

Filodiretto

Anno XXXIV / numero 3/4 maggio/agosto 2016 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari
n° 732/83 / Periodico dei Collegi IPASVI delle Province di Bari e Barletta Andria Trani



RIORDINO PUGLIESE QUALE ASSISTENZA?

in evidenza

EDITORIALE

PRIMO
PIANO

SICUREZZA
E BENESSERE

Restano i dubbi sulla
nuova mappa degli
ospedali

Infermieri assunti per
chiamata diretta:
è polemica

Cure domiciliari
e rischi occupazionali



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° 3/4 maggio/agosto 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 5 agosto 2016

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettrici

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

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

Comitato di esperti

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

Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Michele Fighera, Sabino Frisario, Giuseppe Guglielmi, Vincenzo Inglese, Pasquale Lacasella, Antonia Leoci, Francesco Marinelli, Francesca Mastrandrea, Gianna Palmisano, Giulia Piccici.

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 autorizza 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 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 **3/4**

EDITORIALE

3 LA NUOVA SANITÀ PUGLIESE NEL PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO
Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6 INFERMIERI ASSUNTI PER CHIAMATA DIRETTA
Salvatore Petrarolo

8 IL DG DELLA ASL BAT "SI DEVE GARANTIRE IL SERVIZIO"
Salvatore Petrarolo

9 ECCO IL NUOVO PIANO DI URGENZA EMERGENZA
Giulia Piccici

11 IL DOPPIO PASSO DEGLI INFERMIERI
Antonina Leoci

PROFESSIONE IN AZIONE

13 L'INFERMIERISTICA TRA NUOVI BISOGNI DI SALUTE
Elena Guglielmi, Giuseppe Marangelli

16 NURSE ON EYE
Savino Petruzzelli

IN PUGLIA

18 IL DIARIO DI UNA DONNA

RICERCA INFERMIERISTICA

19 GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE
Giuseppe Guglielmi

22 LA QUALITÀ DELLA VITA
Sabino Frisario

UNIVERSITÀ E INFERMIERISTICA

24 INFERMIERISTICA: I PIANI DI STUDIO
Carmela Marseglia, Altomare Locantore

PROMOZIONE SALUTE

26 L'ASSISTENTE SANITARIO: UN PREZIOSO ALLEATO
Nicoletta Ricciardi, Giuseppe Mazzotta

IN FORMAZIONE

28 SORVEGLIANZA SANITARIA
Pasquale Lacasella

30 LE MANI SCUOLA PER SALVARE UNA VITA
Francesco Marinelli

31 LA SALUTE INIZIA DALLE MANI
Francesca Mastrandrea

SICUREZZA E BENESSERE

32 SERVIZIO CURE DOMICILIARI E RISCHI OCCUPAZIONALI

Vanessa Manghisi, Vincenzo Inglese

34 LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI
Gianna Palmisano, Michele Fighera

INSERTO 3/4

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO
Raffaele Cristiano Losacco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



LA NUOVA SANITÀ PUGLIESE NEL PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

Un dubbio: quale assistenza?

Saverio
ANDREULA



Il Governo regionale pugliese ottenuto il via libera dal Ministero al nuovo piano di riordino della rete ospedaliera, nonostante una serie di opposizioni e “malumori” espressi anche da esponenti della sua stessa maggioranza,

per bocca del Presidente, (ad interim anche assessore alle politiche della salute), Michele Emiliano spiega che “il piano è una delibera perennemente aperta e suscettibile di modifiche, aperta al contributo di tutti”. Tanto ci induce a ritenere che, dopo l’ok del Ministero della Salute alla riorganizzazione della rete ospedaliera e del sistema di emergenza urgenza, ci sia la possibilità di proporre, agli atti di adozione del piano, modifiche e integrazioni, a patto che siano compatibili con le indicazioni normative che disciplinano la materia.

Cosa prevede il Piano di riordino

Il sistema sanitario pugliese è stato rivisto in funzione del D.m. n. 70/2015 e della legge di stabilità 2016. Rispetto ai 40 ospedali pubblici esistenti si passa, a parità di posti letto e di costo del personale, a 31 strutture così suddivise per Asl: Foggia da 5 a 4; Bat da 5 a 3; Bari da 12 a 10; Taranto da 6 a 5; Brindisi da 6 a 3 mentre Lecce conserva le stesse strutture presenti (6).

All’interno di ogni singola azienda sanitaria locale, le strutture ospedaliere assumono una specifica classificazione declinata

in tre livelli a complessità crescente. Vediamola in dettaglio.

Presidi ospedalieri di base, di 1° Livello e di 2° Livello.

L’attività ospedaliera dovrà essere integrata dall’attività territoriale attraverso le reti di patologia, i presidi territoriali di assistenza, gli ospedali di comunità e le residenze sanitarie assistite R1. Non mancano alcuni punti critici che il Piano, a nostro avviso, presenta nel suo cronoprogramma a cominciare dalla lungaggine per l’adeguamento della rete dei servizi (ospedale, territorio e prevenzione).

Le nostre previsioni

Il Piano prevede un consistente ridimensionamento dell’assistenza sanitaria ospedaliera in termini di posti letto per acuti e, contestualmente, un potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale con particolare riferimento alla riorganizzazione delle cure primarie secondo il “Chronic Care Model”, della rete distrettuale, delle cure domiciliari, ma anche la ridefinizione dei percorsi di cura materno-infantili e la rete dei consultori familiari, sino ad arrivare all’assistenza residenziale e semiresidenziale.

Per la erogazione di assistenza territoriale, si evidenzia una quota di anziani assistiti a domicilio corrispondente a 2,2% ed inferiore all’atteso dato di riferimento (maggiore o uguale a 4%), come da valore definito adeguato dal Comitato Lea, ma anche una dotazione inadeguata di posti letto (pari a 5 per 1000 residenti anziani) presso strutture residenziali preposte all’assistenza degli anziani non autosufficienti, pur se entrambi gli indicatori mostrano un incremento.

Non va dimenticato che sono ancora in via di elaborazione le “Linee guida per la definizione dei percorsi clinici e dei modelli organizzativi dell’Ospedale di comunità” e al tempo stesso sono ancora in via di pubblicazione i requisiti e le tariffe per le RSA1 mentre entro la fine del 2016 dovrebbe essere definito il fabbisogno di posti letto di RSA R1. Sono, inoltre, in fase di aggiornamento i requisiti e le procedure per l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Altro punto sul quale va avviata una riflessione è quello relativo alla definizione e al rispetto delle risorse umane presenti nelle strutture che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale. Non va dimenticata la carenza del personale sanitario (infermieri, tecnici, ecc) a seguito del blocco del turnover; la carenza/assenza di profili professionali (OSS) strategici per le prospettive di cambiamento dei bisogni di salute (utente fragile, anziano, cronico e passivo); l’elevata mobilità di figure professionali (con relativo alto tasso di turnover); le liste di attesa; l’integrazione socio-sanitaria.

A ciò si aggiunga che rimane carente e superficiale l’individuazione del modello organizzativo del sistema integrato rimandandolo al piano regionale e ai piani di zona.

Un altro elemento da evidenziare è quello legato alla scarsità di finanziamento. Le risorse finanziarie aggiuntive (nonostante i ticket), non hanno prodotto i risultati sperati.

Alcune “criticità” del Piano

Va registrata un’elevata dispersione demo-

grafica della popolazione sul territorio e si pagano le lungaggini dei tempi per il processo d’aggregazione e riorganizzazione del piano sanitario.

Bisognerà verificare che le risorse umane in dotazione presso gli ex stabilimenti siano adeguatamente utilizzate anche in loco, ma in maniera coerente rispetto ai bisogni territoriali, favorendone la riconversione anche attraverso processi formativi ad hoc. Si dovrà verificare la congruità di cura, assistenziale ed economica, dei posti letto nell’articolazione della rete ospedaliera.

Facciamo un esempio: nei presidi ospedalieri di I livello (ASL BT - Andria) sono previsti quattro posti letto di Oftalmologia con dodici medici, nove infermieri, cinque operatori socio sanitari e tre ausiliari specializzati. Nella Asl FG – Cerignola sono previsti due posti letto di Neurologia con sei medici e sette infermieri, mentre nella Asl LE – Casarano sono previsti due posti letto di Endocrinologia con sei medici, sette infermieri e due ausiliari specializzati.

Tra le criticità del Piano evidenziamo la mancata previsione di attuazione e/o sostegno dei Servizi e/o Dipartimenti delle Professioni Sanitarie, in grado di interpretare i bisogni del territorio di riferimento e la loro traduzione in modelli assistenziali appropriati e continuativi.

Non si può dimenticare il piano di rientro che blocca il turnover e penalizza le assunzioni per le equipe dei servizi territoriali, tra cui i servizi domiciliari (con grave carenza di infermieri, operatori socio sanitari e terapisti).

Ci sono i vincoli economici finanziari collegati ai vincoli di contenimento della spesa, mentre si ritiene necessaria l’individuazione precisa delle strutture e dei dipartimenti





che erogano prestazioni ad attività integrata, poiché l'erogazione di un eccessivo numero di prestazioni ad attività integrata causerebbe un aumento improprio degli oneri assistenziali a carico del Servizio sanitario regionale.

A tal proposito è bene ricordare che il protocollo d'intesa tra Regione e Università degli Studi di Bari contenuto nella DGR n. 950/2013 all'art.5 comma 1, prevede il riconoscimento all'Azienda Policlinico una maggiorazione tariffaria pari all'8% a copertura dei maggiori costi di produzione indotti dalle attività di didattica e ricerca, con attribuzione del valore massimo consentito dalle norme vigenti.

In che modo sarà assicurata l'assistenza

Da un punto di vista puramente teorico, la diminuzione di posti letto e la riduzione di "strutture complesse" consente un recupero di risorse assistenziali, ma la realtà porta inevitabilmente a un risultato diverso per le seguenti motivazioni:

gli standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche sono datati (25 anni) e certamente non rispondenti alle necessità di oggi; la diminuzione di posti letto porta ad una "accelerazione" dei percorsi e dei processi, con una necessità di maggiori risorse, specializzate e di competenze avanzate; lo sviluppo scientifico e tecnologico richiede un aumento di risorse (contrariamente ad altri settori dove l'informatizzazione consente un aumento di attività e favorisce una diminuzione di personale); l'aumento della cronicità richiede una implementazione di risorse e una differenziazione e una specializzazione (o specificità) di saperi.

Come definire quantitativamente e qualitativamente lo staff infermieristico e di supporto rimane un problema rilevante e complesso.

Mancando degli standard minimi nazionali, sta emergendo una variabilità importante non sempre giustificata nella dotazione quali-quantitativa di risorse, sia all'interno di uno stesso ospedale, sia tra ospedali limitrofi e tra regioni.

La Regione Puglia presenta le stesse difficoltà individuando due documenti che presentano principi differenti per la definizione del fabbisogno del personale sanitario. Nel primo caso fa riferimento alle "LINEE GUIDA - criteri per il calcolo del fabbisogno di personale da utilizzare per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende / Enti del SSR" che nella formula per la de-

finizione del numero di Infermieri o OSS/OTA/ASS utilizza il criterio del tasso di occupazione medio e il fattore di complessità. Nel secondo si prende in considerazione il documento "Simulazione dei criteri per il calcolo del fabbisogno di personale da utilizzare per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende/Enti del SSR - Strutture ospedaliere" bozza di gennaio 2015, nel quale si utilizza il criterio del peso del DRG.

Riportiamo alcuni esempi di applicazione delle due formule:

ASL BA, PO Altamura, UO Cardiologia, n 16 posti letto: con i criteri delle Linee Guida avrebbe bisogno di sette infermieri mentre nel documento di simulazione dei criteri sono stati attribuiti sedici infermieri;

ASL BAT, PO Andria, UO Medicina Generale, n 24 posti letto: con i criteri delle Linee Guida avrebbe bisogno di nove infermieri mentre nel documento di simulazione dei criteri sono stati attribuiti diciotto infermieri.

Quale dei due criteri prevarrà? Noi auspichiamo il secondo ricordando che la quantità di infermieri da assegnare alle strutture ospedaliere dipende dal ruolo che occupano e dal processo di cure infermieristiche che gestiscono. Certo, molto dipende anche dall'efficienza e dall'efficacia delle cure erogate da altri professionisti, nonché dai contesti organizzativi sia pubblici che privati.

Il tentativo di integrazione o di affidamento ad esterni per le cure domiciliari degli infermieri con gli operatori socio sanitari va sviluppato nel pieno rispetto delle persone e nel riconoscimento del ruolo e della professione di operatore socio sanitario. L'azione deve essere preceduta dal ragionamento e dall'analisi, ma il cambiamento va guidato, tenuto conto dei bisogni da assicurare, delle caratterizzazioni assistenziali, dei saperi degli operatori e delle necessità del sistema.

È necessario lavorare su due piani: capire come erogare meglio l'assistenza, e come organizzare i processi di lavoro. Inoltre i criteri e le logiche di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche delle strutture private devono essere le stesse, a tutela e garanzia degli utenti e degli operatori.

Il Collegio IPASVI di Bari, come sempre farà sentire la propria voce: quella della competenza e della professionalità, del suo ufficio, nello studio e attuazione di modelli di assistenza di cui la politica non ha conoscenza. Noi ci siamo.

