correlata e che l'85% di loro non è in trattamento per questo disturbo che, secondo quanto affermato dal 90% di loro produce addirittura cambiamenti sulla propria personalità. Pertanto, dopo aver appreso questi dati allarmanti mi sono chiesta: Un corso finalizzato alla comprensione della natura del sintomo della fatica nel paziente con S.M. e alle strategie di autogestione dello stesso, può portare ad un miglioramento dell'umore, dell'autostima e della Fatica stessa? Così, in collaborazione con AISM BAT, il dott. Leonardo di Leo e il dott. Federico Ruta, ho realizzato un corso educativo frontale all'interno del quale, servendomi di fonti presenti in letteratura ho parlato ai pa-

zienti di fatica a 360° cominciando dalla definizione e dalla natura della stessa, poiché 1° obiettivo era portare il paziente al raggiungimento della consapevolezza dell'importanza e dell'esistenza del sintomo, spesso confuso da lui o dal suo caregiver con mancanza di voglia di fare o addirittura depressione. Sono stati affrontati grossi ed importanti capitoli quali: l'esercizio fisico, la crioterapia, l'alimentazione, l'uso di particolari integratori ma soprattutto la terapia occupazionale, ritenuta il metodo più efficace contro la gestione della fatica. Se i primi erano consigli improntati per lo più sull'autogestione del sintomo, si è parlato anche di terapia farmacologica e riabilitazione, allo scopo di educare il paziente che ha appreso di poter rivolgersi allo specialista chiedendogli di valutare uno specifico trattamento. Sono state distribuite schede pratiche, in cui si analizzavano le situazioni di ogni giorno come lo stare in ufficio, fare il bucato, la cura dei propri bambini, e fornite di volta in volta indicazioni per la gestione ottimale delle energie residue. A distanza di un mese, c'è stata la raccolta del feedback in cui è emerso che tutti i pazienti partecipanti al progetto hanno dichiarato che la comprensione dei meccanismi di questo sintomo ha ridato loro dignità, giovato alla persona. Tutti hanno dichiarato una diminuzione della fatica che è stata confermata da una riduzione dei punteggi delle scale internazionali FSS e MFIS rispettivamente del 22% e del 17%. Il progetto, accolto di buon grado dai pazienti tutti e dalla stessa Associazione Italiana Sclerosi Multipla, ha confermato ancora una volta l'importanza e il grande valore dell'infermiere come educatore, soprattutto nell'ambito di una patologia cronica.

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*

LEGITTIMO IL LICENZIAMENTO PER IL DIPENDENTE CHE UTILIZZA LA MAIL AZIENDALE A FINI PERSONALI

In relazione alla sussistenza di un equo bilanciamento tra l'interesse del lavoratore al rispetto della sua vita privata e della sua corrispondenza ed il contrapposto interesse del datore di lavoro al corretto funzionamento dell'azienda e dell'attività svolta dai propri dipendenti, le mail aziendali, al pari delle telefonate e dell'utilizzo di Internet sul posto di lavoro, rientrano nel campo di applicazione dell'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

Tuttavia, il diritto alla riservatezza non esclude che il datore di lavoro possa, a determinate condizioni, controllare le email aziendali ed eventualmente, intimare ad un proprio dipendente il licenziamento disciplinare allorquando scopra che questi ha utilizzato, durante l'orario di lavoro, l'account di posta aziendale, in violazione delle regole interne, per fini personali.

Ciò in quanto non è irragionevole che un datore di lavoro voglia verificare che i dipendenti portino a termine i propri incarichi durante l'orario di lavoro.

CHI TIMBRA IL CARTELLINO DEL COLLEGA COMMITTE UNA FRODE IN DANNO DEL DATORE DI LAVORO E VA LICENZIATO

La Corte di Cassazione con la sentenza n. 5777, del 23 marzo 2016, ha affermato che il dipendente che timbra il cartellino al posto del suo collega che è assente, commette una frode in danno del datore di lavoro e, di conseguenza, va licenziato.

Con sentenza del 2013 la Corte di appello ha riformato la sentenza del giudice del lavoro del Tribunale della stessa sede che aveva dichiarato inammissibile la domanda di un dipendente volta all'annullamento del licenziamento intimatogli da una società cooperativa; i giudici del merito di secondo grado hanno ritenuto che il dipendente aveva marcato intenzionalmente il cartellino di un collega che sapeva essere assente dal lavoro. Tale comportamento rappresentava un elemento non contestato e integrava una frode atta ad incidere sul sistema dei controlli necessari del

personale, oltre che a compromettere il rapporto fiduciario, per cui l'elusione dei sistemi di controllo datoriale non consentiva di ritenere adeguata una sanzione conservativa.

Avverso la sentenza sfavorevole il dipendente è ricorso in Cassazione.

Nel ricorso in Cassazione il dipendente contesta l'affermazione della Corte di appello per la quale la sola circostanza della timbratura al posto del collega assente, avente rilevanza penale e disciplinare, comportava di per sé la perdita del rapporto fiduciario, senza tenere, invece, conto del comportamento riparatorio di esso lavoratore e della sproporzione della sanzione, anche in considerazione dell'assenza di precedenti disciplinari durante l'intera durata del rapporto di lavoro.

Osserva la Corte che in tema di ricorso per cassazione, la ricostruzione del fatto operata dai giudici di merito è sindacabile in sede di legittimità soltanto quando la motivazione manchi del tutto, ovvero sia affetta da vizi giuridici consistenti nell'essere stata essa articolata su espressioni od argomenti tra loro manifestamente ed immediatamente inconciliabili, oppure perplessi od obiettivamente incomprensibili.

Nel caso in esame tali condizioni non sono ravvisabili, avendo la Corte territoriale vagliato attentamente il materiale istruttorio sottoposto al suo esame nel pervenire al convincimento della irrimediabile rottura del vincolo fiduciario, tale da non giustificare in alcun modo la prosecuzione del rapporto di lavoro.

Infatti, la Corte ha posto in evidenza che il medesimo lavoratore aveva ricordato l'elevatissimo numero di dipendenti addetti allo stabilimento e non aveva contestato che il cartellino recava l'espressa menzione della sua incredibilità e che gli abusi venissero sanzionati a termini di legge, oltre che sul piano disciplinare.

In sostanza, secondo la Corte, i dati istruttori offrivano elementi per ravvisare nel comportamento del dipendente una frode, attuata attraverso la disinvolta violazione delle norme disciplinari e l'elusione dei sistemi di controllo datoriale, che incideva sul sistema dei controlli necessari e tanto più complessi per il rilevante numero dei lavoratori, il cui adempimento agli





obblighi contrattuali si trattava di verificare. Il dipendente, inoltre, contestava il fatto che le previsioni collettive non contemplavano il comportamento contestatogli tra le ipotesi passibili della massima sanzione e, nel contempo, ritiene che, pur a fronte della gravità del fatto addebitatogli, la Corte d'appello avrebbe dovuto valutare la sua condotta nel complesso, ivi compreso il successivo ravvedimento operoso che aveva consentito al datore di lavoro di venire a conoscenza del fatto illecito. Per i Giudici di legittimità il richiamo alla tipizzazione collettiva degli illeciti disciplinari passibili di licenziamento non fa venir meno la ratio decidendi basata sulla rilevata gravità dell'episodio considerato come frode in danno del datore di lavoro e sulla valutata inidoneità di sanzioni conservative nel caso concreto. Infatti, con congrua motivazione la Corte d'appello, dopo aver adeguatamente valutato i fatti di causa, ha spiegato che la disinvolta violazione delle norme disciplinari e l'elusione dei sistemi di controllo approntati dalla datrice di lavoro rappresentavano sul piano soggettivo degli elementi che comportavano inevitabilmente il venir meno del rapporto di fiducia in termini incompatibili con la prosecuzione, sia pure temporanea, del rapporto e non consentivano di ritenere adeguata una mera sanzione conservativa.

La giurisprudenza di legittimità, ha tra l'altro affermato che «in tema di licenziamento, la nozione di giusta causa è nozione legale e il giudice non è vincolato alle previsioni di condotte integranti giusta causa contenute nei contratti collettivi; tuttavia ciò non esclude che ben possa il giudice far riferimento ai contratti collettivi e alle valutazioni che le parti sociali compiono in ordine alla valutazione della gravità di determinati comportamenti rispondenti, in linea di principio, a canoni di normalità.

Il relativo accertamento va operato caso per caso, valutando la gravità in considerazione delle circostanze di fatto e prescindendo dalla tipologia determinata dai contratti collettivi, ed il giudice può escludere che il comportamento costituisca di fatto una giusta causa, pur essendo qualificato come tale dai contratti collettivi, solo in considerazione delle circostanze concrete che lo hanno caratterizzato.

PERMESSI RETRIBUITI PER ASSISTERE IL FAMILIARE: UTILIZZATE SOLO QUATTRO ORE. LAVORATORE LICENZIATO

Sanzione durissima per il dipendente di una azienda automobilistica. A lui sono state concesse ventiquattro ore di permessi retribuiti per dare assistenza a un parente, ma, in concreto, la presenza a fianco del familiare si è limitata ad appena quattro ore. Evidente la scorrettezza compiuta dal lavoratore (Cass. Sez. lav., sent. 22 marzo 2016 n. 5574).

Nel giudizio in Corte d'Appello i giudici ritengono corretta la valutazione compiuta dalla società, una azienda automobilistica, sull'«abuso» compiuto dal lavoratore.

In sostanza, l'uomo ha usufruito di permessi retribuiti, come da L 104, ma ha utilizzato una minima parte delle ore a disposizione per dare assistenza al proprio familiare. Ciò ha spinto l'azienda a cacciare il lavoratore. Come detto, in secondo grado viene sancita la «legittimità del licenziamento disciplinare». Per i giudici «la sanzione» è «proporzionata» all'abuso commesso dal dipendente, abuso indicativo di «un sostanziale e reiterato disinteresse al rispetto delle esigenze aziendali e dei principi generali di correttezza e buona fede nell'esecuzione del contratto».