INFERMIERI ASSUNTI PER CHIAMATA DIRETTA

Procedura anomala (anche se legittima?) applicata da alcune ASL pugliesi

Salvatore
PETRAROLO



Se non fosse stata per la segnalazione e l'indignazione di qualche infermiere, la vicenda sarebbe passata sotto silenzio. Invece la vicenda relativa alla chiamata diretta di infer-

mieri da parte di alcune strutture pubbliche è deflagrata in piena estate e promette strascichi anche nelle prossime settimane. Senza escludere che approdi anche nelle aule parlamentari. Questione controversa che interessa direttamente anche le province di Bari e Bat e, attorno alla quale, si registrano i malumori degli infermieri (che la questione l'hanno segnalata), le prese di posizione del Collegio Ipasvi di Bari e della Bat e la risposta (che potete leggere in un altro articolo) del direttore generale della Asl Bat, Ottavio Narracci. Vicenda che è lungo dall'essere chiusa in questi botta e risposta a distanza tra i Collegi e i direttori delle Asl, visto che approderà nell'aula del consiglio regionale attraverso un'interrogazione a firma di alcuni esponenti di Forza Italia. Bisogna riavvolgere il nastro della storia per provare a raccontarne il suo sviluppo. A sollevare la questione di assunzioni per chiamata diretta in alcune strutture sanitarie pugliesi, sono proprio gli infermieri: chi se ne fa portavoce è la redazione del portale Nurse Times che riporta l'indignazione

di chi ha scoperto le modalità di reclutamento utilizzate dai dirigenti delle strutture sanitarie pubbliche, avallate dai vertici della politica regionale.

Per sopperire alle lacune in organico, alcune Asl, non potendo attivare il bando pubblico, hanno assunto per chiamata diretta, rivolgendosi agli infermieri che avevano presentato una domanda di disponibilità. A motivare questo modus operandi, il carattere d'urgenza: non essendoci graduatorie dalle quali attingere, ha motivato ad esempio il direttore generale della Asl Bat, Ottavio Naracci, non si potevano sospendere i servizi per i cittadini e si è provveduto alla chiamata diretta.

Procedura legittima, assicura Narracci, anche se gli infermieri ribattono che sono stati carenti i criteri di trasparenza comunicativa, c'è stata scarsa evidenza pubblica così da trasformare le opportunità lavorative un'occasione per pochi eletti. In pratica, tanti infermieri in attesa del bando pubblico, non erano a conoscenza della possibilità di presentare un curriculum vitae e una domanda di disponibilità, così da poter cogliere l'occasione di lavorare, seppur con un contratto a tempo determinato, senza passare dalle lungaggini di un concorso. La procedura utilizzata dalla Asl Bat, ha spiegato Narracci, è stata condivisa non solo con i vertici della Regione Puglia, ma anche con le rappresentanze sindacali degli infermieri. Ma la questione relativa alla programmazione del fabbisogno del personale infermieristico è stata sollevata anche dal Collegio Ipasvi della Bat che al direttore generale della



Asl ha chiesto un incontro alla fine dello scorso mese di aprile, senza ancora ottenere una risposta. Diversi, invece, i criteri utilizzati dalla Asl Bari, anche se la sostanza è la stessa: l'avviso pubblico per assumere infermieri, con contratti individuali a tempo determinato, viene pubblicato per pochi giorni sul sito web dell'Azienda sanitaria locale barese. La domanda di partecipazione deve essere effettuata in via telematica previo pagamento di dieci euro, pena l'esclusione del richiedente dall'avviso pubblico. Una doppia anomalia (la seconda comunque più grave rispetto alla procedura principale) contro la quale si scaglia il presidente del Collegio Ipasvi di Bari, Saverio Andreula che chiede chiarimenti, "in ordine alle procedure di reclutamento di personale infermieristico avviate dalle amministrazioni pubbliche (Asl di Brindisi, della Bat, di Bari e l'Istituto Tumori di Bari) che palesemente presentano, ognuno con piccole differenze, sostanziali profili di illegittimità". Andreula oltre ad evidenziare quanto fatto dalla Asl Bari (avviso pubblico con relativo pagamento telematico, punto quest'ultimo sul quale si è registrato il dietro front della direzione generale dell'Azienda), elenca le altre situazioni anomale: "Le Asl Bat e Brindisi sottoscrivono contratti individuali di lavoro a tempo indeterminato con infermieri

senza attivare nessuna procedura selettiva di personale avente titolo, attraverso una pesca miracolosa nel protocollo aziendale di domande di disponibilità all'impiego. L'Istituto Oncologico – prosegue il presidente del Collegio Ipasvi Bari – in data 10 giugno, nelle pieghe di un link del sito web, produce un avviso di sostituzione del personale infermieristico assente per maternità per quattro posti.

La domanda può essere presentata o per raccomandata ordinaria o attraverso posta elettronica certificata. I tempi per produrre l'istanza: appena 6 giorni". A giudizio di Andreula definire quelle modalità di reclutamento "anomale" è un eufemismo, oltre aver sollevato perplessità negli infermieri che si sentono penalizzati per carenti criteri di "trasparenza comunicativa". Alla illegittimità di alcune procedure, poi, si accompagna a giudizio del presidente del Collegio Ipasvi di Bari, l'"odiosa" procedura della Asl Bari di far pagare un tributo di dieci euro per una banale procedura informatizzata. "Gli infermieri non possono essere considerati alla stregua di un bancomat" denuncia Andreula. Che sul punto ha ottenuto il ripensamento della Asl Bari, mentre il cuore della questione (assunzioni per chiamata diretta degli infermieri) continua a pulsare di polemiche.



IL DG DELLA ASL BAT “SI DEVE GARANTIRE IL SERVIZIO”

Ottavio Narracci spiega i motivi della scelta di infermieri attraverso la chiamata diretta

Salvatore
PETRAROLO



Seppur anomala, la procedura rispetta tutti i termini di legge: il direttore generale della Asl Bat, Ottavio Narracci, risponde alle accuse mosse dai Collegi Ipasvi di Bari e Bat, in merito

all'assunzione di infermieri attraverso chiamata diretta (sulla base di una graduatoria di disponibilità manifestata dagli stessi) e non con un bando pubblico. “La procedura è anomala apparentemente: a questo tipo di procedura tutte le Aziende hanno sempre fatto ricorso e non soltanto per gli infermieri. Ci sono tante figure di specialisti medici, ad esempio, che noi non riusciamo a trovare perché non abbiamo graduatorie valide. Cosa dovremmo fare? Dovremmo aspettare concorsi ed avvisi pubblici?”

Ci basiamo, invece, sulle domande di disponibilità che ci vengono date dai professionisti, quando non abbiamo possibilità di assumere personale. L'alternativa sarebbe, in assenza di queste procedure formalmente valide, quella di chiudere servizi e reparti. Ma non credo che i cittadini vogliano questo”. La carenza di personale infermieristico e la necessità di discutere l'implementazione degli organici è stata evidenziata dai vertici dell'Ipasvi Bat con una nota inviata alla direzione generale della Asl nello scorso mese di aprile. La richiesta di un incontro,

sottolineata anche in una recente intervista televisiva dal vice presidente dell'Ipasvi Bat, Giuseppe Papagni, resta in agenda, anche se il direttore generale Narracci non ha gradito la sortita pubblica sulla questione assunzioni. “Chiedere un incontro dopo che si fa una denuncia pubblica non è proprio il modo migliore di interloquire con la direzione generale.

Questa direzione generale interloquisce con le organizzazioni sindacali e lo ha fatto anche in questo caso. Con le organizzazioni sindacali abbiamo siglato accordi e le stesse sono rappresentative della categoria infermieristica ed è con loro, come soggetti istituzionali, l'Azienda sanitaria fa accordi e non con il Collegio degli infermieri né con le altre rappresentanze della categoria di tipo scientifico o associativo. Incontreremo comunque i rappresentanti dell'Ipasvi perché abbiamo un grande rispetto nei confronti della professione infermieristica.

Vogliamo che i giovani infermieri vengano a lavorare da noi perché sappiamo che gli infermieri formati in Puglia sono professionisti preparati, competenti, motivati disposti al sacrificio; doti essenziali per svolgere questa professione. Incontreremo il Collegio Ipasvi dopo aver formalmente risposto sia al Presidente regionale, al quale abbiamo già fornito tutti i chiarimenti del caso, e dopo aver fornito le risposte formali agli altri interlocutori che sono stati da loro coinvolti”.

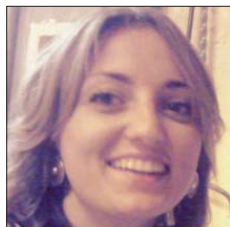




ECCO IL NUOVO PIANO DI **URGENZA** **EMERGENZA**

Previsti Hub e Spoke in proporzione alla popolazione

Giulia
PICICCI



Un hub ogni 600.000 - 1.200.000 abitanti con un numero di accessi annui superiore alle 70mila unità; uno spoke ogni 150.000-300.000 abitanti, con un numero di accessi annui

superiori alle 45mila unità; un pronto soccorso ogni 80.000-150.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiori alle 20mila unità; una centrale operativa del servizio 118 ogni 600.000 abitanti; la trasformazione dei punti di primo intervento in punti di primo intervento territoriali. Numeri e definizioni del nuovo piano di emergenza-urgenza messo a punto dal Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia, nel quale diminuiscono i DEA (Dipartimento di emergenza e accettazione) di II livello Hub (passando da sei a cinque), si raddoppiano i DEA di primo livello spoke (diventeranno quindici a fronte degli attuali sette) e si dimezzano i pronto soccorso che, nella nuova rete di emergenza-urgenza, diventerebbero 13 rispetto agli attuali 27.

Prima di entrare nei dettagli della nuova rete di emergenza-urgenza va sottolineato, come si legge nella relazione, che la proposta di programma ridisegna la rete "ponendo fra le sue prime azioni quella dell'isti-

tuzione del Dipartimento regionale interaziendale territoriale 118 come settore unico di riferimento per l'area dell'emergenza sanitaria. Il Dipartimento nella sua azione di governo dovrà interfacciarsi, sistematicamente e costantemente, con il Dipartimento "Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti" e con l'Agenzia regionale sanitaria (ARES) - "Area dell'emergenza-urgenza".

La classificazione degli Hub e degli Spoke, si legge nella relazione, è stata fatta anche in funzione del ruolo già svolto dal presidio ospedaliero nella gestione delle reti delle patologie complesse "tempo dipendenti", quali trauma maggiore, lo stemi, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombosi. Dai centro d'eccellenza (DEA zonali e sovra zonali), caratterizzati da elevati livelli tecnologici e competenze di alto livello, si svilupperà una funzione vasta di pronto soccorso in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi sede di DEA e dei Punti di primo intervento territoriali che dovranno essere direttamente collegati allo Spoke di competenza.

In dettaglio, il pronto soccorso del DEA di II livello (Hub) deve compiere interventi diagnostico- terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione. Un DEA di secondo livello deve essere dotato di letto di Osservazione breve e letti per la Terapia subintensiva. Inoltre l'ospedale nel quale è presente il DEA di II livello deve essere dotato delle discipline di maggiore com-



plexità come cardiologia con emodinamica interventistica 24 ore su 24, neurochirurgia, cardiocirurgia e rianimazione cardiocirurgica, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica, endoscopia digestiva ad elevata complessità, broncoscopia interventistica, radiologia interventistica, rianimazione pediatrica e neonatale, servizi di radiologia con TAC ed ecografia (con presenza medica) 24 ore su 24, medicina nucleare e servizio immunotrasfusionale. La DEA di II Livello oltre al triage infermieristico si compone delle aree di trattamento dei codici d'accesso, di almeno otto posti

letto per l'osservazione breve intensiva e unità di ammissione ospedaliera e di altri otto posti letto tecnici, di cui quattro monitorati, di medicina d'urgenza-sub intensiva. Il pronto soccorso del DEA di primo livello (Spoke) dovrà compiere, invece, interventi diagnostici-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente e di ricovero. I casi di alta complessità saranno demandanti all'Hub di riferimento. Il DEA di primo livello deve essere dotato delle seguenti specialità: medicina generale, chirurgia generale, anestesia e rianimazione, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia (se prevista secondo lo standard di un determinato numero di parti in un anno), pediatria, cardiologia con U.t.i.c., neurologia, dialisi per acuti, endoscopia in urgenza, psichiatria, oculistica, otorinolaringoiatria e urologia. Dovranno essere presenti e disponibili 24 ore su 24 i servizi di radiologia con Tac ed ecografia, laboratorio e servizio immunotrasfusionale. Anche per i DEA di primo livello è previsto il triage infermieristico con relative aree di trattamento per i codici d'accesso, otto posti letto per l'osservazione breve intensiva e l'unità di ammissione ospedaliera e quattro posti letto monitorati per medicina d'urgenza-subintensiva. Il pronto soccorso di base deve, invece, compiere interventi diagnostico-terapeutici di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero o trasferimento urgente allo Spoke o all'Hub di riferimento. L'ospedale nel quale è presente il

pronto soccorso di base deve essere dotato di Medicina interna, chirurgia generale, ortopedia, anestesia e servizi di supporto in rete di guardia medica e in regime di pronta disponibilità 24 ore su 24 di radiologia, laboratorio ed emoteca. Nel pronto soccorso di base il triage infermieristico è obbligatorio solo se si registrano più di 25mila accessi all'anno, ci saranno aree di trattamento dei codici gialli, verdi e bianchi e un'area di stabilizzazione delle emergenze. Inoltre deve essere dotato di posti letto di osservazione breve intensiva in proporzione al bacino d'utenza e alla media degli accessi.

“La classificazione degli Hub e degli Spoke è stata fatta in funzione del ruolo svolto dal presidio ospedaliero”

La riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale acuzie o in struttura territoriale, porterà all'istituzione di postazioni medicalizzate del 118. Si tratta dei cosiddetti Punti di primo intervento territoriale (PPIT) direttamente affidati al 118. L'obiettivo è di trasferire alle cure primarie le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero, mantenendo rigorosamente separata la funzione d'urgenza da quella delle cure primarie. L'attivazione del Punto di primo intervento territoriale permetterà di razionalizzare la rete del pronto soccorso attraverso la riconversione di strutture non in grado di mantenere standard elevati di sicurezza delle prestazioni. Per rafforzare l'attuale rete territoriale di soccorso 118 e garantire i livelli di assistenza in urgenza, durante la riorganizzazione della rete ospedaliera, il Dipartimento salute della Regione Puglia ha definito in 158 il numero di mezzi primario e secondario. Di questi 39 mezzi complessivi e 14 automediche saranno impegnati nella Asl Bari, dodici mezzi e quattro automediche nella Asl Bat. Tra i criteri operativi, per garantire efficacia ed efficienza della rete di soccorso 118, c'è quello della contiguità territoriale delle centrali operative. Infine la nuova rete dell'emergenza-urgenza prevede l'utilizzo di un mezzo di elisoccorso per una previsione di un minimo di 600 interventi all'anno e un mezzo notturno per una previsione di 550 interventi all'anno.



IL DOPPIO PASSO DEGLI INFERMIERI

A Vietri sul Mare la professione discute di competenze avanzate ma registra un arretramento della disciplina

Antonia
LEOCI



Una professione che aspetta di compiere i passi in avanti (con le tante agognate “competenze avanzate”) ed intanto assiste ad un arretramento della disciplina. A volerla sintetiz-

zare, quasi fosse uno slogan, eccola la professione infermieristica che si confronta sul proprio essere nella realtà e nell’immaginario collettivo. L’occasione, ormai appuntamento tradizionale ad inizio estate, è stata fornita dalla tre giorni promossa dai Collegi Ipasvi di Bari e della Bat, ospitata a Vietri sul Mare. Incontri di formazione, per gli infermieri e i laureandi in infermieristica, con più di una venatura nel quale far scorrere le riflessioni di una categoria professionale alla continua conquista di spazi, nel mondo delle professioni sanitarie e in quello dell’università, che si fanno restringendo sempre più senza che mai si siano allargati per gli infermieri. Come ogni anno l’appuntamento convegnistico assume le caratteristiche degli stati generali della professione infermieristica. E nella prima giornata di dibattito, presieduta dal presidente del Collegio Ipasvi Bat, Michele Ragnatela, è stato Saverio Andreula, presidente del Collegio Ipasvi di Bari a fotografare lo stato di salute della professione infermieristica dalla formazione all’esercizio professionale. Che passa

dalle università all’interno delle quali la formazione dell’infermiere soffre della mancata definizione di un modello di riferimento unico per tutto il territorio nazionale. A ciò si aggiunga, sottolinea Andreula, come sia risibile il numero di professori ordinari e associati nelle università in cui è attivato il corso di laurea in infermieristica; che mancano chiari criteri per l’individuazione delle figure di preside e direttore di ogni corso attivato; siano carenti i criteri per l’individuazione dei professori afferenti al servizio sanitario nazionale e regionale e le relative modalità di remunerazione; e non ci siano criteri per l’individuazione dei “tutor” e le relative modalità di remunerazione. In pratica nel mondo universitario gli studenti di infermieristica continuano ad essere trattati

>>

11



come ospiti a cui si aggiunge un arretramento del riconoscimento professionale dell'infermieristica come professione intellettuale autonoma. Un arretramento contro il quale, ammonisce Andreula, c'è bisogno di un risveglio culturale da parte degli infermieri impegnati in politica, negli organismi di rappresentanza professionale e sindacale, ma anche quelli con funzione dirigenziale.

L'importanza assoluta di avere un professionista infermiere dedicato e integrato nell'organizzazione didattica, l'ha sottolineata anche il dottor Adolfo Stellato, ex direttore delle attività formative del corso di laurea in infermieristica dell'Università "Ruggi" di Salerno. Quello di Stellato, dal suo punto di osservazione, è anche un duro atto d'accusa nei confronti dei poli universitari: "I piani di studio vengono creati non sulla base di esigenze formative degli studenti, ma sulle richieste dei docenti a disposizione". E anche sulla figura dei tutor, spiega Stellato, "c'è una differenza non solo tra regioni, ma



anche tra aziende sanitarie". L'ex direttore della attività formative del CdI di infermieristica a Salerno, non risparmia accuse anche ad un sistema fin troppo "medico centrico" nella formazione infermieristica: "In Italia – spiega Stellato – ci sono solo tre infermieri docenti associati".

Numeri e situazioni che confermano l'assunto iniziale: la professione infermieristica attende di compiere passi in avanti, ma registra un arretramento. Che, spesso, si traduce in uno schiacciamento anche mediatico. Lo dicono i fatti (l'intervento di soli 43 secondi della presidente della Federazione nazionale, Barbara Mangicavalli alla trasmissione "Ballarò"), lo sottolinea con dovizia di particolare, durante la terza giornata di lavori, Francesco Falli, presidente del Collegio Ipasvi di La Spezia. Racconta, dati alla mano, come l'infermiere non faccia notizia e, quando finisce in prima pagina, quasi sempre è una sorta di "mostro" se non il responsabile di tutti i casi di malasanità. Salvo scoprire, nella gran parte delle situazioni, che non si trattava di un infermiere. Ecco,

allora, lo schiacciamento, la messa all'angolo nel mondo dei media e della comunicazione, subita dalla professione infermieristica. Questione che merita un altro scatto d'orgoglio o, se si preferisce, un ulteriore risveglio culturale, per raccontare come sia importante l'infermiere nel panorama delle professioni sanitarie e del mondo della salute.

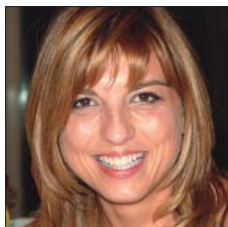




L'INFERMIERISTICA TRA NUOVI BISOGNI DI SALUTE

Obiettivi di finanza pubblica

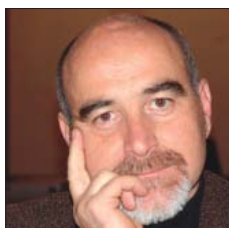
Elena
GUGLIELMI



Le sfide cui deve rispondere il sistema salute in Italia sono molteplici. Esse richiedono interventi a livello di modello istituzionale, di processi di implementazione e valutazione delle politiche sanitarie, di allocazione delle risorse economiche, di monitoraggio sulla correttezza ed efficienza dell'impiego

delle risorse economiche, di introduzione ed effettiva adozione di strumenti manageriali a tutti i livelli del sistema. Tutto questo per affrontare non solo le esigenze di carattere finanziario ma anche e soprattutto l'evoluzione del contesto ambientale nel rispetto del vincolo irrinunciabile di un sistema improntato all'universalità e all'equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi. Fattori, come la recessione economica, mettono a dura prova l'economia limitando le risorse a disposizione del sistema di finanziamento della sanità. Infatti, la diminuzione delle risorse complessivamente disponibili ha fatto emergere la necessità di manovre di contenimento dei costi come, ad

Giuseppe
MARANGELLI



esempio, l'aumento delle compartecipazioni alla spesa, la centralizzazione di alcune procedure di approvvigionamento, il blocco del turnover del personale. Fattori strutturali quali l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento epidemiologico, il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica sono ancora più rilevanti. Detti fattori presentano una tendenza evolutiva difficilmente reversibile e controllabile. Essi sono interdipendenti gli uni dagli altri; il loro effetto, si rinforza reciprocamente e questa reciproca interazione spiega l'aumento dei bisogni sanitari e la loro traduzione in domanda di servizi. L'aumento dell'aspettativa di vita, congiuntamente a un rallentamento nella natalità, ha prodotto un aumento della percentuale di popolazione anziana, corrisponde a un aumento dei bisogni assistenziali di base, dovuti all'età, ma anche a un cambiamento epidemiologico dalle conseguenze più ampie del semplice impatto finanziario. L'invecchiamento della popolazione è tra i fattori che, insieme agli stili di vita contribuiscono all'aumento dell'incidenza delle malattie croniche in tutti i paesi industrializzati. Secondo l'OMS, il 92% delle cause di mortalità in Italia è riconducibile a malattie non trasmissibili, costituite per più di due terzi da malattie cardiovascolari e tumori. Anche il cambiamento negli stili di vita influenza il cambiamento epidemiologico. Un altro problema è rappresentato dalle malattie legate all'eccessivo peso corporeo. Da un punto di vista socio-economico alcuni studi mostrano un'elevata correlazione tra tasso





di obesità e condizioni socio-economiche svantaggiate, nonché un aggravio della spesa sanitaria dovuta a questa condizione e alle malattie a essa correlate. Un ultimo, ma decisivo, fattore alla base del cambiamento epidemiologico e dei bisogni a esso collegati è la riduzione della mortalità specifica sulle patologie cardiologiche e tumorali. Ci si ammala di più ma si muore di meno per specifiche patologie croniche. Si muore per pluripatologie e dopo periodi più lunghi di cronicità. Questo fenomeno è in larga parte da attribuire alle dinamiche dell'innovazione scientifica e tecnologica in sanità. Invecchiamento della popolazione, cambiamento epidemiologico, innovazione tecnologica e maggiori aspettative dei cittadini sono tutti fattori concatenati il cui effetto complessivo pone una pressione verso l'aumento dei servizi e della loro qualità. Al contrario, la dinamica di base della crescita economica e, segnatamente in questa fase di recessione, il rallentamento dell'economia generale impone un restringimento delle risorse complessivamente destinate all'assistenza sanitaria. Le due dinamiche antitetiche potrebbero minacciare la sostenibilità del SSN o dei principi sui quali esso è fondato, universalità ed equità. Tale minaccia potrebbe rivelarsi fatale nell'assenza di adeguate azioni di cambiamento. Per scongiurare tale minaccia bisogna necessariamente agire mediante azioni aventi l'obiettivo di introdurre e valutare le politiche sanitarie, adottare sistemi di allocazione delle risorse basati su principi di costo-opportunità e fondati su modelli decisionali espliciti e soprattutto diffondendo sistemi manageriali che integrino visione strategia e orientamento alla performance. Sulla base di tali considerazioni si possono proporre appositi ambiti di intervento. Pertanto, è necessario: 1) approvare celermente i nuovi livelli essenziali di assistenza; 2) in considerazione del fatto che, soprattutto a partire dalla cosiddetta "terza riforma del SSN" (Legge 229/99), vi sono stati numerosissimi interventi di carattere parziale, settoriale, non di rado tra loro contraddittori, si ritiene utile un ripensamento e una ridefinizione del Sistema che recepisca in modo organico i seguenti elementi, pensare a un modello di assistenza orientato ad affrontare i bisogni e i problemi di salute connessi alla cronicità e a una popolazione con una rilevante incidenza di

anziani, piuttosto che a un modello assistenziale centrato sulle patologie, proporre modelli assistenziali basati su intensità del bisogno, continuità delle cure, presa in carico e organizzazione a rete in grado di coinvolgere diversi soggetti nel processo assistenziale, ridefinire un contesto di regole coordinate che consenta un equilibrato e corretto rapporto di collaborazione tra Stato e Regioni. Nel momento in cui le risorse economiche a disposizione del sistema di tutela della salute sono limitate, di conseguenza, si va incontro, irrimediabile al razionamento delle stesse. Pertanto, alcuni bisogni potrebbero restare insoddisfatti anche quando idealisticamente non si vorrebbe selezionare a priori i bisogni. Anche l'innovazione tecnologica che accelera impone un processo di selezione non solo coerente con gli obiettivi di bilancio, ma che tenga anche conto dei benefici. L'adozione di espliciti strumenti, accompagnati dalla formazione di un adeguato numero di persone dotate delle necessarie conoscenze, competenze e capacità, è uno degli interventi che consente di affrontare le situazioni di limitatezza di risorse, senza causare un razionamento implicito che penalizza soprattutto i gruppi, le aziende e le regioni più deboli. Inoltre, la necessità di sistemi di performance management è ormai consolidata in letteratura, e anche nel nostro SSN sono stati fatti importanti passi avanti nella definizione di sistemi di rilevazione, componente necessaria del performance management. Tuttavia, insieme all'eterogeneità delle esperienze sul territorio italiano, e al complessivo ritardo rispetto ai migliori riferimenti internazionali, è da sottolineare come la misurazione non produca, da sola, la diffusione di una cultura orientata alla performance. Ciò che manca oggi nelle aziende sanitarie non sono le misure, poiché è ormai copiosa la mole di indicatori sui vari aspetti della produzione e della gestione, del governo clinico, del perseguimento dell'efficienza, del rispetto degli equilibri economico-finanziari. Piuttosto si avverte l'esigenza di ragionare sulla qualità e significatività delle misure, e sul loro effettivo utilizzo nell'assumere decisioni fondamentali per lo sviluppo e il consolidamento delle aziende. Per rendere l'attuazione della strategia efficace, evitando sprechi di risorse, è necessario garantire coerenza tra la li-



nea strategica, i sistemi attuativi, i sistemi di controllo e, non ultimi, i sistemi di misurazione e valutazione delle performance. La sostenibilità non è soltanto un problema di finanza pubblica. Il SSN non può affrontare la crescente complessità dell'assistenza universale, equa e sostenibile focalizzandosi solo su una delle dimensioni rilevanti della performance, ovvero i costi. Il concetto di performance, perché rispecchi realmente la natura della tutela della salute, deve essere esteso alle molteplici dimensioni che ne caratterizzano le legittime aspettative. Soprattutto, le dimensioni rilevanti di efficienza, efficacia, equità e sostenibilità sono da perseguire in ottica di complementarità al fine di coniugare vincoli di bilancio e obiettivi strategici di fondo del sistema a livello delle politiche, delle scelte di allocazione delle risorse e dell'utilizzo di strumenti manageriali. Va infine osservato che nessuna normativa, nessuna riforma, nessuna semplificazione, nessun contenimento di spesa è sostenibile nel lungo periodo se non si agisce profondamente sui seguenti elementi il rilancio di una forte sensibilizzazione e tensione verso un "progetto di sistema salute", che risponda alle legittime attese dei cittadini. Il tema della tutela della salute, e non quello della spesa per la salute, deve ritornare a essere al vertice dell'agenda politica. Ciò significa che la tutela della salute come diritto della persona, perseguito con un sistema universale ed equo, non significa garantire "tutto a tutti gratuitamente", come a volte viene semplicisticamente e ideologicamente affermato, ma significa evitare che la disponibilità dei livelli essenziali di assistenza sia condizionata negativamente da condizioni di reddito, di patologie croniche o di altri fattori di emarginazione sociale e di esclusione. Inoltre, se è vero che in periodo di crisi anche il controllo e, a volte, anche la riduzione della spesa sono un obiettivo da perseguire, va sottolineato con forza che "la qualificazione della spesa per la salute" può diventare un potente strumento per sostenere la crescita e lo sviluppo economico. Una qualificata politica della salute si pone l'obiettivo di agire anche sull'incremento della spesa pubblica attivando sistemi di re-