Evidente, in sostanza, la gravità della condotta, tale da «ledere» definitivamente «il vincolo fiduciario». Pronte le contestazioni da parte del lavoratore. Il suo difensore pone in rilievo, in Cassazione, soprattutto il fatto che, comunque, vi sia stato «un assolvimento», pur minimo, dell'«obbligo assistenziale» nei confronti del parente dell'uomo. Ma anche questa annotazione non modifica minimamente la posizione dell'ormai ex dipendente. Per i Giudici della Cassazione è evidente la «utilizzazione dei permessi per scopi estranei» a quelli presentati dal lavoratore.

E tale comportamento è da ritenere «oggettivamente grave, tale da determinare, nel datore di lavoro, la perdita di fiducia nei successivi adempimenti e idoneo a giustificare il recesso». Non discutibile, in sostanza, l'abuso compiuto dall'uomo. Egli, a fronte di «ventiquattro ore di permessi retribuiti, ha tenuto «una condot-



ta compatibile con le motivazioni assistenziali poste a sostegno della richiesta» solo «per quattro ore e tredici minuti, pari al 17,5 per cento del tempo totale» a disposizione. Ciò permette di considerare, come ha fatto la società datrice di lavoro, evidente «il sostanziale disinteresse del lavoratore per le esigenze aziendali». Il lavoratore è stato oggetto di controlli al di fuori dell'ambito lavorativo che hanno fatto sì che emergessero le sue negligenze.

CERTIFICATO MEDICO E DENUNCIA: IN VIGORE LE NOVITÀ SULL'INVIO TELEMATICO

Da martedì 22 marzo 2016, sono in vigore semplificazioni in materia di adempimenti formali concernenti gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, come stabilito dal d. lgs. n. 151/2015 e recepito dalla circolare INAIL n. 10 del 21 marzo scorso. Con la circolare n. 10 del 22 marzo 2016, l'INAIL comunica che, a partire dal 22 marzo 2016, l'obbligo di trasmissione telematica del certificato medico di infortunio o di malattia professionale è a carico del medico certificatore o della struttura sanitaria che presta la prima assistenza. Il medico o il legale rappresentante della struttura sanitaria, precedentemente profilato provvede all'inoltro all'INAIL, esclusivamente per via telematica, direttamente o tramite la struttura sanitaria competente al rilascio.

In caso di malattia professionale l'invio del certificato medico vale, ai fini assicurativi e per le malattie contenute nell'elenco di cui all'art. 139 t.u. 1124/1965, anche ai fini dell'adempimento dell'obbligo di denuncia. Resta a carico del datore di lavoro l'obbligo di inoltrare la denuncia di infortunio all'Istituto entro 2 giorni e di malattia professionale entro 5 giorni da quello in cui ne ha avuto notizia. Il datore di lavoro, nella denuncia, deve obbligatoriamente inserire i dati relativi al numero identificativo e la data rilascio del certificato medico. La certificazione medica è disponibile sul portale Inail, attraverso la funzione "Ricerca certificati medici" presente all'interno del relativo servizio online (denuncia di infortunio/MP/SA). L'INAIL ha l'obbligo di trasmettere all'autorità di pubblica sicurezza le informazioni

relative alle denunce di infortunio con prognosi superiore a 30 giorni o a cui è conseguito un infortunio mortale.

COME SI COMPUTANO LE ASSENZE AI FINI DEL SUPERAMENTO DEL PERIODO DI COMPORTO? SI SOMMANO!

Lo ha chiarito la Corte di Cassazione – Sez. Lavoro, con la sentenza n. 5527, depositata il 21 marzo 2016.

La pronuncia in commento trae origine dal giudizio promosso dal dipendente di una comunità montana licenziato per superamento del periodo di comporto. In entrambi i gradi di giudizio, i giudici di merito hanno dichiarato l'illegittimità del recesso datoriale, condannando l'ente alla reintegra del ricorrente nel posto di lavoro, oltre al risarcimento dei danni. A supporto di tale decisione, i giudici hanno posto l'interpretazione della disciplina collettiva di settore (artt. 21 e 22 CCNL del 6 luglio 1995 relativo al comparto autonomie locali) secondo la quale i periodi di assenza per malattia professionale non devono essere tenuti distinti da quelli per malattia generica, senza possibilità di procedere ad una unificazione ai fini del computo del periodo di comporto. L'amministrazione datrice ha proposto ricorso per cassazione, sostenendo che la Corte territoriale avrebbe errato nell'interpretazione della disciplina delle assenze per malattia prevista dalla contrattazione collettiva vigente all'epoca del recesso, poiché, in base alla lettura delle disposizioni riportate, il CCNL non distinguerebbe ai fini dell'integrazione del limite massimo del periodo di comporto tra le assenze per malattia generica e le assenze per infortuni o malattie dipendenti da cause di servizio, le quali, pertanto, dovrebbero cumularsi: a detta del datore di lavoro, ciò che rileva, pertanto, è che non venga superato il limite complessivo di trentasei mesi di assenze per malattia, oltre il quale è esperibile la risoluzione del rapporto.

Dal senso letterale delle parole e dalla lettura complessiva del testo degli artt. 21 e 22 CCNL del 6 luglio 1995 relativo al comparto autonomie locali – il quale non fa menzione di distinti periodi di comporto, ma si limita a richiamare,

CCXV

»



per l'ipotesi di infortunio e malattia dovuta a cause di servizio, il periodo di conservazione del posto previsto per le assenze per malattia – emerge che le due disposizioni fanno riferimento entrambe, ai fini dell'integrazione del limite massimo del periodo di comportamento, al tetto complessivo dei trentasei mesi di assenza, oltre il quale sorge per il datore di lavoro la facoltà di risoluzione del rapporto. D'altra parte, una difforme interpretazione, che consentisse il raddoppio fino al raggiungimento del limite dei sei anni per le due ipotesi di assenza sarebbe incongrua, anche in ragione della durata eccessiva del periodo di assenza complessivamente consentito, che finirebbe per snaturare la stessa funzione della previsione attinente al comportamento. Da tali considerazioni discende la cassazione della sentenza impugnata.

RISARCIMENTO DEL DANNO SPETTANTE AL DIPENDENTE PUBBLICO IN CASO DI ABUSO DEL CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO

CCXVI

La Corte di Cassazione, a Sezioni Unite, con la sentenza n. 5072 del 15/03/2016, interviene sul tema del danno risarcibile spettante al lavoratore pubblico ai sensi dell'art. 36 del D. Lgs. n. 165 del 30/03/2001, in caso di abusivo ricorso al contratto a tempo determinato o di abusiva successione di contratti a tempo determinato. La sentenza in esame, nel ribadire, con articolate motivazioni, l'esclusione della conversione del rapporto da tempo determinato in tempo indeterminato in ambito di pubblico impiego (esclusione sancita dall'art. 36 D. Lgs. 165/2001, che ha già resistito al vaglio di costituzionalità ed è stata ritenuta dalla Corte di giustizia non difforme alla disciplina comunitaria), chiarisce che il danno risarcibile al lavoratore pubblico non è un danno da perdita del posto di lavoro, ma, ordinariamente (ma non esclusivamente), da perdita di chance, determinatosi per il fatto che il dipendente pubblico illegittimamente impiegato a termine rimane confinato in una situazione di precarizzazione, che comporta la perdita di chances di conseguire, con un percorso alternativo, diverse soluzioni di stabile impiego alle dipendenze di al-

tra Pubblica Amministrazione o di un datore di lavoro privato. Sul tema della prova del danno e sulla sua liquidazione, si registra l'interpretazione adeguatrice o comunitariamente orientata delle Sezioni Unite, volta a dare consistenza ed effettività alle previsioni del nostro ordinamento sul danno risarcibile. In linea con i moniti contenuti nella recente giurisprudenza della Corte di Giustizia (ordinanza 12 dicembre 2013, Papalia, C-50/13 richiamata nella sentenza), le Sezioni Unite evidenziano che soprattutto la difficoltà della prova del danno subito in caso di abusivo ricorso al contratto a termine può ridondare in un "deficit di adeguamento della normativa interna a quella comunitaria e quindi in violazione di quest'ultima", che potrebbe esporre a censure di costituzionalità la norma interna. La sentenza in esame, quindi, fa riferimento al regime risarcitorio previsto per l'abuso nel ricorso al contratto a termine nel lavoro privato dall'art. 32 comma 5, Legge n. 183 del 04/11/2010, che è certamente disciplina normativa strettamente contigua a quella dell'art. 36 D. Lgs. n. 165/2001 e che più si attaglia al fatto che il danno subito dal lavoratore non è da perdita del posto di lavoro, come sopra evidenziato.

Stante l'esigenza di previsione di una disciplina concretamente dissuasiva di abuso nella reiterazione dei contratti a termine che abbia, per il dipendente pubblico, la valenza di una disciplina agevolativa e di favore, le Sezioni Unite hanno statuito che il lavoratore pubblico è esonerato dalla prova del danno nella misura in cui questo è presunto e determinato tra il minimo ed il massimo previsti dall'articolo 32, comma 5 della Legge n. 183/2010. Con l'importante aggiunta che per il lavoratore pubblico l'indennizzo in questione, a differenza di quanto accade per il lavoratore del settore privato in cui esso ha valenza ristoratrice di tutti i danni subiti (in quanto l'indennizzo si accompagna alla conversione a tempo indeterminato del rapporto), non preclude la risarcibilità di un danno (da perdita di chances o di altra natura) in misura più elevata rispetto a quella presunta in base al citato articolo 32 L. 183/2010, purché il lavoratore (in tale misura eccedente) operi le relative allegazioni e fornisca la corrispondente prova.



I PROTOCOLLI INFERMIERISTICI

Biagio
AUCIELLO



La normativa attualmente in vigore ha attribuito all'infermiere la responsabilità di programmare, gestire e valutare le attività assistenziali, riconoscendolo come unico responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Per poter pianificare le proprie attività e quelle del personale di supporto, l'infermiere ha necessità di disporre di strumenti che

gli consentano di poter documentare e constatare l'efficacia dell'intervento assistenziale. Per questo motivo tutte le unità operative dovrebbero avvalersi di uno strumento atto a documentare l'attività infermieristica secondo evidenze scientifiche. Il protocollo è uno strumento che permette di documentare come vengono effettuate singole attività assistenziali, descrive una successione di azioni verbali, mentali, manuali e fisiche con le quali gli infermieri raggiungono un precisato obiettivo. Esso è un documento scritto e inserito in ogni unità operativa, che traduce i risultati della ricerca scientifica in precise indicazioni relative a comportamen-

ti. Ha l'obiettivo di garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie in modo efficace, efficiente ed omogeneo.