sponsabilizzazione a tutti i livelli, dai cittadini chiamati a evitare un uso inappropriato o abuso di prestazioni e servizi, ai professionisti che, oltre a garantire l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia delle loro prestazioni, devono essere messi in condizione di operare in coerenza con il loro mandato, alle Aziende sanitarie e alla loro dirigenza, che deve perseguire elevati livelli di razionalità ed efficienza gestionale, alle Regioni che devono adottare adeguate politiche di razionalizzazione del sistema di offerta e di governo della domanda e attivare sistemi di monitoraggio e valutazione delle aziende, al Ministero della Salute, che deve sempre più essere in grado di dare indirizzi strategici al sistema e di supporto alle Regioni quando esse lo richiedono. In questo particolare momento è necessario attuar un piano di formazione a tutti i livelli in grado di immettere nel sistema conoscenze, competenze, capacità, attitudini richieste dal progresso scientifico, tecnologico e dall'evoluzione dei bisogni. I professionisti Infermieri, al pari di altri professionisti della salute, hanno davanti una situazione palesemente limitante. A tutti spetta tramutare tale limite in opportunità. In tale contesto l'unica risposta possibile, da parte di tutti, è quella di ricercare modalità operative capaci di mettere al centro del sistema sanitario il cittadino-utente con i suoi bisogni e le sue crescenti esigenze di servizi integrati e territorialmente vicini. Per raggiungere tutto questo è necessario proattivamente ricercare nuovi modelli organizzativi e assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti. Fondamentale, per il sistema sanitario, è poter contare su professionisti con specifiche e peculiari responsabilità (realizzazione di una chiara definizione di ruoli e competenze). Per non rischiare, ancora una volta, di perdere l'occasione di attuare l'indispensabile cambiamento, bisogna che tutti abbandonino le strade, già percorse e perdenti, dei corporativismi e delle contrapposizioni e rivendicazioni "professionali". In definitiva, bisogna esprire nuove vie, basate su convergenze, condivisioni e soprattutto sul coraggio di realizzare l'indispensabile e improcrastinabile cambiamento.

BIBLIOGRAFIA

- Ferrè & Ricci 2012. "L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto Oasi". Cantù E.



NURSE ON EYE

Infermieri in cerca di un'identità professionale

Savino
PETRUZZELLI



A seguito dell'articolo pubblicato sul "The Guardian" il 14 settembre 2015, dove vengono messi in evidenza quali possono essere gli stereotipi sulla percezione dell'infermiere,

Nurse Times risponde a questa necessità con un progetto editoriale, poi diventato studio di ricerca, intitolato Nurse On Eye, al fine di valutare quale potrebbe essere l'opinione pubblica su questa professione. Il progetto Nurse On Eye è nato per promuovere e valorizzare la figura infermieristica, evidenziando quale valore sociale viene assegnato alla professione. Tutti sanno quello che un infermiere è e fa, giusto? Eppure spesso tra i media vengono descritte storie di infermieri o episodi dove viene spesso evidenziata un'assoluta mancanza di comprensione della categoria professionale. Il punto di vista generico sugli infermieri è, fino a un certo punto, influenzato dagli episodi di malasanità trasmessi in tv, dalle soap opera, dai documentari occasionali e dagli articoli sanitari. Diverso è il riscontro di coloro che hanno vissuto la Sanità tramite la malattia, con esperienze dirette e non attraverso il sistema salute (hanno una visione più realistica). Il problema comunicativo avviene quando, di solito, in un percorso sanitario, qualcosa va male o c'è insoddisfa-

zione; le loro vicende raggiungono un pubblico più ampio e creano alla fine una visione distorta di cosa sia un infermiere e cosa faccia. La redazione di Nurse Times coglie ogni occasione per parlare del nuovo ruolo infermieristico, delle mutevoli tecniche assistenziali dei pazienti e dei motivi per cui i vecchi stereotipi sono divenuti ormai così inutili e dannosi. Il progetto Nurse On Eye attraverso il sito web: www.nursetimes.org raccoglie (tramite delle interviste) il punto di vista di personaggi pubblici che si sono distinti nello sport, nella musica, nella politica, nella moda e nello spettacolo al fine di evidenziare quello che gli altri pensano di noi, cercando di capire quale valore sociale viene assegnato alla nostra figura. L'analisi delle interviste raccolta finora mostra che non esiste al momento un metodo o strumento universale utile all'infermiere per trasmettere informazioni, bensì è necessario tenere conto di tutto il contesto in cui avviene il passaggio d'informazione. Questo comprende: le condizioni ambientali in cui avviene il passaggio, l'operatore che comunica l'informazione e l'utente che la riceve. L'informazione al paziente è parte integrante della professione del Nursing, tanto da poter affermare che l'infermiere che svolge solo l'aspetto pratico del proprio lavoro è un operatore incompleto. La comunicazione è l'essenza della "cura" ed è il canale tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure. L'informazione rappresenta comunque un aspetto dell'insieme della comunicazione formato da attori, messaggi (informazione), strumenti e soprattutto dal



processo circolare della relazione. L'intero insieme della comunicazione permette il passaggio dell'informazione, la conoscenza dei suoi componenti e variabili costituisce per l'infermiere il primo passo per affrontare l'argomento. Ricordiamo che la nostra è una professione silenziosa, e nulla della nostra formazione accademica e delle nostre ricerche scientifiche sulla migrazione dei bisogni del paziente viene portata all'esterno del mondo sanitario. Nessuno del importante che il grande pubblico, compresa la cittadinanza, razionalizzi il vantaggio di comprendere che le competenze infermieristiche sono fondamentali per migliorare in generale l'impatto che gli infermieri hanno sulla qualità della vita e la molteplicità dei ruoli che essi possono giocare nella società. Il tema dell'informazione ancora oggi è sempre più trattato e in diversi campi ne viene riconosciuta l'importanza attraverso numerose ricerche in corso; lo sforzo però

sembra essere diretto esclusivamente attraverso linee guida ed indirizzi di applicabilità scientifica della professione, trascurando il valore che questa professione può dare alla società attraverso un riconoscimento delle sue competenze sanitarie. Attraverso l'analisi delle interviste effettuate fino ad ora, pur con i suoi limiti, il progetto ha messo in luce nel campo dell'informazione il ruolo che svolge l'infermiere attraverso il suo operato quotidiano, evidenziando soprattutto un'assenza di consapevolezza di sé, del proprio ruolo e degli obiettivi professionali che deve adempiere. L'impegno, attraverso il progetto #NOE, è quello di raggiungere tutti i principali mezzi di comunicazione al fine di valorizzare l'operato della professione infermieristica, conosciuta finora solo da chi scrive all'interno di riviste strettamente specialistiche, mettendo alla luce la sua evoluzione e le funzioni dell'infermieristica moderna.

COSTITUZIONE DELLA SEZIONE "COMITATO INFERMIERI DIRIGENTI, SOCIETÀ SCIENTIFICA" REGIONALE PUGLIA

In data 9 luglio 2016, in Bari, si è proceduto alla costituzione della Sezione del Comitato Infermieri Dirigenti, Società Scientifica Puglia, alla presenza del Presidente Nazionale del Comitato Infermieri Dirigenti, Dott. Barbato Nicola. Anche la Puglia entra a far parte del gruppo delle regioni rappresentate all'interno del Comitato Infermieri Dirigenti nazionale, nell'ottica di in modo sinergico, al raggiungimento degli obiettivi indicati dallo Statuto di questa Società.

I Soci presenti all'incontro hanno eletto: Coordinatore CID per la Puglia il Dott. D'Addabbo Vincenzo; Vice Coordinatore CID per la Puglia il Dott. Marangelli Giuseppe; Vice Coordinatore CID per la Puglia il Dott. Martucci Mauro. Il CID Puglia, in linea con quanto sostiene il Comitato Nazionale, si farà promotore del: superamento delle disomogeneità presenti nel territorio regionale, nella struttura organizzativa di dirigenza infermieristica e delle professioni sanitarie, troppo spesso soggetta a "interpretazioni" e a volte negata; rafforzamento di tali strutture e l'articolazione in diversi livelli con ambiti di dirigenza e coordinamento specifici; accesso dei dirigenti infermieri a tutte le opportunità dirigenziali offerte dal sistema sanitario regionale; lo sviluppo di processi formativi specifici per la dirigenza in ambito socio sanitario attraverso percorsi integrati con enti accademici e imprenditoriali regionali, italiani ed esteri.

L'auspicio è che questa Sezione si arricchisca, sempre più nel tempo, della partecipazione attiva e dell'adesione di colleghi Infermieri interessati all'empowerment professionale e di poterlo condividere con i Collegi e gli Ordini Professionali, le Associazioni, le Istituzioni e gli Enti presenti sul territorio regionale.

Il Comitato di Coordinamento

Contatti:

Dott. D'Addabbo Vincenzo 393 1897288

Dott. Marangelli Giuseppe 339 3322092

Dott. Martucci Mauro 347 2944582

Mail: cidpuglia@gmail.com

IL DIARIO DI UNA DONNA

Tra esperienza e prevenzione per affermare il loro ruolo e la loro professionalità accanto al cittadino



Il 6 Maggio presso il Giovani Open Space di Barletta, si è svolta una tavola rotonda sulla prevenzione oncologica, che ha visto impegnati illustri relatori esperti in materia, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso ini-

ziative culturali. "Il Diario di una Donna: Tra esperienza e prevenzione" è un nuovo tipo di convegno nato dall'idea di infermieri che parla di prevenzione attraverso un racconto ed un coinvolgimento attivo di professionisti sanitari e di donne che hanno affrontato la malattia. Un avvenimento che è stato un momento di comunicazione per orientare il cittadino nella ricerca delle informazioni corrette, nella prevenzione e nella cura e per informare sul supporto di esistenti associazioni attive nel territorio che possono offrire aiuto per la prevenzione contro il tumore al seno. Hanno partecipato a questo convegno il senologo dott. Tommaso Divincenzo, il chirurgo dott.ssa Anna Russo, l'oncologo dott. Gennaro Caldarola Gadaleta, il psicoterapeuta dott.ssa Rosanna Saracino, gli infermieri dott. Savino Petruzzelli e dott. Michele Ragnatela, la Case Manager della Breast Unit di Barletta l'infermiera dott. Maria Teresa Brindicci, la nutrizionista dott.ssa Annamaria Pasquadibisceglie, l'avvocato Dina Matera, l'attrice ed interprete Stefania Di Palo accompagnata dalle testimonianze del "Movimento donne Breast Unit" della ASL BAT, la presidente dell'associazione "Donna a tutto tondo" dott.ssa Rita Dellisanti. L'evento è stato moderato dalla giornalista Floriana Tolve. La Breast Unit, partita da qual-

che anno presso il polo oncologico del Mons. Dimiccoli di Barletta, rappresenta una nuova opportunità di cura e assistenza, regolata da specifiche linee guida nazionali, che permette alla donna di affrontare il tumore al seno con la sicurezza di essere seguita da un team di specialisti dedicati, curata secondo i più alti standard europei, e accompagnata nell'intero percorso di malattia. In ogni tappa di tale percorso, il centro di senologia prevede la presa in carico di tutti i bisogni fisici e psicologici della donna affetta da una patologia complessa nelle sue diverse rappresentazioni. Gli infermieri dell'ordine IPASVI BAT, attraverso questo evento, hanno voluto sensibilizzare la società sul loro ruolo strategico nel Sistema Salute e richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sui valori di cui è portatrice la professione infermieristica, gli infermieri sono i primi protagonisti a diretto contatto con i pazienti bisognosi di cure per una sanità a portata di cittadino affermando il ruolo, la professionalità e l'immagine di professionisti capaci di trovare la soluzione ai bisogni di salute. Questo evento è stata un'opportunità a portata di ogni donna, dove l'infermiere diventa punto di riferimento per una sanità che è in continua evoluzione, quel professionista che *a tutti i livelli del sistema sanitario è riconosciuto come vitale per il rafforzamento dei sistemi sanitari. Gli infermieri presenti a tutti i livelli del sistema sanitario partecipano alla costruzione di politiche sanitarie basate sui bisogni della popolazione, infatti, l'assistenza infermieristica mette al centro le persone. Gli infermieri possono prendere le parti per sostenere, nella loro pratica, un approccio orientato alla salute del cittadino.*