Il contenuto di un protocollo è vincolante per il professionista: mentre le Linee Guida forniscono raccomandazioni cliniche, elastiche per definizione, il protocollo deve essere applicato a tutti i pazienti, esponendo il professionista a potenziali rischi medico-legali se questo non avviene. Per essere considerato tale, il protocollo deve tenere conto di diversi aspetti tra cui la situazione clinica del paziente per la quale il protocollo deve o può essere attivato, la chiarezza, la completezza e l'applicabilità, il problema di pertinenza infermieristica da affrontare e gestire con i risultati che si intendono raggiungere, le azioni e le procedure da attivare, gli indicatori per la valutazione di efficacia.

Disporre e utilizzare una documentazione adeguata, appropriata con le attuali responsabilità del professionista, facilita l'attuazione di manovre assistenziali di natura tecnica ed organizzativa. Inoltre l'uso di detta documentazione, basata su evidenze scientifiche, agevolerebbe l'inserimento di infermieri neoassunti e degli studenti, rendendo da un lato uniforme, efficiente e verificabile l'assistenza infermieristica erogata, mentre dall'altro tutelando il personale, mostrando come viene svolta l'attività assistenziale.

Da questa analisi sui protocolli si evince la necessità di munirsi degli stessi, nell'interesse del paziente e del personale assistenziale infermieristico. Ciò nonostante, un Protocollo di recente studio è stato pro-





**PROTOCOLLI INFERMIERISTICI SEU 118
LA RISPOSTA DELL'IPASVI BARI E BAT
"APRIAMO UN CONFRONTO"**

A seguito del documento redatto dalle Aziende Sanitarie di Bari e BAT "Protocolli infermieristici per il soccorso avanzato pre ospedaliero per l'ambito delle province di riferimento", gli Ordini dei Medici delle province interessate hanno fatto sapere attraverso un comunicato stampa di essere contrari all'adozione dei suddetti protocolli, in quanto, a loro dire, non garantiscono l'assistenza nei casi critici del 118. In una nota congiunta, i Collegi IPASVI di Bari e BAT hanno risposto all'OMCeO della provincia di Bari, sottolineando l'importanza di uniformare l'organizzazione del servizio 118, anche in virtù della fornitura di mezzi e personale medico ed infermieristico da parte di società terze.

I collegi IPASVI si sono resi nuovamente disponibili per un gruppo di lavoro congiunto, sempre col fine di migliorare l'assistenza. Spiace che la suddetta nota non abbia ricevuto alcuna risposta.

Duole ravvisare che, nonostante una crescente difficoltà per i cittadini per l'accesso alle cure nella Sanità pugliese ed al servizio 118 in particolare, ci si debba interfacciare col costante ostruzionismo da parte dell'OMCeO, più attento alla "tutela" della propria autorità piuttosto che alla salute dei cittadini, dissipando vanamente le proprie energie in preoccupazioni immotivate e generiche.

tagonista dalla riunione svolta nel mese di Gennaio presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) della Provincia di Bari: "I Protocolli Infermieristici per il soccorso avanzato pre-ospedaliero". Il documento redatto dal gruppo di lavoro ASL BA, ASL BAT e C.O. 118, ha trovato gli Ordini provinciali preoccupati sul rischio di un problema fondamentalmente di carattere culturale, scientifico ma soprattutto normativo. In questo protocollo agli infermieri del 118 sarebbe affidata, nei casi di interventi critici e di carattere invasivo, "l'e-

secuzione di manovre salvavita o comunque atte a salvaguardare le funzioni vitali, compresa la somministrazione di farmaci".

Alla luce di queste possibilità, preoccupati, l'OMCeO delle sei province pugliesi ha contestato all'unanimità questo documento, invitando il gruppo di lavoro ad "esaminare più approfonditamente" un protocollo alquanto delicato perché inserito all'interno di una rete 118 caratterizzata dalla presenza sempre del medico a bordo del mezzo di soccorso e nel rispetto delle norme sulle competenze delle figure professionali coinvolte.

Allo stesso tempo i rappresentanti degli ordini

professionali propongono di "istituire un gruppo di lavoro con le figure professionali coinvolte affinché sia valutata la conformità alle norme vigenti". Tenuto conto di questo invito, si spera presto che interfacciandosi, in rispetto alle normative vigenti e responsabilità medico-legali, si possa stilare un documento comune che crei sinergia tra le risorse mediche e figure professionali coinvolte, garantendo nell'ambito del soccorso avanzato una qualità assistenziale medico-infermieristica elevata.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Casati (2005) La documentazione infermieristica.
- Motta P. "Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico", Nursing Oggi, n. 4, 1998.
- Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini: Linee Guida per la costruzione degli strumenti (Protocolli e Procedure) di responsabilità condivisa basati sulle evidenze disponibili.
- Caruso Rosario – Pittella Francesco (2015) Il manuale dei concorsi per Infermiere (Edises).
- Antonino Cartabellotta (2008) Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine.
- quotidianosanità.it - Puglia. Gli Ordini dei Medici dicono no a nuovi protocolli: "Non garantiscono l'assistenza nei casi critici di intervento del 118".
- <http://www.sanita.puglia.it/web/118bari/>.
- IPASVI BARI e BAT su quotidianosanità.it: http://www.quotidianosanita.it/puglia/articolo.php?articolo_id=37926.



RIDUZIONE DEI COSTI SANITARI

Tecniche alternative alle emotrasfusioni

Adriana
LATERZA



L'augmentare della popolazione anziana e la scoperta di nuove patologie negli ultimi anni, ha fatto crescere sempre più il costo della spesa sanitaria. Al tempo stesso, con l'avanzare

della ricerca scientifica, sono gli stessi pazienti a richiedere trattamenti sanitari d'avanguardia e la scelta risulta avere un ruolo sempre più rilevante, soprattutto nel settore delle emotrasfusioni. L'obiettivo sarebbe quello di riuscire a ridurre i costi dell'unità operativa, sia diretti come il costo delle sacche ematiche, che indiretti come la gestione delle complicanze.

Gli sforzi compiuti dal Sistema Sanitario Nazionale per rendere più sicure le scorte di sangue, riducendone il rischio infettivo, ne hanno fatto lievitare i costi. Nel 2014 una sacca di sangue trasfuso costava circa 63 euro, oggi, a distanza di due anni, ha raggiunto il valore di 148 euro. La spesa aumenta se si considera la gestione delle complicanze delle trasfusioni e i relativi risarcimenti da riconoscere a chi ha ricevuto sangue infetto e, per questo motivo, ha intrapreso una causa risarcitoria. Il primo passo è quello di mettere in discussione l'utilità delle trasfusioni analizzando due studi di fama Europea, il Progetto Sanguis e studio Biomed, grazie ai quali è emerso che, per la

medesima tipologia di intervento, il numero di unità trasfuse variava notevolmente da un ospedale all'altro. In particolare, due degli interventi presi in considerazione dagli studi sono l'aneurisma aortico addominale e il bypass aortocoronarico.

Per quanto riguarda il primo, in un ospedale erano necessarie 8 sacche di sangue. Stessa cosa succedeva per il bypass aortocoronarico: in un ospedale venivano utilizzate ben 10 sacche in un altro una sola. Tale variabilità è indice del fatto che gran parte del sangue viene somministrato senza una vera necessità e che, con le giuste accortezze e conoscenze, è possibile risparmiare sul numero di sacche utilizzate.

A seguito di questi studi, è sorta la necessità di elaborare metodi alternativi a quello trasfusionale che avrebbero permesso di ridurre le trasfusioni di sangue, tenendo in considerazione le condizioni iniziali del paziente e il grado di morbilità proprio dell'intervento.

Tali tecniche vengono messe in atto già durante la fase preoperatoria, risparmiando il sangue prelevato per le analisi attraverso la microcampionatura, metodologia incentrata

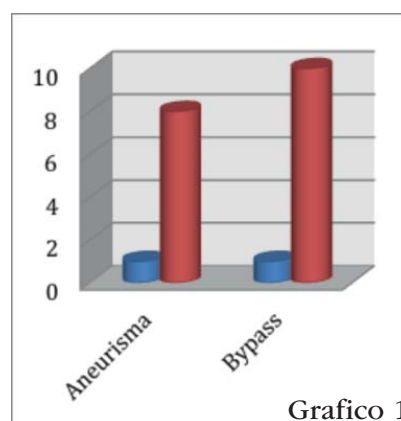


Grafico 1



sull'uso di macchinari che consumano solo poche gocce di sangue per eseguire esami di laboratorio.

Mantenendo una pressione sanguigna adeguata e un valore di emoglobina circolante non inferiore a 7 gr/dL, si possono affrontare condizioni di anemia e traumi aperti, ma bisogna prendere in esame caso per caso, valutandone le patologie concomitanti. Nei casi in cui l'emoglobina sia ridotta, è necessaria la stimolazione della produzione dei globuli rossi, che avviene grazie alla somministrazione di eritropoietina, in contemporanea a somministrazioni di ferro, circa 10-21 giorni prima dell'intervento, in modo tale da portare l'ematocrito preoperatorio al 45-50%.

Riducendo la pressione sanguigna, prima e durante l'operazione, si riducono le perdite ematiche, questo è possibile con l'assunzione di farmaci o con la tecnica dell'emodiluzione, che consiste nel portare l'ematocrito al 27-30% prelevando delle unità di sangue che verranno reinfuse qualora le perdite superino i 300 mL. Si riduce così anche la viscosità del sangue e si migliora la perfusione periferica.

Durante l'intervento, è possibile ridurre ulteriormente le perdite ematiche mediante una tecnica chirurgica scrupolosa.

Infatti, riducendo l'ampiezza delle incisioni, si limita la superficie esposta e così anche il sanguinamento, ne è un esempio la laparoscopia.

Altre tecniche, quali l'utilizzo dell'elettrocauterio, legare o suturare i vasi più grossi, il posizionamento di spugne di fibrina o la somministrazione di acido tranexamico, possono fare in modo di minimizzare il sanguinamento e di conseguenza ridurre l'impiego di sacche di sangue trasfuso. Mantenere la normotermia è importante, perché con il diminuire della temperatura corporea, si riduce la capacità aggregante delle piastrine, pertanto per evitare lo coagulamento si può ricorrere a coperte ter-

niche o a macchinari che infondono liquidi riscaldati.

La tecnica basata sul recupero del sangue è quella che necessita di maggiore attenzione e formazione da parte del personale. Essa dà la possibilità di recuperare, in un contenitore, fino al 50% del sangue perso, durante o dopo un intervento, centrifugarlo per separare le emazie dalla parte liquida o dai frammenti operatori, recuperare solo i globuli rossi e reinfonderli in caso di necessità. Tutte le alternative illustrate sono valide, ma è necessario valutarle in base alle condizioni del paziente. Non sempre, infatti, vi è il bisogno di applicare tutte le strategie.

EPO - FERRO	MICRO - CAMPIONATURA	ANESTESIA REGIONALE	PRONTA RISPOSTA AI TRAUMI
EMO-DILUZIONE	IPO TENSIONE	RISCALDAMENTO RAPIDO	TECNICA CHIRURGICA SCRUPOLOSA
RECUPERO DEL SANGUE	POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE	AGENTI EMOSTATICI	NORMOTERMIA

Tabella 1

I vantaggi sono legati al rapporto costo/benefici, considerando che i farmaci e i macchinari utilizzati pesano meno sul Sistema Sanitario Nazionale rispetto alle trasfusioni. Inoltre una riduzione delle complicanze fa ridurre i giorni di degenza così da ridurre i costi dell'unità operativa e soprattutto vi è il rispetto dei diritti del paziente.

Tutto ciò è possibile grazie all'impegno di più professionisti sanitari, sia medici e chirurghi che coordinatori e infermieri, che hanno il compito di gestire i bisogni del paziente in ogni fase della degenza.

È importante, infine, sottolineare il ruolo della formazione costante che, unita alla sensibilità e ad un modo di lavorare serio e scrupoloso, può di certo portare ad un giovamento per il paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Borghi B, Bassi A, Grazia M, Gargioni G, Pignotti E. Anaesthesia and autologous transfusion. Int J Artif Organs 1995; 18:159-66.
- Guidelines for the clinical use of red cell transfusion - BSCH blood transfusion task force - Br J Haematol 2001; 113:24-31.
- Van der Linden P. Transfusion strategy. Eur J Anaesth 2001; 18:495-8.



LE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE

Attività assistenziale della persona non guaribile

Francesca
MASTRANDREA



Palliativo richiama l'idea di avvolgere, riscaldare, contenere, donare, con riferimento ad una persona fragile. Le cure palliative sono destinate a soddisfare i bisogni del malato non guaribile e

della sua famiglia, senza tralasciare tutto ciò che potrebbe provocare dolore psico-fisico, sociale e spirituale, contenendo i sintomi più tipici delle malattie irreversibili. Il principio da cui parte il concetto di cure palliative è che ogni paziente non guaribile è comunque curabile. E' in atto un passaggio da un modello di cura centrato sulla malattia a un modello che si interessa del malato preso in cura come persona. Dolore e sofferenza sono inseparabili, si influenzano reciprocamente e necessitano di un "saper fare terapeutico" che vada oltre la cura medica ed esige un'ampia attenzione relazionale. Vegliare con colui che soffre significa molto di più che comprendere che cosa succede, spiegare o allontanare da lui il dolore: significa soprattutto "esserci", come persone singole e come comunità, assicurare una presenza. L'impegno comunitario nel quale si mettono insieme diverse professionalità è essenziale per le cure palliative. Per comprendere i bisogni reali di un paziente nella sua individualità, è necessaria un'attenzione multidisciplinare da parte dei diversi membri del gruppo terapeutico. Di

fronte alla morte che si avvicina la persona è chiamata a rispondere ad alcune importanti domande esistenziali che partono da ciò che sta vivendo e vanno oltre. La speranza è una variabile importante nell'esperienza del malato e nella relazione di cura. Nel confronto con la diagnosi di una malattia grave, la speranza del malato compie un viaggio: dall'iniziale speranza di guarigione alla speranza di sopravvivenza, di una vita dignitosa, di conforto, di una relazione di cura che continui, di un amore che non abbandona e di salvezza. Nell'esperienza della malattia, e del dolore che l'accompagna, la speranza, come capacità di proiettarsi nel futuro e di affidarsi, entra in crisi. La persona si sente improvvisamente sola. L'orizzonte della speranza si trasforma nel desiderio di soluzione immediata, che può essere soddisfatto o deluso. Sente di perdere il controllo del suo corpo, della sua mente, delle sue relazioni, della situazione che sta vivendo e della sua stessa vita. Gli altri, e anche Dio, possono apparire improvvisamente lontani. La tentazione è disperarsi, mollare tutto, isolarsi e lasciarsi morire. Spesso ciò non accade, il controllo rimane, il malato non si sente solo, altri gli danno una mano per trovare una direzione e mantenere viva la speranza. Un'equipe, ben formata da persone che arricchiscono la relazione d'aiuto, combatte il dolore del malato intervenendo sul benessere psico-fisico, sociale, spirituale e familiare. Da qui scaturiscono piani di cura e assistenza personalizzati, a misura di quel malato, adatti per quel specifico momento, in relazione ai familiari che lo accompagnano e in risposta ai suoi bisogni.



PROGETTO “V.I.C.T.O.R.I.A” E FORMAZIONE 2016 IPASVI BAT

Michele
CALABRESE



Il Collegio IPASVI BAT propone per il 2016 un intenso anno di formazione per i professionisti sanitari infermieri, al fine di garantire un costante aggiornamento in regime residenziale e andando incontro ai suoi iscritti realizzando i diversi eventi formativi in regime itinerante. La formazione infermieristica è un pun-

Vincenzo
RICCHIUTI



to di snodo improcrastinabile per la nostra professione, e deve essere quanto più completo e aderente alle ultime best-practice del momento storico. “V.ic.to.r.ia” sta per V. (Vulnologia) I.C. (Infermiere e Counseling) T.O. (Trapianti d’Organo) R. (Ridere in Corsia) I.A. (Implementation Assistance) e si compone di ben 5 sezioni formative alle quali coincidono diverse tematiche e approfondimenti, accreditate ECM, corredate verosimilmente di un percorso teorico e un topics pratico. Il progetto “V.ic.to.r.ia” nasce dall’esigenza di offrire un valore aggiunto sia formativo che conoscitivo ai colleghi, per garantirne costante perfezionamento e vigoroso sviluppo delle competenze profes-

sionali, permettendo anche di percorrere un cammino educativo che integri il bagaglio culturale e intellettuale. Frutto del lavoro della Commissione “Formazione & Progetti Speciali” dell’Ordine degli Infermieri della Provincia Barletta-Andria-Trani, deputata all’organizzazione e posa in essere della formazione, previo consenso del Consiglio Direttivo, il progetto, infine, nasce dall’esigenza di creare una fitta rete di formazione agli iscritti al Collegio.

“V.ic.to.r.ia” si compone di ben 5 sezioni formative accreditate ECM alle quali coincidono diverse tematiche, e approfondimenti, corredate verosimilmente di un percorso teorico e un topics pratico. Quindi avremo l’unità:

V. (Vulnologia): sarà realizzato un evento formativo (o più) della durata di 8 ore, che verterà sulla presa in carico della persona affetta da lesioni cutanee. Wound Care quindi non solo su un aspetto teorico ma anche squisitamente pratico con suddivisione dei partecipanti in isole di lavoro alle quali saranno sottoposti dei quesiti clinico-assistenziali da vagliare e risolvere. Il Wound Care moderno si basa ormai sulla formazione specialistica degli operatori sanitari e sempre di più sull’utilizzo di evidenze scientifiche, ossia del risultato dei più attuali e autorevoli studi di ricerca e sperimentazioni cliniche che rendono sempre di più gli interventi di prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee efficaci, efficienti, riproducibili e personalizzabili.

I.C. (Infermiere e Counseling): Il percorso formativo sul Counseling mira a formare il



discente infermiere ad un approccio clinico innovativo ed è indirizzato a infermieri (medici, personale afferente ad associazioni di volontariato, ostetriche, fisioterapisti..... e a quanti sono interessati agli aspetti relazionali ed educativi come uditori in numero di 20 ad edizione). L'infermiere counselor svolge una particolare forma di relazione d'aiuto unendo capacità comunicative e conoscenze tecniche specifiche, allo scopo di fornire un'assistenza completa ed efficace al paziente. Le finalità del counseling infermieristico sono principalmente quelle di sostenere, guidare ed educare. Assumere stili e competenze di counseling infermieristico significa prendersi cura della persona in modo più nascosto e discreto, aiutandola ad affrontare quello che è il suo problema in quel momento, facendole rafforzare l'immagine di sé e l'autostima rispetto alla qualità della vita. Doti fondamentali per l'infermiere sono la disponibilità e l'abilità di comunicare, nonché la comprensione e l'ascolto attivo e la capacità di affrontare il silenzio che spesso esprime sentimenti di ansia, paura, tristezza o imbarazzo. L'ascolto alla persona ammalata è costituito da tre elementi essenziali: il prestare attenzione, la verifica della percezione e il feedback.

T.O. (Trapianti d'Organo): un tema immortale che punta alla conoscenza e alla sensibilizzazione degli operatori sanitari alla cultura del Trapianto, alla procedura e alla informazione capillare inerente alla realtà. La finalità del corso è anche quella di far acquisire al personale infermieristico conoscenze, competenze ed abilità tecnico-relazionali necessarie per pianificare, gestire e valutare il processo assistenziale legato alla donazione e trapianto di organi e tessuti.