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*

**INCOSTITUZIONALITÀ DELLA
NORMA CHE CONSENTE CONCORSI
RISERVATI: I LIMITI ALLA
RETROATTIVITÀ**

Tantissimi quesiti sulle procedure concorsuali e sulla nozione e legittimità della “riserva” per gli interni o per chi abbia determinati requisiti. In caso di dichiarazione d’incostituzionalità della norma che aveva consentito una procedura concorsuale riservata e non pubblica, il limite alla naturale retroattività della pronuncia non può essere costituito dalla definitiva approvazione della graduatoria, posto che quest’ultima definisce solo la fase prodromica alla costituzione del rapporto, che anche in seguito, resta condizionato, quanto alla validità, dall’atto presupposto. Non può quindi essere ravvisata una situazione giuridica irrevocabile o esaurita a fronte di un rapporto che sia ancora in atto e che sia sorto per effetto della norma dichiarata incostituzionale. Così la Sezione Lavoro della Corte di Cassazione, con la sentenza n. 14314/16, depositata il 13 luglio. La Corte di appello di Lecce riformando la sentenza del Tribunale di Taranto, accoglieva la domanda del medico proposta nei confronti dell’A.S.L. di Taranto e dichiarava l’illegittimità della risoluzione del contratto di lavoro a tempo indeterminato stipulato tra le parti con condanna della controparte alla reintegrazione del posto di lavoro. La Corte riteneva elemento fondante della sua decisione il fatto che la sentenza n. 42/11, con cui la Corte Costituzionale aveva dichiarato l’illegittimità dell’art. 3, comma 4, l. regione Puglia in base al quale era stato stipulato tra le parti il contratto a tempo indeterminato, non trovava applicazione trattandosi di rapporto esaurito, essendo la stipula del predetto contratto intervenuta in epoca anteriore alla sentenza della Corte Costituzionale. Avverso detta sentenza ricorre l’A.S.L. di Taranto. Gli effetti nel tempo delle sentenze di accoglimento della Corte Costituzionale. I motivi di censura vengono analizzati congiuntamente dalla Corte, che li ritiene fondati nella parte in cui addebitano alla sentenza impugnata, la violazione dei principi che regolano gli effetti nel tempo delle sentenze di accoglimento della Corte Costituzionale. Infatti, è consolidato nella giurisprudenza del Giudice delle leggi l’orientamento per

cui «l’efficacia retroattiva delle pronunce di illegittimità costituzionale costituisce principio generale, limitato solo dalla necessità di non compromettere la certezza dei rapporti giuridici e di evitare che la retroattività della dichiarazione di incostituzionalità possa pregiudicare altri diritti di rilievo costituzionale». Quindi, l’efficacia delle sentenze di accoglimento non retroagisce fino a travolgere le situazioni giuridiche divenute irrevocabili ovvero i rapporti esauriti, che restano regolati dalla legge dichiarata invalida e, detto limite alla retroattività, deve essere individuato nell’ambito dell’ordinaria attività interpretativa di competenza del giudice comune. È invece riservata alla Corte Costituzionale la graduazione degli effetti temporali della dichiarazione di illegittimità, quando questa sia imposta dalla necessità di assicurare una tutela sistematica e non frazionata di tutti i diritti di rilievo costituzionali coinvolti dalla decisione. Ma tale ultima ipotesi non ricorre nella fattispecie, dato che la Corte aveva dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 3, comma 40, l.r. Puglia n. 40/07, ossia della norma in forza della quale il concorso riservato era stato bandito, senza porre limiti alla naturale retroattività della pronuncia. È applicabile dunque il principio generale per cui «gli effetti dell’incostituzionalità non si estendono esclusivamente ai rapporti ormai esauriti in modo definitivo, per avvenuta formazione del giudicato o per essersi verificato altro evento cui l’ordinamento collega il consolidamento del rapporto medesimo, ovvero per essersi verificate preclusioni processuali, o decadenze e prescrizioni non direttamente investite, nei loro presupposti normativi, dalla pronuncia d’incostituzionalità». I limiti alla naturale retroattività della pronuncia. Nel sistema delineato dal d.lsg. n. 165/01 – che assegna al diritto pubblico le procedure concorsuali per l’assunzione dei dipendenti delle PA, mentre riserva al diritto privato la fase successiva della gestione ed esecuzione del rapporto – gli atti principali della procedura concorsuale presentano una duplicità di natura giuridica, poiché il bando e la graduatoria finale hanno la natura sostanziale di proposta al pubblico e di atto d’individuazione del futuro contraente. Sussiste quindi un legame inscindibile tra la procedura





concorsuale e il rapporto di lavoro con l'amministrazione pubblica, poiché la prima costituisce l'atto presupposto del contratto individuale, del quale condiziona la validità. L'approvazione della graduatoria e la successiva sottoscrizione del contratto individuale da un lato segnano il limite all'esercizio del potere di autotutela, ma dall'altro non impediscono al datore di lavoro di far valere l'assenza del vincolo contrattuale conseguente la nullità delle operazioni concorsuali. Da ciò discende che ove venga dichiarata – come nel caso sub specie – la incostituzionalità della norma che aveva consentito la procedura concorsuale riservata e non pubblica, il limite alla naturale retroattività della pronuncia non può essere costituito dalla definitiva approvazione della graduatoria, posto che quest'ultima definisce solo la fase prodromica alla costituzione del rapporto, che anche successivamente, resta condizionato, quanto alla validità, dall'atto presupposto. Non può quindi essere ravvisata una situazione giuridica irrevocabile o esaurita a fronte di un rapporto che sia ancora in atto e che sia sorto per effetto della norma dichiarata incostituzionale. Diversamente, si finirebbe per mortificare gli interessi che la norma costituzionale mira a salvaguardare, posto che, com'è noto, il criterio di accesso al lavoro pubblico mediante concorso, aperto alla generalità dei soggetti in possesso dei requisiti richiesti, è strumentale alla realizzazione del buon andamento della PA, poiché consente di selezionare i più meritevoli attraverso il metodo comparativo. Tutto ciò trova poi conferma nella motivazione della sent. n. 73/13 con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 1, comma 2, l.r. Puglia n. 11/12, che, in considerazione della dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 3, comma 40, l.r. n. 40/07, aveva autorizzato le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale ad avvalersi delle graduatorie formate all'esito delle procedure riservate per concludere contratti di lavoro a tempo determinato della durata di 6 mesi, in attesa dell'espletamento dei concorsi pubblici., ha La Corte infatti, dopo aver osservato che la necessità di garantire la continuità dell'azione amministrativa non è ragione sufficiente per derogare al principio del concorso pubblico evidenziato che «contrastava con l'art. 97 Cost. l'utilizzazione delle graduatorie formatesi all'e-

sito di procedure non rispondenti al principio del pubblico concorso» ed ha ritenuto violato il giudicato costituzionale, perché il legislatore regionale aveva preteso di utilizzare gli esiti della procedura di stabilizzazione, pur a fronte della ritenuta illegittimità costituzionale della stessa. La disposizione in esame, ha infatti reso esplicito un precetto già desumibile dai principi generali relativi alla efficacia delle sentenze della Corte Costituzionale ed ai rapporti tra procedimento concorsuale e stipulazione del contratto di lavoro. La norma, inoltre, ha voluto rendere ugualmente esplicito il principio in forza del quale la necessità di assicurare il buon andamento e l'imparzialità della PA impone l'immediato ripristino della legalità attraverso la rimozione degli atti affetti da nullità.

LE NUOVE REGOLE DEL LICENZIAMENTO DISCIPLINARE NEL PUBBLICO IMPIEGO

Il d.lgs. n. 116/2016, recante le nuove sanzioni disciplinari per i cosiddetti “furbetti del cartellino”, è stato pubblicato nella G.U. del 28 giugno 2016, la n. 149/2016: per le false attestazioni della presenza in servizio, poste in essere dal 13 luglio, scatterà l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente pubblico. Falsa attestazione della presenza in servizio. Il decreto, infatti, modificando l'art. 55 quater del d.lgs. n. 165/2001, introduce la definizione di falsa attestazione della presenza in servizio, ovvero “qualunque modalità fraudolenta posta in essere, anche avvalendosi di terzi, per far risultare il dipendente in servizio o trarre in inganno l'amministrazione presso la quale il dipendente presta attività lavorativa. Circa il rispetto dell'orario di lavoro dello stesso, si prevede, per le condotte fraudolente accertate in flagranza, mediante strumenti di sorveglianza o di registrazione degli accessi o delle presenze, l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente (fatto salvo il diritto all'assegno alimentare), senza obbligo di preventiva audizione dell'interessato e con provvedimento motivato da disporsi comunque entro 48 ore. Inoltre, si stabilisce che con il provvedimento di sospensione cautelare si procede, altresì, alla contestuale contestazione per iscritto dell'addebito e alla convocazione del dipendente per il contraddittorio a sua difesa in-



nanzi all'Ufficio di cui all'art. 55 bis, co. 4, che deve concludere il procedimento disciplinare entro 30 giorni dalla ricezione, da parte del lavoratore, della contestazione dell'addebito; dispone che l'omessa attivazione del procedimento disciplinare e l'omessa adozione del provvedimento di sospensione cautelare, senza giustificato motivo, costituiscono illecito disciplinare punibile con il licenziamento del dirigente o del responsabile di servizio competente. In conclusione: non vi possono essere vizi formali e/o sostanziali per evitare il licenziamento nel caso di falsa attestazione della presenza.

**DECESSO DI UN DIPENDENTE:
IMPOSSIBILE DIMOSTRARE IL
NESSO CAUSALE TRA ATTIVITÀ
SVOLTA E MALATTIA**

Qualificare la c.d. malattia professionale che si differenzia dall'infortunio sul lavoro. I condivisibili principi di diritto consolidati possono operare solo una volta che si sia accertato che il lavoratore abbia effettivamente svolto delle mansioni che comportino una esposizione a rischio presunta in via legale in connessione con determinate malattie, ma non ove le mansioni espletate siano fattualmente diverse da quelle che la legge pone in connessione con una certa malattia. Lo ha deciso la Corte di Cassazione con la sentenza n. 14202/16, depositata il 12 luglio. Le eredi di un lavoratore chiedevano, a titolo personale ed ereditario, la condanna di una S.p.a. al risarcimento dei danni di carattere biologico, morale, esistenziale, patrimoniale conseguenti al decesso del suddetto congiunto avvenuto per motivi da ricondurre all'attività lavorativa espletata alle dipendenze della società convenuta, nello specifico l'inalazione di fumi di saldatura contenenti sostanze cancerogene.

Il Tribunale rigettava la domanda; la Corte d'appello rigettava l'appello delle eredi sulla base del fatto che la persona in questione controllava le lavorazioni come capo-squadra e dunque non era un operaio saldatore e il lavoro, in ogni caso, era stato svolto all'aperto. La Corte d'appello ha correttamente accertato le effettive mansioni svolte dal dipendente, verificando che i medici erano partiti da un presupposto fattuale erroneo e cioè che il dipendente avesse svolto direttamente ed in prima persona le mansioni del

saldatore. Ma non stando così le cose, non sussisteva il genere di esposizione a rischio dedotto nel ricorso. Si tratta, in sostanza, di un accertamento di fatto, motivato congruamente e con specifici riferimenti ad elementi probatori testimoniali, mentre le censure sono squisitamente di merito, dirette ad una "rivalutazione del fatto", come tale inammissibile in questa sede. La Corte d'appello ha, dunque, verificato l'insussistenza di elementi di prova sufficienti per dimostrare il nesso causale tra le attività concretamente svolte e l'evento dannoso, e anche l'omissione di cautele doverose ex art. 2087 c.c.. Con il motivo si vuole, in realtà, censurare un accertamento di fatto visto che i condivisibili principi di diritto consolidati possono operare solo una volta che si sia accertato che il lavoratore abbia effettivamente svolto delle mansioni che comportino una esposizione a rischio presunta in via legale in connessione con determinate malattie, ma non ove le mansioni espletate siano fattualmente diverse da quelle che la legge pone in connessione con una certa malattia. Il ricorso va pertanto rigettato. Respinta la richiesta avanzata nei confronti dell'INPS. Decisiva la mancanza di prove sulla dipendenza economica del figlio, invalido con accompagnamento, dal padre. Chiara l'attestazione relativa allo 'stato di famiglia': moglie, marito e quattro figli. Ciò non è sufficiente, però, per puntare alla pensione di reversibilità.

Decisiva, difatti, la mancata prova sulla dipendenza economica dal padre (Cassazione, ordinanza n. 14346/16, sezione Sesta Civile, depositata il 13 luglio). A chiedere «il riconoscimento della pensione di reversibilità» sono i nipoti. Essi puntano sul diritto spettante al loro «genitore, figlio maggiorenne inabile vivente a carico del padre», cioè del loro «nonno». Dall'Istituto nazionale di previdenza sociale, però, risposta negativa. E questa posizione viene condivisa anche dai giudici, sia in Tribunale che in Corte d'Appello: manca, difatti, la «prova» della cosiddetta «vivenza a carico». Su questo fronte è emerso analizzando lo «stato di famiglia» che «il nucleo risultava composto da moglie e quattro figli», oltre il marito – cioè il nonno –, senza però «alcuna annotazione sulla convivenza» del figlio «invalido civile» – con relativa «indennità di accompagnamento» –, che, anzi, aveva «residenza in luogo



diverso» rispetto al genitore. A chiudere ogni discussione provvedono ora i Magistrati della Cassazione, respingendo definitivamente le pretese avanzate dai nipoti. Decisiva la constatazione che non è stato dimostrato che, «al momento del decesso», il pensionato provvedesse al «mantenimento» del «figlio invalido». Tale elemento è fondamentale. Soprattutto perché, evidenziano i giudici, «in caso di morte del pensionato, il figlio superstite ha diritto alla pensione di reversibilità, ove maggiorenne, se riconosciuto inabile al lavoro e a carico del genitore». Su quest'ultimo punto, poi, va tenuto presente che «il requisito della 'vivenza a carico' non si identifica indissolubilmente con lo stato di convivenza né con una situazione di totale soggezione finanziaria del soggetto inabile», ma è comunque necessario dimostrare, concludono i Giudici, che «il genitore provvedeva, in via continuativa e in misura quantomeno prevalente, al mantenimento del figlio».

CCXX

DIPENDENTE COMUNALE MAGGIORA LO STIPENDIO SUO E DELLA SORELLA: NON C'È DIFESA CHE TENGA E REFUSO CHE LA SALVI

Dopo i furbetti del cartellino, i furbetti della busta paga. In materia di procedimento disciplinare, il dipendente convocato per il contraddittorio a sua difesa, nel caso in cui non si presenti, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave e motivato impedimento, può chiedere un rinvio. E' quanto sostenuto dalla Corte di Cassazione nella sentenza n. 14106/16, depositata l'11 luglio. Una donna adiva il Giudice del Lavoro per impugnare il licenziamento che le era stato intimato dal Comune dove prestava servizio come addetta all'ufficio contabilità del personale. Da alcuni controlli effettuati presso la tesoreria comunale, era risultato che sia la ricorrente che sua sorella avevano percepito una retribuzione maggiore di quella dovuta. Versione, questa, che veniva confermata dalla stessa donna nel corso di dichiarazioni spontanee rese al Commissariato, nel corso delle quali affermava di essere stata la responsabile delle predette maggiorazioni.

Nonostante questo, tuttavia, contestava il licenziamento in quanto – a suo dire – irrogato in virtù di un comma di una norma inesistente nel

regolamento disciplinare. Lamentava, inoltre, che tale provvedimento non solo era superfluo in quanto vi era già stata la sospensione del servizio ma anche che il Comune non le aveva dato la possibilità di difendersi adeguatamente. Tutte censure respinte in appello. La donna, pertanto, ricorre in Cassazione. La dipendente, come anticipato, lamenta la violazione del principio del contraddittorio: la sanzione espulsiva, infatti, era stata comminata senza darle previamente la possibilità di difendersi.

La Suprema Corte non è dello stesso parere: allineandosi a quanto sostenuto dai Giudici di secondo grado, essa afferma che gli addebiti erano stati contestati alla donna per ben due volte; già la prima contestazione, peraltro, era sufficientemente circostanziata e tale da consentire alla donna di comprendere pienamente i fatti che le venivano imputati, fatti che la stessa aveva poi confermato in Commissariato. Una successiva audizione dell'interessata risultava, quindi, assolutamente superflua.

D'altro conto, l'art. 55-bis, d.lgs. n. 150/2009 prevede, per il dipendente che non voglia presentarsi per il contraddittorio orale, la possibilità di inviare una memoria scritta o di formulare una istanza di rinvio in caso di grave impedimento. Ora, nel caso di specie, se è vero che il Comune non aveva convocato la dipendente per l'audizione orale, altrettanto vero è che quest'ultima si è avvalsa della modalità di difesa alternativa – la memoria scritta – prevista dal predetto articolo. Da sottolineare come la stessa Corte di Cassazione ha più volte evidenziato che va attribuito rilievo alla possibilità che l'incolpato abbia avuto modo di essere messo al corrente dell'addebito e, quindi, di disculparsi, approntando una difesa efficace, senza rischiare di essere giudicato per fatti diversi da quelli ascrittigli o diversamente qualificabili.

Ciò anche per iscritto. Per quanto riguarda, poi, il fatto che il licenziamento fosse stato intimato sulla base di una parte di norma inesistente, correttamente la Corte d'appello ha affermato che si è trattato di un refuso, subito qualificando i fatti in modo corretto dal punto di vista dei riferimenti normativi, in via residuale ma comunque in linea con il comportamento della ricorrente. Alla luce di quanto detto il ricorso si intende respinto.



GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE

In persone sordocieche e pluriminorate psicosensoriali, non comunicanti

Giuseppe
GUGLIELMI



La sordociecit      una condizione di disabilit   specifica di organi di senso fondamentali per le attivit   di vita quotidiana. Questa ricerca nasce dall'esperienza lavorativa presso la Lega

del Filo d'Oro, sede di Molfetta, a stretto contatto con una categoria di disabilit   molto specifica e particolare: quella dei sordociechi e pluriminorati psicosensoriali. La Lega del Filo d'Oro    una ONLUS, nello specifico un Centro Socio Sanitario con servizi Residenziali, Diurni e Territoriali, di ramata in tutta la nazione, sede centrale a Osimo col Centro Diagnostico e altre sedi a Molfetta, Lesmo, Modena, Termini Imerese, Roma e Napoli. Nel particolare del C.S.S.R. di Molfetta vengono ospitati 40 utenti in regime residenziale e 15 utenti in regime diurno, sia uomini che donne delle pi   svariate et  , se consideriamo il servizio territoriale. Gli obiettivi ultimi della Lega del Filo d'Oro sono quelli di assistere, educare, riabilitare e soprattutto reinserire nella famiglia e nella societ   le persone sordocieche e pluriminorate psicosensoriali. Ben si evince il carattere predominante del settore educativo/riabilitativo della struttura dove la parte egemone degli operatori    formata da educatori supportati dagli operatori socio sanitari, affiancato da un settore sanitario

formato da medico di struttura, infermieri, fisioterapisti e consulenti specialistici vari.    possibile affermare che in generale una approfondita indagine diagnostico-riabilitativa, una organizzazione sanitaria specialistica, l'elaborazione di un piano educativo e riabilitativo, un servizio di consulenza tecnica rivolto tanto agli operatori quanto alle famiglie, ed infine la ricerca, fanno della Lega del Filo d'Oro una realt   capace di competere con analoghe situazioni a livello europeo, e non solo. Considerazione centrale per la buona riuscita dell'intervento rieducativo - assistenziale    sicuramente rappresentato dalla coordinazione e dalla congruenza del lavoro di ogni specialista del centro sul medesimo soggetto. A nulla servono sofisticate teorie ed avanzati strumenti se vi    frammentazione del percorso riabilitativo. Perci  , in tutte le sedi dell'Azienda, spiccata validit   viene conferita alla mansione del Coordinamento di ogni peculiare area di competenza. Con la specifica Legge del 24 Giugno del 2010, n  107 "Misure per il riconoscimento dei diritti delle persone sordocieche" la sordociecit   viene finalmente considerata come disabilit   unica, con indennit   unificata di sordit   civile e cecit   civile, prevedendo ulteriori misure di sostegno specifiche per l'integrazione sociale. Dal punto di vista clinico, essenzialmente le cause di sordociecit   sono date da fattori genetico/ereditari come la sindrome di Uscher (sordi congeniti che perdono la vista nell'et   adulta) o la Retinite Pigmentosa (malattia ereditaria degenerativa della retina che danneggia in fasi progressive la fa-



coltà della vista, a causa del deterioramento dei bastoncelli e dei coni), infezioni virali/batteriche come Rosolia e Citomegalovirus, prematurità, traumi, tumori, malattie rare come la sindrome di CHARGE (difetto oculare, difetto cardiaco, difetto delle coane nasali, ritardo mentale, malformazioni congenite dei genitali, malformazione congenita dell'orecchio). Molto di frequente, al deficit visivo e uditivo si associano minorazioni quali ritardo mentale/evolutivo, problematiche comportamentali e, spesso, disabilità motorie. Quindi, è logica deduzione la complessità dell'utenza trattata, soprattutto se si pensa alla grande difficoltà che incontra una persona con queste deficienze anche in un gesto quotidiano per noi molto semplice e automatico quale potrebbe essere, per esempio, l'autonomia nel vestirsi, il benessere psicologico con rapporti empatici ma, soprattutto, difficoltà legate alla comunicazione dei propri bisogni primari. Tra i bisogni primari risulta essere la comunicazione del dolore, considerato non solo come esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata più o meno a danno d'organo, ma anche ormai come fondamentale parametro vitale da valutare e inserire in cartella clinica e, quindi, infermieristica (Legge n. 38 del 15/03/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"). La valutazione del dolore è indice di miglioramento della qualità assistenziale in quanto, il dolore non trattato da sintomo diventerà segno poiché si verificheranno modificazioni della mimica facciale, modificazioni dello stato cognitivo/comportamentale, alterazione della vita di relazione/socializzazione, depressione, ansia, aggressività, disturbi del sonno, difficoltà di deambulazione, indirettamente, incremento dei costi sanitari, riduzione della qualità assistenziale. La sperimentazione è stata un trial sulla qualità di vita, nello specifico è stato fatto uno studio longitudinale prospettico analitico con raccolti dati in un arco di tempo di due settimane. Essendo in via sperimentale si è deciso di prendere come campione un gruppo di 26 utenti sordociechi e pluriminorati psicosensoriali del centro residenziale, 18 uomini e 8 donne in un range di età compresa tra i 25 e 50 anni. Si è posto come primo obiettivo dello studio quello di valutare il dolore

in utenti sordociechi e pluriminorati psicosensoriali e, secondariamente, nel momento in cui lo studio si verifici efficace ed efficiente, acquisirne la metodologia affinché la valutazione del dolore diventi una pratica strutturata e permanente. Per eseguire questa tipologia di valutazione si è preso in considerazione una scheda validata quale è la NOPPAIN (Non Communicative Patients Pain Assessment Instrument) adeguata poi alla specifica disabilità: check-list eseguita durante le autonomie dell'utente per valutare manifestazioni comportamentali da dolore. Si è scelto come momento di valutazione l'arco di tempo in cui l'utente effettua le sue autonomie, soprattutto di prima mattina, e durante l'alimentazione, basandosi sul principio che durante queste attività il paziente sviluppi la maggior parte dei movimenti che riesce ad effettuare. La scheda è stata compilata durante o subito dopo aver terminato le attività. Si è prevista per il personale una breve formazione, attuata con materiale audio-visivo, per acquisire corrette modalità di compilazione e determinazione del punteggio. Nella scheda è presente un riquadro contenente generalità di utente ed operatore che esegue la valutazione; non necessariamente è un infermiere colui che compila la scheda di valutazione ma potrebbero essere un educatore o un o.s.s., figure a maggiore contatto con l'utenza nel momento delle autonomie. La scheda presenta altre quattro aree così strutturate:

- prima area di valutazione "Scheda di controllo delle attività": elenco di 9 attività assistenziali svolte da/con l'utente e segnala i passaggi in cui è stato osservato eventuale dolore (punteggio da 0-9). Per ogni attività assistenziale da valutare viene richiesto di segnare la casella "SI" o "NO" nelle due colonne che affiancano il quesito di valutazione;
- seconda area di valutazione "Comportamento da dolore": sono rappresentati graficamente 6 comportamenti da dolore e valuta l'intensità di ogni comportamento su una scala Likert a 6 punti (punteggio da 0-36);
- terza area di valutazione "Intensità del dolore": valutazione su scala numerica da 0 (dolore assente) a 10 (dolore peggiore possibile) dell'intensità massima del dolore osservato durante le autonomie;



• quarta area: dalla sommatoria dei punteggi parziali (totale 1, totale 2a, totale 2b e totale 3) si ricava un punteggio totale (Totale Noppain) che varia da 0 a 55. Secondo le linee guida della scheda NOPPAIN, un punteggio superiore a 3 indica verosimilmente dolore che il personale infermieristico e medico dovranno approfondire con gli esami opportuni del caso. Il valore “3”, a nostro parere, sembrerebbe obiettivamente una soglia troppo bassa per confermare una effettiva presenza di dolore. Si studierà un eventuale adeguamento del suddetto valore, adeguata evidentemente all’utenza trattata. Per verificare la sperimentazione, si è pensato di sviluppare due osservazioni contemporanee dello stesso campione un “Self Reporting” in cui veniva chiesto all’operatore di riferimento di evincere eventuali comportamenti da dolore in maniera soggettiva, senza l’utilizzo della scheda NOPPAIN, utilizzo della NOPPAIN, dove un secondo operatore seguendo le stesse attività, compilava la check-list NOPPAIN. Le osservazioni sono state fatte per due settimane, alla fine delle quali si sono evinti dati non sovrapponibili tra valutazione “Self-reporting” e NOPPAIN. Col “Self-reporting” si è desunto che quasi il 70% del campione sembrerebbe non avere alcun dolore, poco più del 20% sembrerebbe presentare un dolore lieve e quasi il 10% presenterebbe dolore moderato; un solo utente presenterebbe dolore intenso.

Di contro con la NOPPAIN, invece, la percentuale di campione con assenza di dolore diminuisce di un terzo circa, arrivando a quasi al 50%. Raddoppia, invece, il campione con presenza di dolore lieve che passa da quasi il 20% a superare il 40% del campione. Rimangono pressoché invariate le percentuali di utenti con dolore moderato ed intenso. Numericamente, dei 26 utenti facenti parte del campione, in 14 hanno presentano effettivamente dolore. Con una più attenta valutazione clinica ed approfondimenti medico-strumentali, si è visto che

le sedi di dolore più ricorrenti sono 22% articolazioni, 14% testa, 7% rachide, 21% epigastrica, 36% da approfondire. Questo studio di certo ci ha permesso, oggettivamente, di individuare dolore in utenti che non riuscivano ad esprimerlo proprio per le loro deficienze sensoriali e indirettamente si è avuto senza dubbio un miglioramento della qualità assistenziale.

Ovviamente lo studio proseguirà cercando di ricavare sempre più dati oggettivi e valutabili in un campione sempre più grande. In un contesto di utenza così variopinto, non dobbiamo dimenticare che molto spesso non è facile interpretare un comportamento, ancor di più se quel comportamento è la spia d’allarme di espressione non palesata di un determinato dolore. È, quindi, richiesta una profonda conoscenza dell’utente. La scheda NOPPAIN è una check-list di valutazione di comportamenti da dolore, quindi, si può ben capire che non è sempre chiaro dal punto di vista clinico quando si necessita terapia/approfondimenti in base al punteggio NOPPAIN.