R. (Ridere in corsia): Il suddetto percorso formativo riguardante la terapia del sorriso, punta a enfatizzare l' "infermiere del sorriso", che crede nell'umanizzazione della sanità e della società.

Fare sentire il paziente a proprio agio trasmettendo sicurezza, piacere nel prendersi cura, fargli capire che è un suo diritto a ricevere un trattamento alternativo che coadiuva quello tradizionale per il soddisfacimento dei suoi bisogni è il traguardo del nursing smile. Ridere è un primo passo verso uno stato di ottimismo che contribuisce a donare gioia di vivere, e quindi ha delle proprietà antidepressive. Il corso termina la sua panoramica formativa con una sezione pratica: la costruzione del gruppo infine determina la filosofia secondo la quale ci si deve vedere identificati e impiegati come parte di una squadra interdipendente invece che come lavoratori individuali e individualisti. La sessione della risata inizia generalmente con degli esercizi di respirazione basati su tecniche Yoga.

I.A. (Implementation Assistance): evento formativo caratterizzante è rivolto non solo ai colleghi dell'emergenza sanitaria ma anche ai colleghi che nelle diverse UU.OO. operano quotidianamente espletando una prestazione d'opera sempre più caratterizzata da responsabilità e dalla crescita di competenze professionali. Il corso si articola mediante la discussione di diverse specialità clinico-assistenziali delle quali bisogna focalizzare l'aspetto formativo sulla individuazione precoce dello stato di illness per poi procedere all'attivazione rapida, logica e sistematica del processo di nursing da dedicare. Il corso prevede nozioni di elettrocardiografia, semeiotica addominale ed emergenza e urgenza ginecologica.

"Abbiamo il privilegio di svolgere questa professione. Continuiamo a lottare per migliorarla nella consapevolezza del nostro immenso valore. Nonostante tutto. Soprattutto".

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Cass. sez. IV, 16 febbraio 1987.
- Paola Gobbi - Infermiera Dirigente, Caposala Direzione Sanitaria, A.O. Salvini, Garbagnate Milanese (MI) pubblicato sul n2 di Helios del 2002.
- www.nursetimes.org; www.ipasvibat.it; www.laughtertherapy.com; www.pubmed.org.
- www.ospedalebambinogesu.it; www.patchadams.it; www.trapianti.salute.gov.it.
- www.studioinfermieristicoturconi.it; www.crescita-personale.it; www.clowns.it.
- www.accademiadellarisata.it; www.ao-meyer.toscana.it; www.clownterapia.it.
- www.comicoterapia.it; www.dottorsorriso.it; www.riderepervivere.it.
- www.viviamoinpositivo.org.



PUNTURA ACCIDENTALE CON AGO CONTAMINATO

Patologie a maggior rischio di sieroconversione

Pasquale
LACASELLA



Per quanto riguarda il rischio di contrarre un'infezione in occasione di lavoro è necessario ricordare che gli operatori sanitari sono esposti a numerosi agenti patogeni. L'elenco

dei casi di infezione occupazionale riportati nella letteratura scientifica internazionale comprende la maggior parte dei microrganismi conosciuti e di quelli emergenti, con un pericolo diffuso in tutte le fasi di assistenza ai pazienti e/o di manipolazione dei materiali biologici. Le precauzioni standard indicano le misure di prevenzione di base da applicare quali l'igiene delle mani, l'uso delle protezioni individuali (D.P.I.) ed un attento smaltimento dei rifiuti biologici con particolare riferimento agli aghi e agli oggetti a punta.

Le esposizioni percutanee rappresentano un evento estremamente frequente nelle strutture sanitarie e fra i molti patogeni trasmissibili per via ematica acquisiti attraverso tale modalità, quelli più rilevanti sono HIV e i virus dell'epatite B (HBV) e C (HCV). Di questi HBV è l'unico virus per il quale sia disponibile un vaccino sicuro. La copertura della vaccinazione negli operatori sanitari, però, non è ancora ottimale e, spesso, manca la verifica di una risposta efficace nel tempo. Nell'ultimo decennio, pur

persistendo un apprezzabile pericolo di esposizione a fonte HBV positiva, tale infezione occupazionale è divenuta un evento raro. Il virus HBV ha un ciclo di vita abbastanza complesso ed è uno dei pochi virus a DNA conosciuti che utilizzano la trascrizione inversa come una parte importante del proprio processo di replicazione. L'ingresso del virus nella cellula ospite avviene tramite il legame ad un recettore sconosciuto presente sulla superficie della cellula stessa e la moltiplicazione attraverso l'RNA avviene grazie ad uno specifico enzima dell'ospite. Il virus in questione, a trasmissione con il sangue infetto, è l'agente eziologico dell'epatite virale B che colpisce il fegato degli Hominoidea (compreso l'uomo) provocando l'infiammazione acuta e/o cronica nota come epatite.

Per HIV la probabilità di contagio a seguito di un singolo infortunio quale la puntura con un ago utilizzato su un paziente infetto è mediamente inferiore all' 1%. In alcuni casi però le caratteristiche dell'infortunio e la contagiosità della fonte rendono il rischio significativamente più alto. Tale apparentemente bassa probabilità di trasmissione per singola esposizione, non deve però far dimenticare a nessun operatore sanitario che nella pratica medica le occasioni di esposizione al rischio biologico sono innumerevoli. Per HIV è stata osservata una significativa riduzione del numero di infortuni a rischio. Tale fenomeno è essenzialmente legato al rilevante miglioramento della storia clinica dell'infezione stessa ottenuta dalla fine degli anni '90 con l'avven-



to di farmaci efficaci. La significativa riduzione delle necessità di assistenza sanitaria per questi pazienti ha comportato ancora di più una riduzione delle occasioni di rischio per gli operatori (minore è il numero di ricoveri e di procedure invasive diagnostiche e terapeutiche e minore è l'occasione di contagio accidentale). Da non dimenticare l'efficacia della terapia medica capace di ridurre la replicazione virale e la relativa contagiosità. Un'ultima considerazione da fare è rivolta al ruolo dei farmaci antiretrovirali utilizzati come profilassi post esposizione per ridurre il potenziale rischio di infezione. Il virus HIV è un retrovirus del genere lentivirus caratterizzato nel dare infezioni croniche scarsamente sensibili alla risposta immunitaria, con una progressione della malattia lenta ma inesorabile che, se non trattata, ha quasi sempre esito infausto. In base alle conoscenze attuali l'HIV è suddiviso in due ceppi: HIV-1 e HIV-2.

Il primo dei due è prevalentemente localizzato in Europa, America e Africa centrale e settentrionale; HIV-2, invece, si trova per lo più in Africa occidentale e Asia. La riduzione delle occasioni di esposizione occupazionale e della conseguente contagiosità dei pazienti non sono state invece osservate per le potenziali infezioni da HCV. Terapie parzialmente efficaci per la cura dei pazienti sono disponibili da qualche anno, mentre non vi sono attualmente farmaci utilizzabili come profilassi post-esposizione. Per la maggiore prevalenza di que-

sta infezione nella popolazione in generale, il virus dell'epatite C negli operatori sanitari è l'unica infezione certamente in aumento che ci deve convincere di quanto sia importante non "abbassare mai la guardia" nelle pratiche preventive. L'epatite C causata dal virus HCV è una malattia infettiva che colpisce in primo luogo il fegato. E' una infezione spesso asintomatica che cronicizzando può condurre alla cicatrizzazione del tessuto epatico sino alla cirrosi. In alcuni casi il paziente svilupperà insufficienza epatica e cancro del fegato. La malattia si trasmette principalmente per contatto diretto con il sangue infetto spesso dovuto all'uso di droghe per via endovenosa, con presidi medici non sterilizzati e con trasfusioni di sangue non sicure.

L'ATTIVITA' FORMATIVA, CLINICA E GESTIONALE DELL'INFERMIERE NELLA REALTA' E NELL'IMMAGINARIO COLLETTIVO



DLO Standard 1487

Evento PROMOSSO dai Collegi di:
Bari - Barletta - Andria - Trani
Cosenza - La Spezia



Evento PROMOSSO dai Collegi di:
Bari - Barletta - Andria - Trani
Cosenza - La Spezia



14-17
GIUGNO '16

LLOYD'S BAI HOTEL
VIETRI SUL MARE

Media Partner



Infermiere professionista
della salute

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
E&C srl
eventi  congressi

Via Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA)
Ph. 081 198.103.98 - Mob. 349.73.98.399
segreteria@eventiecongressi.net

www.eventiecongressi.net

 **E&C - Eventi & Congressi**



APPROCCIO PRO ATTIVO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Dalla scheda di incident reporting ad una campagna di prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale



Monica
GIANNANDREA

Il mio studio nasce e si struttura all'interno dell'attività svolta dall'Unità di Gestione del rischio clinico dell'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva

delle Fonti (BA). Eliminare il verificarsi di eventi avversi è forse impossibile, ma riuscire a ridurre drasticamente il verificarsi di tali eventi è senz'altro un valore aggiunto in termini di qualità e sicurezza per il paziente. Partendo dalla considerazione che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana che può diventare straordinaria occasione di apprendimento se viene comunicato e condiviso all'interno dei gruppi di lavoro, molte Aziende Ospedaliere in Italia e all'Estero hanno riconosciuto l'utilità della segnalazione di eventi avversi come strumento per la gestione dei rischi connessi all'attività clinico-assistenziale e come fonte informativa per la creazione di strategie preventive degli eventi occorsi nelle strutture sanitarie, che hanno rilevanza per la sicurezza del paziente. In questo senso, particolare importanza riveste il sistema di Incident Reporting, dalla cui applicazione è emerso che l'evento sentinella più segnalato è rappresentato dalla caduta dei pazienti. Secondo l'Organo ufficiale della Federazione Nazionale dei Col-

legi Ipasvi, infatti, l'evenienza della caduta del paziente viene considerata come uno degli aspetti critici dell'assistenza sanitaria. Pertanto, il loro monitoraggio ha lo scopo principale di individuare i fattori di rischio più frequenti e di fornire agli operatori sanitari uno strumento per l'individuazione dei pazienti a rischio, sia una serie di indicazioni da adottare per prevenirle. Con l'obiettivo di evitare l'incidenza di danni e lesioni prevenibili, l'Ospedale "F. Miulli" ha sviluppato un approccio proattivo alla gestione del rischio clinico concretizzato con l'implementazione della Delibera della Giunta della Regione Puglia n° 2349 dell'11/11/2014 relativa all'adozione della scheda di Incident Reporting, la scheda di segnalazione spontanea degli eventi avversi, che rappresenta il punto di partenza del mio studio e che mi ha permesso di contraddistinguere l'evento caduta come quello più segnalato. Nella logica dell'approccio sistemico alla sicurezza dei pazienti, ho realizzato una locandina informativa per gli utenti, essendo la scheda di Incident Reporting uno strumento a disposizione di tutti i cittadini. Tuttavia poiché le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili, alla luce dei dati emersi e, congiuntamente alla Delibera della Giunta della Regione Puglia n° 232 del 20/02/2015, si è pensato di agire nel concreto, implementando la procedura di prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti, attraverso la realizzazione del mio progetto: una "Campagna di prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale". L'obiettivo generale del mio elaborato



è quello di ridurre l'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati attraverso la formazione e l'informazione degli operatori, dei pazienti e dei familiari/caregivers, in modo da aumentare la consapevolezza di questi soggetti rispetto al rischio di caduta e fornire strategie di prevenzione. Lo studio è un disegno di ricerca sperimentale dove la variabile indipendente è rappresentata dall'introduzione di locandine e brochure informative in tutti i reparti dell'Ospedale Miulli, le variabili dipendenti sono compliance dell'operatore e compliance del paziente. La novità del progetto risulta essere la realizzazione di locandine e brochure informative, per creare un coinvolgimento diretto ed immediato degli operatori, dei pazienti e dei familiari. In particolare:

Ho realizzato locandine informative per i pazienti, affisse all'interno di tutte le stanze di degenza, riportando dei consigli utili per prevenire le cadute durante il ricovero. Ho consegnato brochure informative ai pazienti ed ai familiari, sui comportamenti da adottare e sulle modalità di assistenza per prevenire le cadute, puntando soprattutto alla collaborazione del caregiver, in modo da facilitare la presa in carico del paziente una volta dimesso, senza che il tutto risulti un sovraccarico di responsabilità ed impegni. Ho inoltre definito indicazioni destinate al personale sanitario per la corretta compilazione della scala di Conley, la scala di valutazione del rischio di caduta del paziente, e raccomandazioni per prevenire le cadute intervenendo sulle scelte terapeutiche ed assistenziali, illustrate in una locandina, affissa in tutte le hall infermieristiche e realizzata in diversi colori. Presupposto fondamentale del mio studio, è stata la progettazione e la realizzazione di eventi formativi sulla campagna di prevenzione introdotta, coinvolgendo gli operatori dell'Ospedale Miulli, con l'obiettivo di diffondere la cultura della caduta come fenomeno prevenibile e creare quindi le condizioni necessarie affinché le informazioni e le conoscenze siano effettivamente utilizzate ai fini della prevenzione e della riduzione del danno cadute. In seguito all'affissione delle locandine informative ed alla consegna delle brochure, ho deciso di indagare, attraverso la somministrazione di un questionario a risposta multipla ad un campio-

ne di pazienti ed infermieri, quale fosse il grado di percezione e ricezione dell'intervento di prevenzione delle cadute intrapreso. Per prima cosa, ho voluto valutare cosa pensano i pazienti delle strutture sanitarie, chiedendogli di esprimersi sulla potenziale pericolosità delle stesse ed è emerso che c'è, seppur in minima parte, una mancanza di fiducia nei confronti delle strutture sanitarie. Tutto questo dovrebbe farci riflettere, in quanto gli infermieri, responsabili dell'assistenza al paziente, dovrebbero essere il portavoce dei suoi dubbi e timori e cercare di infondergli sicurezza. Ed anche a questo punta la realizzazione di locandine informative, valutate positivamente dai pazienti, i quali ritengono che le informazioni trasmesse possano essere utili anche dopo la dimissione dall'ospedale. Dall'analisi dei questionari somministrati agli infermieri, si evince che gli operatori oggetto dello studio ritengono che l'implementazione di locandine informative all'interno dei reparti possa essere di supporto per ridurre il rischio di caduta dei pazienti e sono considerate uno strumento efficace ai fini della corretta compilazione della scala di Conley. Questi sono dati significativi in quanto dimostrano che uno dei miei obiettivi è stato raggiunto: aumentare la compliance degli operatori.

Per concludere, sono convinta che la Professione infermieristica può dare un grosso contributo, in termini di competenze, nell'affrontare il rilevante problema delle cadute in ospedale, adottando tutti gli strumenti che nell'elaborato sono stati richiamati. Ed è stata dimostrata, attraverso l'implementazione della procedura di prevenzione delle cadute, una gestione più efficace di questa problematica, in termini di riduzione del numero delle cadute. Fondamentale è la sensibilizzazione ed il coinvolgimento attivo di tutti: dai responsabili diretti delle cure e della sicurezza, ai pazienti e familiari/caregivers, per non perdere mai di vista quello che è il nostro obiettivo: la sicurezza del paziente. Ho visto con i miei occhi l'entusiasmo dei pazienti nel ricevere semplici informazioni, e ho valutato l'importanza di renderli partecipi e consapevoli dei rischi, al fine di intraprendere questo percorso di miglioramento, perché anche se può sembrare banale, informare e formare il paziente può fare la differenza!



REGIONE PUGLIA E PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il percorso evolutivo nell'ambito universitario

Carmela
MARSEGLIA



Altomare
LOCANTORE



Il 22 marzo 2006 l'Università degli Studi di Bari laureava i primi dottori magistrali in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e due anni prima i laureati in Infermieristica. La ricorrenza di queste date ci ha stimolate a ripercorrere le tappe evolutive della preparazione alla professione e l'ingresso della stessa in ambito universitario in Italia e nella no-

stra Regione. Quello che vi proponiamo con questo approfondimento è da considerare come un piccolo excursus storico utile ai giovani che vogliono intraprendere la professione e ai cittadini che leggeranno la rivista ad identificare con appropriatezza ruoli e funzioni della professione infermieristica. Sintetizzare una storia lunga di secoli è arduo anche per l'enorme evoluzione che si è verificata in un periodo così lungo. Pertanto, presentiamo le fasi a nostro avviso più significative che si intersecano con i cambiamenti geo-politici senza dimenticare il ruolo propositivo e divulgativo delle associazioni.

Situazione politica. Dopo la Rivoluzione Francese e le guerre di Napoleone si introduce nelle società europee l'idea secondo cui è competenza dello Stato tutelare il diritto dei cittadini all'assistenza sanitaria e sociale. Si cominciano a studiare nuove soluzioni architettoniche che garantiscono agli ospedali più aria, più luce e una sistemazione più appropriata dei ricoverati. Durante il secondo conflitto mondiale l'assistenza viene assicurata in Italia dalla Croce Rossa Italiana composto dalle infermiere volontarie insieme alle infermiere diplomate nelle scuole convitto. Nell'aprile 1964 viene insediata la 'Commissione per la riforma ospedaliera', con a capo il chirurgo Dogliotti (*da un'inchiesta del settimanale "Tempo", svolta nel 1963-1964, emerge un quadro della situazione assistenziale ospedaliera in cui, a Roma, "...degenti devono essere sistemati alla meglio un poco dappertutto, persino in giacigli improvvisati per terra, nelle corsie dei visitatori..."*, a Napoli *"gli ospedali divengono sempre più simili a lazzaretti", in Puglia, Basilicata e Calabria "i malati sono costretti a portarsi da casa posate e stoviglie", in tutto il Sud vi sono "magnifici ospedali costruiti dieci anni fa e mai finiti"*). Il 22 dicembre 1978 il Ministro della Sanità Tina Anselmi con la legge n. 833 istituisce il SSN, definito come "Complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino



l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio". Essa è ispirata al National Health Service britannico, ed unifica i tre filoni della sanità: igiene pubblica, assistenza medica, assistenza ospedaliera. **Norme.** Molte scuole nascono in tutta Italia in questo periodo, fondate dalle allieve di Florence Nightingale. Grace Baxter, chiamata da Amy Turtun (*la comunità di nobildonne straniere, soprattutto inglesi, ma anche francesi, nella Firenze dell'800-900, è l'altra presenza da considerare nello scenario storico sociale italiano di questo periodo. Si tratta di donne ricche, di elevata cultura e di notevole conoscenza del sistema sanitario dei loro paesi; scrittrici e giornaliste*), fonda a Napoli la prima vera scuola per infermiere, detta della "Croce Azzurra", con l'aiuto della Regina Margherita. Le allieve frequentano il tirocinio e le lezioni dalle 8 alle 15, rilevano la temperatura, polso, respiro, riordinano i pazienti costretti a letto, ecc. 18 marzo 1926 legge n. 562, che, in base alle indicazioni del R.D. 15 agosto 1925, n. 1832, istituisce le scuole convitto per infermiere professionali, di durata biennale. R.D. 27 luglio 1934, n.1265, l'esercizio professionale viene regolamentato e posto sotto vigilanza, lo stesso vale per l'accertamento del titolo. R.D. 2 maggio 1940 n.1310 indica le mansioni infermieristiche. Il 29 ottobre 1954 con legge n. 1049 nasce il Collegio Infermiere Professionali, Assistenti Sanitarie Visitatrici e Vigilatrici di Infanzia (IPASVI) Legge 124/1971: estende al personale maschile dell'esercizio professionale di infermiere, eleva il livello culturale di accesso a 10 anni di scolarità, prevede l'ammissione al 2° anno del corso per infermiere professionali, ostetriche, vigilatrici, puericultrici ed infermiere generici previo esame scritto ed orale ed abolisce il convitto obbligatorio. **Associazioni.** Una commissione di inchiesta, promossa dal Consiglio Nazionale Donne Italiane (CNDI, nato nel 1908), affronta il problema sul luogo dove deve avvenire la formazione infermieristica in Italia. Le infermiere aderenti al CNDI, provenienti in massima parte dalla CRI, costituiscono nel 1919 l'Associazione Nazionale Italiana tra Infermiere (ANITI - *costituita a Roma, il 16 febbraio 1919, tra le infermiere diplomate e le volontarie che hanno prestato assistenza durante la guerra, con lo scopo di incre-*

mentare l'assistenza alle infermiere, il mutuo soccorso tra le socie in caso di malattia, e la previdenza, mediante l'assicurazione di una pensione di invalidità e vecchiaia) che possiede anche un proprio organo di stampa "Il bollettino d'Informazione". Viene riconosciuta e affiliata al Consiglio Internazionale delle Infermiere nel 1922. Nel 1946, sulle ceneri dell'ANITI, nasce la Consociazione Nazionale Infermiere e altri Operatori Operatori Sanitario Sanitario-Sociali Sociali (CNAIOSS), oggi CNAI (*Cnai è la prima e l'unica Associazione rappresentante degli infermiere italiani all'estero ed è aderente a ICN - International Council Nursing*). Nascita, nel 2004, della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI), con l'intento di rappresentare le autorità competenti per la professione infermieristica anche in paesi che non fanno parte dei 25 dell'Unione Europea. La finalità consiste nel promuovere l'eccellenza del nursing e la tutela del paziente, sia a livello nazionale che europeo.