E, quindi, si spiega il 36% del campione che merita approfondimento sulla individuazione del dolore. Interessante compito sarà approfondire potenziali e reali cause tanto educativo-comportamentali quanto fisico-organiche. Ci si auspicherà una diffusione della procedura in maniera routinaria e a livello aziendale così da raggiungere il secondo obiettivo prefissatoci nella sperimentazione. Senza dubbio è stata una esperienza più che positiva, come confronto e lavoro comune tra le diverse figure coinvolte (infermieri, medico, educatori, o.s.s.). In conclusione, questa esperienza vuole contribuire ad attirare l’attenzione su un fenomeno ancora sottovalutato nella clinica, per il quale la ricerca, anche e soprattutto quella infermieristica, potrà dare un importante contributo, aiutando il sordocieco e pluriminorato psicosensoriale a potersi esprimere nonostante le sue deficienze.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- LEGGE 24 giugno 2010, n. 107 (Misure per il riconoscimento dei diritti delle persone sordocieche). (10G0128) (GU n.161 del 13-7-2010)
- Brugnolli A., La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo, AIR, 2013, 26 (1): 38-45
- RNAO, Nursing Best Practice Guidelines: assessment & management of pain, November 2002, Revised 2014

LA QUALITÀ DELLA VITA

Paziente con carcinoma del colon retto sottoposto a trattamenti chemioterapici in relazione alla fatigue

Sabino
FRISARIO



Negli ultimi anni l'interesse dei sanitari si è spostato dalla malattia al malato, questo ha avvantaggiato l'assistenza verso i sintomi del paziente oncologico come la fatigue, e di conse-

guenza si sono sviluppati anche un numero sempre maggiore di strumenti di valutazione il cui valore per la pratica clinica, essendo stati principalmente utilizzati nel campo della ricerca, è tuttavia discutibile. Una definizione precisa sulla qualità di vita non c'è, ma molti, tra gli studiosi e organizzazioni, concordano che sia un fenomeno soggettivo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce la salute uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità. La qualità della vita riferisce ad una valutazione soggettiva con implicazioni positive e negative. E' un insieme multidimensionale nel quale si intersecano una rete di relazioni, aspettative e bisogni soggettivi e oggettivi. Il tumore del colon retto o carcinoma del colon retto è causato dalla proliferazione incontrollata delle cellule della mucosa che riveste le pareti interne dell'organo. Se un tumore del colon retto viene rilevato in tessuti od organi diversi si definisce "cancro del colon retto metastatico". Le metastasi vengono denominate in base alla loro loca-

lizzazione. Se si trovano nel fegato vengono chiamate «metastasi epatiche da cancro del colon retto». Il 25% dei pazienti a cui è diagnosticato il tumore del colon retto si trova già in fase metastatica. Invece, tra i pazienti con tumore del colon retto diagnosticato in fase di malattia localizzata, il 50% sviluppa metastasi nel periodo post-operatorio. La conoscenza dello stadio della malattia è importante per fornire al paziente delle cure il più possibile appropriate, e per formulare una probabile prognosi. Nel carcinoma del colon sono identificabili quattro stadi:

- STADIO 0: il carcinoma in stadio molto precoce, localizzato alla mucosa, il tessuto che tappezza il lume del colon, senza invaderla in tutto il suo spessore;
- STADIO I: il carcinoma invade tutto lo spessore della mucosa e raggiunge la membrana che la separa dagli strati più esterni;
- STADIO II: il carcinoma si è diffuso agli strati di tessuto muscolare del colon;
- STADIO III: il carcinoma si è diffuso ai linfonodi;
- STADIO IV: il carcinoma si è diffuso ad altri organi (metastasi).

Mediante la scala di valutazione come SF-36 è stato effettuato uno screening per ottenere miglioramenti nella gestione clinica nei pazienti e nella soddisfazione delle cure.

La SF-36 è un questionario sullo stato di salute del paziente che è caratterizzato dalla brevità (mediamente il soggetto impiega non più di 10 minuti per la sua compilazione) e dalla precisione (lo strumento è valido e riproducibile). Lo SF-36 è composto



da 36 item che esplorano 8 aree, l'Attività fisica, il ruolo e la salute fisica, il Dolore fisico, la Salute in generale, la Vitalità, le Attività sociali, il ruolo e lo stato emotivo, la Salute mentale e il cambiamento nello stato di salute. L'utilizzo dei diari nell'educazione terapeutica come strumento educativo nella gestione della fatigue relazionata al cancro, rimane poco diffuso o non documentato scientificamente. In letteratura l'impiego del diario nella gestione della fatigue riguarda principalmente l'attività di raccolta dei dati come strumento di monitoraggio dei sintomi quotidiani e del livello di fatigue, mentre è poco diffuso il suo utilizzo per de-

scrivere gli aspetti emozionali e le strategie adottate dai pazienti per affrontare la fatigue. Il nostro studio ha come obiettivo specifico la misurazione della qualità della vita in pazienti affetti sottoposti a trattamenti chemioterapeutici in associazione alla fatigue risentita. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nella fase di valutazione della fatigue ed è essenziale instaurare una buona relazione col paziente per identificarla. Il paziente dovrebbe essere interrogato sulla presenza di fatigue e di altri sintomi e sul livello con cui la fatigue predomina sulle altre cause di disagio. Il paziente deve essere educato sull'utilizzo di strategie per gestire la fatigue, come conservare l'energia (stabilire delle priorità, programmare attività), distrazioni (musica, lettura), gestione dello stress (tecniche di rilassamento, esercizio mentale) al fine di portare a livelli ottimali la qualità di vita. I test sono stati effettuati in due tempi:

- tempo 0 (T0), basale (al momento della visita);
- tempo 1 (T1), dopo un mese (al momento in cui si sottoponevano a trattamenti chemioterapeutici).

Nel contempo tra il T0 e il T1 si è pregato il paziente di compilare un diario dove descrivere mediante apposite crocette il livello di fatigue nei vari giorni di trattamento, in modo da poter poi valutare come il trattamento influisce sulle forze del paziente. Sottoponendo poi il diario della fatigue al

Medico Oncologo e poi, alla dimissione, al Medico di Medicina Generale, si potrà visualizzare l'andamento e individuare la terapia farmacologica più efficace.

Al momento dell'ingresso nell'ospedale del paziente si è evidenziata una reazione particolarmente sfavorevole alla cronicità della malattia, mostrando uno stato emotivo, una percezione del proprio ruolo fisico, una percezione della fisicità dei pazienti, parti-

colamente negativi a tempo 0; inoltre si sono evidenziati importanti risultati relativamente al miglioramento della qualità di vita, della salute generale, dell'interazione con l'ambiente, relativa-

“Il ruolo dell'infermiere è fondamentale nella fase di valutazione della fatigue”

mente ai diversi aspetti psico-sociali della quotidianità in particolare riguardanti la qualità delle relazioni sociali, e una migliore percezione del cambiamento dello stato di salute, che si collega ad una sensibile riduzione del dolore fisico. In seguito al mese di terapia si nota un miglioramento nella descrizione della fatigue percepita al T1 dovuta al confronto più accurato col Medico Oncologo tramite l'utilizzo del diario, definito dai pazienti come “il loro pensatoio”; è possibile notare come il livello di fatigue sia diminuito, infatti aumenta la percentuale del fatigue lieve rispetto a quella della fatigue molto forte. La qualità di vita del paziente oncologico gioca, dunque, lungo un insieme complesso di relazioni ed è direttamente correlata alla qualità delle cure che riceve. Questa ricerca sperimentale, volta a valutare il grado di soddisfazione del paziente, per verificare la relazione fra miglioramento della qualità di vita e miglioramento della fatigue mediante un vero intervento infermieristico, dove l'essere educatore in tali dinamiche viene prima di tutto. Alleviare i sintomi fisici e fornire un supporto psicologico costituisce l'obiettivo principale per migliorare la qualità della vita del paziente, ma non deve bastarci. Essendo professionisti abbiamo il dovere di accompagnare in questo doloroso percorso i nostri pazienti, che riescano a superarlo oppure no e non dobbiamo spaventarci se, ogni tanto, le loro ci sembreranno debolezze insormontabili.



INFERMIERISTICA: I PIANI DI STUDIO

Carmela
MARSEGLIA



Altomare
LOCANTORE



Come previsto dal percorso formativo per diventare infermiere, la laurea rappresenta oggi una tappa obbligata per legge. Il D.M. del 2001 “Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”, definisce l’impianto generale dei corsi di laurea: gli obiettivi formativi qualificanti, le attività

formative indispensabili, di base, caratterizzanti, affini e il tirocinio. In generale, il corso di laurea in Infermieristica prevede lo studio di alcune materie come chimica, biologia, biochimica, anatomia, istologia, fisiologia. Il futuro infermiere deve conoscere i fondamenti di queste materie, che in un certo senso rappresenteranno la base della sua professione. Accanto a queste materie di carattere più generale il corso di laurea in Infermieristica prevede anche lo studio di materie scientifiche specifiche: infermieristica generale, patologia generale, infermieristica clinica, chirurgia generale e specialistica, igiene e statistica medica, infermieristica in area critica, rianimazione

e terapia intensiva, informatica, lingua inglese, psichiatria e psicologia della salute, management sanitario, organizzazione delle aziende sanitarie. Le conoscenze da apprendere nei tre anni si articolano:

1° anno: finalizzato a fornire le conoscenze biomediche e igienico preventive di base, i fondamenti della disciplina professionale quali requisiti per affrontare la prima esperienza di tirocinio finalizzata all’orientamento dello studente agli ambiti professionali di riferimento e all’acquisizione delle competenze assistenziali di base.

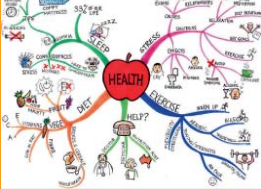
2° anno: finalizzato all’approfondimento di conoscenze fisiopatologiche, farmacologiche cliniche e assistenziali per affrontare i problemi prioritari di salute più comuni in ambito medico e chirurgico, con interventi preventivi, mirati alla fase acuta della malattia e di sostegno educativo e psicosociale nella fase cronica. Sono previste più esperienze di tirocinio nei contesti in cui lo studente può sperimentare le conoscenze e le tecniche apprese.

3° anno: finalizzato all’approfondimento specialistico ma anche all’acquisizione di conoscenze e metodologie inerenti l’esercizio professionale la capacità di lavorare in team e in contesti organizzativi complessi. Aumenta la rilevanza assegnata all’esperienza di tirocinio e lo studente può sperimentare una graduale assunzione di autonomia e responsabilità con la supervisione di esperti. Sono previste attività formative volte a sviluppare competenze metodologiche per comprendere la ricerca scientifica e infermieristica anche a supporto dell’elaborato di tesi. Ma per diventare infer-



miere, il tirocinio di infermieristica è una tappa obbligata del corso di laurea, il cui scopo è permettere al futuro infermiere di fare esperienza sul campo, imparando a relazionarsi con le persone e a rispondere in maniera tempestiva alle loro necessità. Si tratta infatti di un monte ore necessario per conseguire la laurea in Infermieristica, e per questo si svolge durante il corso di studi. La durata e le modalità del tirocinio di infermieristica possono variare in base all'Università che si frequenta. Mediamente, per il primo anno del corso di laurea sono previste circa 400 ore da dedicare al tirocinio clinico pratico, integrato da lezioni e sessioni d'esame. Fino ad arrivare all'ultimo anno dove sono previste circa 600 ore di tirocinio formativo. Il tirocinio è una strategia formativa che prevede l'affiancamento dello studente a un infermiere esperto, in contesti sanitari specifici, al fine di apprendere le competenze previste dallo specifico ruolo professionale. Lo studente durante il tirocinio deve essere in grado, sin dal primo anno di corso, di relazionarsi con le persone e con i pazienti, individuando i bisogni che sono alla base dei processi fisiologici, rispondere a tali esigenze e lavorare in sinergia con l'équipe di assistenza. Gli obiettivi da raggiungere sono relazionati alla formazione teorica che si riceve, si va quindi dall'assistenza alla persona, alla sua igiene, all'alimentazione e all'applicazione della deontologia professionale, sino ad arrivare, soprattutto nel secondo e al terzo anno, alla messa in campo delle competenze acquisite per l'applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, all'interazione con il resto dell'équipe medica e la comprensione del funzionamento della sala operatoria. Ogni anno anche per il tirocinio è previsto un esame che se superato permette il passaggio all'anno successivo di tirocinio. Prova finale: ai sensi dell'art. 7 del D.I. del 19/02/2009, la prova finale, con valore di esame di Stato abilitante ex art. 6 D. Lgs 502/1992 e s.m.i., si compone di: a) una prova pratica nel corso della quale lo studente deve dimostrare di aver acquisito le conoscenze e abilità teorico-pratiche e tecnico-operative proprie dello specifico profilo professionale;

b) redazione di un elaborato di una tesi e sua dissertazione. La prova è organizzata, con decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto con il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, in due sessioni definite a livello nazionale alla presenza di n. 2 Rappresentanti del Collegio IPASVI. L'Infermiere laureato è il professionista sanitario che opera nell'ambito della prevenzione (informando, educando e sostenendo il cittadino, la famiglia e la comunità verso corretti stili di vita e il rispetto dell'ambiente di vita), della cura (con interventi relativi alla diagnosi, cura e riabilitazione), dell'assistenza (individuando e gestendo i bisogni di assistenza della persona e della famiglia) e della riabilitazione (promuovendo e sostenendo il recupero e il mantenimento della maggiore autonomia possibile, in particolare nelle malattie croniche, ed educando il singolo e le sue persone di riferimento all'autocura e ad adeguati stili di vita). Gli infermieri svolgono attività a carattere preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo, che li pongono particolarmente vicini alla persona lungo tutte le fasi della sua vita, dalla nascita all'accompagnamento alla morte. Ai nostri giorni, l'aumento delle persone anziane e delle malattie croniche richiede una presenza sempre più rilevante degli infermieri, non solo negli ospedali e nelle strutture territoriali, ma anche e soprattutto nelle case degli assistiti. Le competenze che sono necessarie agli infermieri per soddisfare con una professionalità adeguata tutte queste necessità dei cittadini singoli e della collettività richiede una formazione continua e costante nel tempo. L'infermiere è anche impegnato in prima persona in percorsi di ricerca e formazione per approfondire ed innovare il proprio patrimonio professionale. L'immagine convenzionale dell'infermiere si è arricchita di competenze scientifiche, relazionali e tecniche evolute, rendendolo uno dei professionisti più impegnati nella rete dei servizi alla persona e alla collettività. L'esercizio professionale di ogni infermiere è regolamentato dal Codice deontologico, che contiene principi e impegni etici che guidano e orientano i suoi comportamenti professionali.



L'ASSISTENTE SANITARIO: UN PREZIOSO ALLEATO

Nicoletta
RICCIARDI



Giuseppe
MAZZOTTA



Negli ultimi 30 anni abbiamo assistito, nel panorama medico-scientifico, ad un'evoluzione del concetto di salute, passando da azioni tese alla diagnosi e cura delle malattie, a politiche sanitarie orientate alla prevenzione e alla promozione della salute. E così, se in passato il concetto di salute era basato

su una semplice e più comprensibile percezione: salute come assenza di malattia (concepita, peraltro, come una naturale manifestazione legata all'avanzare dell'età), col tempo è via via maturata l'idea che lo stato di salute vada invece "coltivato" con abitudini quotidiane, azioni e comportamenti finalizzati ad ottenere un perdurante stato di benessere.

Del resto nel 1986 durante la 1ª Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, a Ottawa, venne approntata e presentata una Carta per la promozione della Salute per Tutti, con la quale si afferma il principio che la promozione della salute debba essere il processo che consente alle perso-

ne di aumentare la percezione del controllo della propria salute e di migliorarla. In questa ottica, la figura per eccellenza preposta a tali fini è quella dell'Assistente Sanitario, profilo professionale presente in Italia sin dagli anni venti dello scorso secolo, con l'istituzione della Scuola delle Assistenti Sanitarie Vigilatrici.