Ingresso Università. Questa premessa, rende evidente come quello che era rimasto invariato per molti anni, all'improvviso ha subito una serie di modifiche. A partire dagli anni Novanta il percorso formativo vide il progressivo e definitivo trasferimento della competenza in campo di informazione infermieristica dal livello scolastico regionale a quello universitario. In seguito all'emanazione della legge 19 novembre 1990 n. 341 che riformò gli ordinamenti didattici universitari, infatti, il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica autorizzò un anno dopo, con il D.M. 2 dicembre 1991 n. 390, le facoltà di Medicina a istituire il diploma di laurea triennale in scienze infermieristiche, successivamente denominato diploma universitario per infermiere (D.M. 24 luglio 1996 - tabella XVIII ter). Aspetti chiave: i corsi hanno durata triennale e l'esame finale è un esame di stato con valore abilitante. I corsi sono attivati in conformità ai protocolli d'intesa stipulati tra le Università e le Regioni; viene assegnato allo studente la figura del tutore che ne coordina la formazione tecnicopratica. Nel 1994, inserimento dell'infermieristica nell'elenco dei settori scientifico-disciplinari (scienze infermieristiche generali e cliniche) e nuovo profilo professionale. L'attuale



percorso formativo per accedere alla professione infermieristica si sviluppa secondo le disposizioni del decreto 3 novembre 1999, n. 509. Esso è articolato in più livelli. Laurea in Infermieristica (L): Ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali (180 CFU 1 credito = 30 ore). E' il titolo che abilita all'esercizio professionale (sostituisce i precedenti titoli di Infermiere professionale e di diploma universitario in Scienze infermieristiche). La durata normale è di 3 anni. Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche (LS): Ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata complessità (120 CFU). La durata normale è di 2 anni. Master di primo livello: Corso di approfondimento scientifico e alta formazione permanente e ricorrente in ambiti specifici (area critica, geriatria, pediatria, salute mentale, sanità pubblica), successivo al conseguimento della laurea in Infermieristica (60 CFU). Master di secondo livello: Corsi di approfondimento scientifico e alta formazione permanente e ricorrente in ambiti specifici, successivo al conseguimento della laurea specialistica (60 CFU). Dottorato di ricerca (Nel 2006 in Italia si sono istituiti i primi dottorati in Scienze infermieristiche : è questa la tappa che completa il percorso accademico della professione infermieristica nel nostro Paese): Fornisce le competenze necessarie per esercitare, presso Università, enti pubblici o soggetti privati, attività di ricerca e di alta qualificazione. Hanno accesso alla formazione post base tutti gli infermieri in possesso del diploma di laurea in Infermieristica, rilasciato ai sensi della normativa vigente. Ma possono accedervi anche tutti gli altri infermieri e infermieri pediatrici (ovviamente in possesso del titolo di scuola secondaria superiore)

grazie alla legge n. 1 del 2002 che ha reso validi i precedenti diplomi al fine del proseguimento degli studi.

Regione Puglia. Anche nella nostra regione la formazione infermieristica passa definitivamente ed esclusivamente sotto l'ordinamento didattico universitario. Ricordiamo che il corso per infermiera professionale era presente a Bari dal 1935 con sede all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico. Il giorno 1.10.1951 la palazzina di fronte agli Istituti Biologici diviene la Scuola Convitto per Allieve Infermiere, dove ancora risiede. Il corso aveva durata biennale e, successivamente la diplomata poteva seguire corsi di specializzazione della durata di un anno in diverse discipline (cardiologia, Assistente Sanitaria, Pediatria, ecc...). Ad oggi gli infermieri che accedono al corso di laurea a numero programmato, previo superamento del test, in Puglia hanno la possibilità di frequentare il corso universitario presso diverse sedi. L'Università degli Studi "A.Moro" di Bari conta un numero di 1185 studenti in Infermieristica presso le seguenti sedi:

- Bari - "Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari"
- Bari - "Ospedale Di Venere"
- Tricase - "Ospedale Ecclesiastico Panico"
- Brindisi - "Ospedale Di Summa"
- Taranto - "Ospedale SS. Annunziata"
- Acquaviva - "Osp. Ecclesiastico Miulli"
- Lecce - "Ospedale Vito Fazzi"

L'Università degli Studi di Foggia prevede il corso di laurea nelle sedi di:

- Foggia - "Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Foggia"
- Barletta - "Ospedale Dimiccoli"
- San Giovanni Rotondo - "Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza"
- San Severo - "Ospedale T.Masselli - Mascia"

BIBLIOGRAFIA

- Giannelli G, Raponi V.(A cura di) Libro bianco sulla riforma ospedaliera, supplemento del Notiziario dell'Amministrazione sanitaria, dicembre 1965.
- Calamandrei C. L'assistenza infermieristica. Storia, teoria, metodi. NIS; 1993
- Armocida G, Zenobio B. Storia della medicina. Biblioteca Masson; 2002.
- Craven R.F, Hirnle C.J. Principi Fondamentali dell'assistenza infermieristica. Casa Editrice Ambrosiana; 2007.
- Barbuti S. La facoltà di medicina e chirurgia dell'università di Bari 1925/2011. Editore Cacucci; 2015.
- (Footnotes)

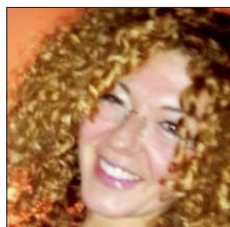


LA SICUREZZA È UN DIRITTO L'INFORMAZIONE È UN DOVERE

Vincenzo
INGLESE



Elena
CHIEFA



L'art. 2050 del Codice Civile prevede che chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa ne sarà responsabile se non proverà di aver adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno. La Giurisprudenza ha precisato che, fra le attività pericolose, rientrano tutte quelle cui si applica la disciplina per la prevenzione de-

gli infortuni sul lavoro. Ciò rende i terzi indirettamente beneficiari dell'intero apparato prevenzionale: quindi, questi devono essere adeguatamente informati sui rischi esistenti, in presenza di rischi specifici devono utilizzare i dispositivi personali di protezione, ove necessario devono essere accompagnati dal personale interno e rimanere sotto la loro costante vigilanza; tutto ciò deve essere previsto nel piano di sicurezza e di tali soggetti si deve tener conto, in particolare, nella organizzazione e gestione dei servizi di emergenza.

La sicurezza e la salute sul lavoro sono beni essenziali. Ma ancora oggi, accadono, si ve-

rificano danni all'integrità fisica o malattie professionali a carico dei lavoratori nonché infortuni nei luoghi di lavoro. Per evitare che siffatti eventi negativi accadano occorre dare attuazione dei principi della prevenzione nei luoghi di lavoro. Il disposto normativo in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro stabilisce che è il Datore di Lavoro a garantire le misure generali di tutela affinché tutti i lavoratori possano svolgere in modo sicuro le attività lavorative. Oltre ottocento morti e 650mila infortuni denunciati in Italia ogni anno. È da decenni che si grida all'emergenza ma le cose non riescono a cambiare.

Gli allievi degli istituti di istruzione ed universitari ed i partecipanti ai corsi di formazione professionali dove si fa uso di laboratori, apparecchi, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici, biologici, sono equiparati ai lavoratori per quanto concerne i diritti di tutela della salute e della sicurezza. L'art. 2 del D. Lgs 81/2008 e s.m.i. prevede che l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alle strumentazioni o ai laboratori in questione sia equiparato al lavoratore, aggiungendo, rispetto al previgente art. 2 del D. Lgs. 626/1994, le apparecchiature fornite di videoterminali.

Il D. Lgs 81/2008 e s.m.i. precisa che





alla definizione di “Lavoratore” sono equiparati gli allievi degli istituti di istruzione e che nel campo di applicazione della normativa rientrano, a pieno titolo, anche le scuole (art 3). Questa norma, che si applica a tutti

i settori d'attività, privati o pubblici, attribuisce al Datore di Lavoro (DdL) delle aziende la principale responsabilità sulla sicurezza. Infatti, il DdL deve attuare le misure generali di tutela ossia la valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza, l'eliminazione dei rischi o quanto meno la loro riduzione al minimo, la sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, la limitazione al minimo dei lavoratori esposti al rischio, la priorità delle misure di prevenzione collettiva rispetto a quelle individuali, il controllo sanitario dei lavoratori, la loro informazione e formazione adeguate.

Le scuole sono considerate a tutti gli effetti luoghi di lavoro, ma data la natura di chi usufruisce di tali ambienti, ovvero bambini e giovani, la normativa sulla sicurezza sul lavoro è più ampia e strutturata.

Per realizzare questa politica di sicurezza il DdL si avvale di alcune figure professionali previste dalla normativa:

- I Dirigenti: dirigono una parte o suddivisione dell'azienda e quindi sono in possesso del potere di decisione e di indirizzo per far applicare le indicazioni del DdL.
- I Preposti: sovrintendono, cioè coordinano e guidano concretamente sul campo il lavoro di un gruppo di lavoratori vigilando che i lavoratori applichino le misure di sicurezza stabilite dalla normativa e dal DdL.
- Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione: è il braccio destro del Datore di Lavoro per gli aspetti di sicurezza: suggerisce, propone, coordina tutto ciò che l'azienda può mettere in campo per tutelare l'integrità fisica dei lavoratori.
- I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza: lavoratori che all'interno dell'azienda rappresentano i colleghi, sono il

“In tutte le aziende la fonte primaria di tutte le informazioni e le successive azioni di prevenzione è il Documento di Valutazione dei rischi”

loro portavoce ufficiale (sono eletti o designati dai Lavoratori) presso il DdL ed RSPP, relativamente agli aspetti di sicurezza e salute. Devono essere consultati dal DdL sulle decisioni che comportano aspetti

di tutela della salute.

- Il Medico Competente: è incaricato dal DdL di tenere sotto controllo la salute dei lavoratori per cogliere per tempo l'eventuale insorgenza di malattie o danni causati dai rischi lavorativi (rumore, sostanze chimiche, agenti biologici, ...).

In tutte le aziende la fonte primaria di tutte le informazioni e le successive azioni di prevenzione è il “Documento di Valutazione dei Rischi”, cioè il fascicolo ufficiale obbligatorio predisposto dal Datore di Lavoro, che descrive i rischi di infortunio e di malattia presenti nell'attività lavorativa nonché le modalità tecniche, organizzative e procedurali che l'azienda applica per limitare al massimo l'accadimento di questi eventuali danni alla salute per i propri dipendenti e, quindi, anche per gli studenti in Alternanza. Nel caso di studenti che svolgono attività di *alternanza* scuola/lavoro, le figure di garanzia (cioè le persone che devono garantire la sicurezza) previste dalla normativa sono:

- il Datore di Lavoro della scuola inviante (cioè il Dirigente Scolastico);
- il Tutor scolastico (assimilabile a un Preposto), che segue lo studente;
- il Datore di Lavoro dell'azienda che ospita lo studente;
- il Tutor dell'azienda (assimilabile a un Preposto), che sovrintende e vigila sullo studente;
- i due Responsabili (cioè quello della scuola e quello dell'azienda ospitante) del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Il ruolo degli RSPP è di supporto, di consulenza e di indirizzo al rispettivo Datore di Lavoro. Il RSPP scolastico potrà erogare o comunque organizzare la formazione generale preliminare sulla sicurezza da fornire a scuola agli studenti prima del loro invio in azienda. Il RSPP aziendale si occuperà inve-



ce di supportare il tutor aziendale nell'accoglienza, nella formazione specifica e nella fornitura di documenti, procedure, dispositivi di protezione per ciascuno studente.

Inoltre, ogni azienda deve aver già predisposto un Piano di Emergenza ed Evacuazione per i propri dipendenti, in caso di incendio o calamità; quindi, gli studenti andranno informati anche sui contenuti specifici e contestualizzati di questo Piano di Emergenza ed Evacuazione, ciascuno da parte dell'azienda a cui è stato assegnato.

Per alcune mansioni che prevedono l'esposizione significativa a rischi per la salute (sostanze chimiche, agenti fisici, ...) l'azienda ospitante potrebbe aver valutato che è obbligatoria la visita medica preventiva da parte del proprio Medico Competente, ed in questo caso concorderà con la scuola di sottoporre lo studente alla visita medica di idoneità prima di iniziare il periodo di alternanza. Sul rispetto da parte di tutte le aziende degli adempimenti previsti dalle norme specifiche, vigila il Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL) dell'Azienda Sanitaria Locale, tramite il suo personale medico e tecnico che ricopre la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria con la possibilità di ispezionare, sanzionare, sequestrare, disporre interventi di miglioramento. Questi operatori svolgono le funzioni di vigilanza ed ispezione per conto dello Stato, che in questo modo tutela la salute dei cittadini (che è un bene primario riconosciuto anche dalla Costituzione della Repubblica) anche sul lavoro.

Ogni tipo di prevenzione parte da un'adeguata conoscenza e consapevolezza dei rischi e di come affrontarli per ridurli e tenerli sotto controllo; buona parte di questa istruzione arriva dalla informazione e formazione a tutti i Lavoratori, resa obbligatoria e dettagliata nei contenuti dell'Accordo

Stato Regioni del 21/12/2011.

In conclusione è vero che si parla di grandi emergenze ma ci sono anche esempi virtuosi. Infatti, si può definire una vera campagna informativa mirata di sensibilizzazione "protagonista della sicurezza sul lavoro" mettendo al centro la nuova strategia per la salute e la sicurezza sul lavoro e investendo nella sicurezza quella intrapresa dalla ASL

BA con la produzione e distribuzione di un "quaderno informativo" per i "tirocinanti, allievi e volontari negli ambienti della ASL BA" con lo scopo di:

- fornire agli studenti uno strumento di lavoro pratico di facile e immediato utilizzo nonchè riferimento per l'attività quotidiana svolta nelle varie realtà operative;
- informare gli studenti sui rischi che possono derivare dalle attività lavorative dell'Azienda e che possono comportare pericoli per la sicurezza e la salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro.

È necessario ed indiscutibile che ogni azienda, pubblica o privata che sia, deve rivolgere, a tutti gli attori della sicurezza, la stessa attenzione - in termini di Ospitalità e Soddisfazione -, riservata ai "clienti", perseguendo in tal modo la filosofia della "Qualità Totale".



REGIONE PUGLIA
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI

LA SICUREZZA E SALUTE
DEI LAVORATORI
NEI LUOGHI DI LAVORO

Informazione dei lavoratori
(D. Lgs 81/2008 e s.m.i.)

La sicurezza
dei tirocinanti, allievi e
volontari negli ambienti
della ASL BA

Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale

a cura di
Sansolini Nicola
Bianco Pasquale Nicola

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- D.Lgs 81/2008 e s.m.i. "testo unico sulla sicurezza sul lavoro".
- www.inalternanza.it.
- INalternanza con Sicurezza, edizione 2011 realizzato dalle Aree Education e Sicurezza di Confindustria Bergamo, in collaborazione con ASL e Ufficio Territoriale Scolastico di Bergamo.
- www.sanita.puglia.it/documents/25619/393103/quaderno+informativo+su+La+sicurezza+dei+tirocinanti%2C+allievi+e+volontari+negli+ambienti+della+ASL+BA/d6ac0dab-1c7c-4762-8644-80461f933db3.

- CONGRESSO MACROAREA SUD SIEC 2016**
Bari 13-14 maggio 2016
INFO: Hotel Mercure Villa Romanazzi Carducci
E-mail info@siec.it - Tel. 0229414913
- UPDATE E MANAGEMENT DELLE ULCERE CUTANEE CORSO TEORICO PRATICO**
28 Maggio - 01 e 08 Giugno 2016
Barion Hotel & Congressi
Torre a Mare (BA) - SS 16, KM 816
INFO: M.C.O. Organization
segreteria@mcorganization.it
Tel. 080 4965060 - 338 9804837
- EMPATIA - PRESENTE E FUTURO DELLA GESTIONE DELLA PERSONA CON SCLEROSI MULTIPLA**
Bari 13-14 maggio 2016
INFO: Hi Hotel, Via Don Luigi Guanella, 15
McCann Complete Medical Srl
Tel. +39 02 5416951 /Fax +39 02 54169554
- LEADER NELLE PROFESSIONI SANITARIE GUIDARE IL CAMBIAMENTO**
Lecce 13 e 14 Maggio 2016
INFO: Nucleo Salentum
E-mail: fabrizioformazione@gmail.com
Tel. 3382121720
- LA SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE: STRATEGIE E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE**
Bari 17, 18 maggio, 7 giugno 2016
INFO: Villaggio del Fanciullo, piazza Giulio Cesare
Cell.328.8159934 Fax 1782246744
E-mail: ricerca.formazione@email.it;
assriforma@gmail.com Pec: riforma@pec.it
- ICTUS CEREBRALE: DIAGNOSI E TERAPIA: UNA GESTIONE CONDIVISA**
Altamura 21 maggio 2016
Auditorium Ospedale Della Murgia "F. Perinei"
INFO: Tel. 06.52351244 / Fax 06/52354349
e-mail: segreteria@centrostudicuore.eu
- IL DIABETE MELLITO: FRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE**
Gravina in Puglia, 20/28 maggio 2016
Piazza Cavour
INFO: Sala Convegni Banca Popolare di Puglia e Basilicata
E-mail info@meeting-planner.it -
Tel. 0809905360
- CARING FOR WOUNDS. LA DIFFUSIONE DELLE BEST PRACTICES NEL WOUND CARE**
Strada Provinciale 57, Bari
INFO: Hotel Regina
E-mail info@medical-net.it
Tel. 0683393669
- IL MANAGEMENT DEL TERRITORIO: L'INFERMIERE DI FAMIGLIA**
Bari 10-11 Giugno 2016
INFO: Villaggio del Fanciullo
Piazza Giulio Cesare
Cell. 328 8159931
e mail:ricerca.formazione@email.it
- L'ATTIVITÀ FORMATIVA, CLINICA E GESTIONALE DELL'INFERMIERE NELLA REALTÀ E NELL'IMMAGINARIO COLLETTIVO**
Vetri sul Mare dal 14 al 17 giugno 2016
INFO: www.eventiecongressi.net
- 26° CONGRESSO NAZIONALE ANOTE/ANIGEA IL SISTEMA SALUTE E LA PERSONA AL CENTRO DELLA CURA: UMANIZZARE IL TECNICISMO PER COSTRUIRE LA QUALITÀ**
Bologna 27-29 maggio 2016
INFO: Zanhotel Europa
Tel 081/8780564
- IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE: APPROFONDIMENTI TECNICI OPERATIVI**
Molfetta (BA) 5 novembre 2016
INFO: My Meeting Srl
Tel 051 796971 - Fax 051 795270 -
e mail: info@mymeedingsrl.com