Le Assistenti Sanitarie avevano il compito di individuare e curare, fin dai primi sintomi, le malattie che si manifestavano nella popolazione e di prevenirne la diffusione, tramite insegnamenti pratici di profilassi e igiene (Frezza, 1920), appurando inoltre le condizioni di salute delle puerpere e dei loro bambini. Esse erano responsabili anche del controllo dell'ambiente in cui le famiglie quotidianamente vivevano, proponendo e mettendo in atto tutte le azioni necessarie a superare ogni criticità rilevata. Oggi l'Assistente Sanitario, dotato di un proprio profilo professionale e di codice deontologico, ricopre un ruolo fondamentale nei piani di prevenzione e promozione della salute, poiché attraverso l'attività di screening, monitoraggio ed educazione sanitaria, persegue l'obiettivo fondamentale di relazionarsi con le persone, esortandole e incoraggiando comportamenti e stili di vita quanto più sani possibili. Tale azione coinvolge tutte le fasi della vita di una popolazione: dall'età infantile fino all'anzianità. Nel bambino, attraverso progetti educativi in ambito scolastico e con altre iniziative, quali congressi e convegni, il target viene allargato a genitori, insegnanti, educatori e operatori sanitari, figure fondamentali per



favorire in questa fascia d'età una sana alimentazione, l'attività fisica e pratiche sanitarie, come quelle vaccinali, che rivestono un ruolo fondamentale per la salute nell'infanzia. Nell'adolescente, l'Assistente Sanitario esplica la sua attività con l'obiettivo di informare e prevenire comportamenti a rischio, quali : consumo di alcool, droga, fumo e pratiche sessuali non protette. La sua azione si svolge all'interno di consultori familiari, oltre che nelle scuole attraverso un'offerta progettuale varia e diversificata. Nell'età adulta, gli obiettivi perseguibili in ambito promozionale e di prevenzione, sono davvero molteplici e possono riguardare vari aspetti della vita dell'adulto: dai problemi di salute fino, ad esempio, ai comportamenti a rischio negli incidenti stradali. Diagnosi epidemiologiche e sociali possono indirizzare la scelta verso specifici obiettivi di salute, piuttosto che verso altri e la figura professionale dell'AS offre le competenze per partecipare, in maniera trasversale, all'analisi, alla pianificazione, alla gestione e alla valutazione di tali obiettivi. L'attività di screening per la prevenzione di alcuni tumori : mammella, collo dell'utero e colon-retto, è solo un esempio dei progetti e dei piani a cui l'assistente sanitario può e deve collaborare. Gli screening ,che mirano a identificare malattie in fasi non ancora clinicamente manifeste, consentono di intervenire in maniera tempestiva nel percorso diagnostico e terapeutico di queste patologie neoplastiche.L'attenzione agli anziani è rivolta al miglioramento della qualità della vita, che, in particolare in questa fascia d'età , deve occuparsi di salute, ma non può prescindere dagli aspetti legati alla vita so-

ciale e relazionale.

L'Assistente Sanitario è una figura fondamentale nelle politiche sanitarie nazionali, non soltanto per il suo importante contributo alle attività di health education, health promotion e disease prevention , ma anche per le positive ricadute economiche che da esse derivano : la gestione di patologie e di relative urgenze e cronicità, insieme alla necessità di risoluzione di problematiche socio-sanitarie di diverso tipo , hanno costi infinitamente maggiori rispetto a quelli necessari alla promozione e alla prevenzione. E anche se tutti sappiamo che

“L'Assistente Sanitario deve essere considerato prezioso alleato nel progetto generale del benessere dell'individuo”

“prevenire è meglio che curare!”, nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali e locali, c'è ancora un lungo cammino da compiere. Non sempre nelle Aziende Sanitarie, in particolare quelle che riguardano il nostro territorio, queste figure professionali sono adeguatamente previste in pianta organica, anche perchè le competenze specifiche dell'Assistente Sanitario, vengono talvolta erroneamente attribuite ad altre professioni sanitarie, con le quali invece si dovrebbe collaborare in un continuum e in un passaggio di staffetta tra utente e paziente, tra promozione, prevenzione e cura. L'Assistente Sanitario deve essere considerato prezioso alleato nel progetto generale del benessere dell'individuo e non un competitore in ambito sanitario. Un cammino questo che deve trovare adeguata accelerazione in un periodo, come quello attuale, in cui le problematiche legate alla salubrità dell'ambiente, agli stili di vita e alla sostenibilità dei servizi sanitari, richiede interventi pensati e pianificati in maniera preventiva.

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. Constitution. WHO, 1948
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Genova, 1986
- Decreto 17 gennaio 1997, n. 69 Ministero della Sanità. “Regolamento concernente la individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'assistente sanitario”.



SORVEGLIANZA SANITARIA

Legittimo il rifiuto del lavoratore allo svolgimento di attività ritenute a ragione pericolose per il proprio stato di salute

Pasquale
LACASELLA



La normativa come riportata dai D. Lgs n. 230/95, 81/2008, 106/2009 e 19/2014 regola la Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori sul posto di lavoro in fatto di salute lavoro correlata,

idoneità alla mansione svolta. I doveri del medico competente, elencati all'art. 25 del D. Lgs 81/2008, prevedono che esso debba collaborare con il datore di lavoro e con il RSPP alla valutazione dei rischi e alla predisposizione ed attuazione di tutte quelle misure necessarie a tutelare la salute psico-fisica del lavoratore sul posto di lavoro, mediante non solo le visite mediche periodiche, ma attraverso una serie di altri strumenti come l'informazione al lavoratore sui rischi correlati alla propria esposizione nel tempo ai diversi fattori nocivi presenti sul posto di lavoro, le visite periodiche degli ambienti in base al documento di valutazione dei rischi, ecc.. In merito al "documento di valutazione dei rischi", si sottolinea la rilevante importanza di questo documento e di quanto riportato all'art. 28 del D. Lgs 81/2008 in capo ai doveri del datore di lavoro:

- Valutazione di tutti i fattori di rischio collegati al posto di lavoro;
- Indicazione delle misure di prevenzione e protezione adottate;

- Individuazione delle procedure attuative e dei ruoli assegnati;
- Pubblicizzazione dei nominativi del RSPP, del RLS (Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza) e del medico competente che ha partecipato alla valutazione dei rischi.

La vigente giurisprudenza in materia ha ultimamente meglio specificato, grazie ad una sentenza della Corte Costituzionale, un particolare riferimento in relazione alla possibilità del dipendente di potersi o meno rifiutare dallo svolgere mansioni dallo stesso ritenute pericolose per la propria salute. Tanto per iniziare c'è da dire che è compito del datore di lavoro dare prova contraria di quanto affermato dal lavoratore che si avvalga, a tutela della propria salute, del giudizio espresso in corso di visita medica da parte del medico competente del lavoro. Il dipendente, quindi, può legittimamente rifiutarsi di svolgere le nuove mansioni se in precedenza il medico del lavoro gli aveva certificato una idoneità limitata alle documentate problematiche di salute, nel caso in cui le nuove mansioni vengano ritenute dal lavoratore stesso per lui nocive. L'eventuale rifiuto in tali particolari circostanze è pertanto stato dichiarato legittimo dalla Corte che ha sentenziato che "qualora vengano assegnate nuove mansioni e il dipendente si opponga in quanto ritiene di non poterle svolgere per problemi di salute psico-fisica, tocca al datore di lavoro prendere in considerazione le giustificazioni adottate dal lavoratore e procedere d'ufficio al nuovo accertamento sanitario da parte del



medico competente.

Come tutti sappiamo la visita medica consente di stabilire, in riferimento alla mansione specifica, se il lavoratore sia idoneo, idoneo parzialmente, inidoneo temporaneamente, inidoneo permanentemente a quanto richiesto di svolgere.

Il D. Lgs 81/2008 prevede espressamente che, oltre la visita medica preassuntiva, la visita medica periodica, la visita me-

dicale su richiesta motivata del lavoratore, la visita medica obbligatoria dopo 60 gg. continuativi di assenza dal lavoro per malattia e quella da effettuarsi al termine dell'attività lavorativa, in genere debba essere sempre il lavoratore a fare richiesta di visita medica ma, nel caso di specie, tale disposizione non si applica al caso delle nuove mansioni rifiutate dal lavoratore per impossibilità psico-fisica allo svolgimento delle stesse.

Se, in questo caso, la successiva visita medica a richiesta del datore di lavoro confermerà l'inidoneità parziale o totale (temporanea o definitiva) alla mansione voluta dal datore di lavoro per il lavoratore in questione, il rifiuto del dipendente sarà ritenuto giustificato ed imporrà d'imperio, sempre al datore di lavoro, di rivedere le mansioni richieste. In più, la mancanza di prova contraria fornita dal datore di lavoro al rifiuto del dipendente a svolgere le mansioni che lo stesso riconosca come pericolose per la propria salute, rende l'eventuale licenziamento disposto come illegittimo. Considerato che circa il 40% di tutte le limitazioni riguardano la movimentazione manuale dei carichi e pure

considerato che nella stragrande maggioranza dei casi le nostre realtà lavorative sono sprovviste di ausili atti alla corretta movimentazione dei pazienti, sempre cercando

di mettere la salute del lavoratore sul luogo di lavoro al centro delle iniziative del legislatore in quanto a prevenzione, la Regione Puglia (Delibera regionale n. 1289 del 15.07.2014) da oltre un anno ha intrapreso in collaborazione con i medici competenti, gli

“Il progetto denominato M.A.P.O. mira all’individuazione degli ausili maggiori e minori che devono essere previsti e usati per prevenire le più comuni affezioni muscoloscheletriche”

R.S.P.P., gli addetti ai vari uffici periferici di Medicina del Lavoro ed un centro studi del Policlinico di Milano, una serie di iniziative che hanno lo scopo di valutare nel tempo il rischio di danni fisici a carico degli operatori sanitari in fatto di movimentazione dei pazienti allettati. Il progetto denominato M.A.P.O. (movimentazione ausiliata pazienti ospedalizzati) mira in ultima analisi e tra gli altri obiettivi, all’individuazione degli ausili maggiori e minori che devono essere previsti e usati per prevenire le più comuni affezioni muscoloscheletriche in tutti quegli operatori impiegati in UU.OO. ospedaliere, RSA e quant’altro, che abitualmente hanno necessità di movimentare pazienti allettati.





LE MANIA SCUOLA PER SALVARE UNA VITA

Francesco
MARINELLI



L'arresto cardiaco è uno degli eventi più drammatici che possono avvenire durante la nostra vita, evento che si presenta in modo differente, non sempre percepibile in quan-

to non sempre accompagnato da sintomi. La maggior parte delle volte il paziente avverte un dolore toracico o precordiale, irradiato al dorso, epigastralgia, dolore all'arto superiore di sinistra, sudorazione algida, vomito e questi segni e sintomi si verificano o in seguito a sforzo fisico, ma anche a riposo e quando purtroppo succede sono pochi coloro che sono in grado di mettere in atto delle manovre salvavita in modo particolare il massaggio cardiaco. In seguito al verificarsi di drammatici eventi il 24 aprile 2013 veniva approvato il "decreto Balduzzi" pubblicato sulla G.U. il 20 luglio 2013 che obbliga le società sportive e le strutture dove si svolge attività sportiva ad avere un defibrillatore in dotazione e personale formato al suo utilizzo oltre che la presenza di un defibrillatore in luoghi pubblici. Secondo dati statistici, in Italia 1 persona su 1000 abitanti viene colpito da arresto cardiaco, nell'Unione Europea circa 400.000 persone sono colpite da arresto cardiaco. Per questo motivo la commissione dell'Unione Europea ha invitato gli stati membri a organizzare una settimana dedicata all'informazione sul problema dell'arresto cardiaco e come intervenire in modo efficace per risolvere positivamente

questo drammatico evento. La società scientifica IRC (Italian Resuscitation Council) nel 2013 ha organizzato l'evento denominato "settimana viva" nella quale si sono svolti diversi eventi sulla rianimazione cardiopolmonare rivolti alla popolazione, alle scuole, agli uffici e nei luoghi pubblici, appuntamento che regolarmente si svolge ogni anno. Il 13 luglio 2015 è stata approvato il decreto legge chiamato "Buona Scuola" dove all'art. 1 comma 10 sono previste 2 ore di insegnamento sul primo soccorso nelle scuole di ogni ordine e grado (alunni delle V classi elementari, medie e medie superiori). Il 10 Ottobre presso la fiera di Milano si è svolto l'evento "RIANIMAMINEXPO 2015" dove istruttori IRC provenienti da tutta Italia hanno insegnato a 5200 tra presidi, docenti, studenti e personale della scuola, hanno imparato le manovre salvavita di rianimazione cardiopolmonare con l'utilizzo del defibrillatore. Costoro avevano svolto a scuola 2 ore di lezione teorica e poi hanno completato il percorso formativo con due ore di lezione pratica dove al termine hanno conseguito l'attestato e l'abilitazione all'uso del defibrillatore, apparecchio già presente in tante scuole della Lombardia. Sicuramente siamo ad un punto di svolta in quella che è la prevenzione che deve partire dalla base cioè dalla scuola in un periodo in cui il sistema sanitario sta subendo modifiche non sempre positive (vedi il riordino ospedaliero), attraverso l'informazione e la formazione delle future generazioni possiamo contribuire a dare finalmente una svolta epocale. Ringrazio la collega Roberta d'Amato in quanto insieme abbiamo partecipato a questo straordinario evento.



LA SALUTE INIZIA DALLE MANI

Francesca
MASTRANDREA



La cute è fisiologicamente colonizzata dalla flora batterica. La flora residente ha una funzione protettiva, ma può diventare responsabile di infezioni opportuniste a seguito della contaminazione di siti corporei.

La flora transitoria si acquisisce durante il contatto diretto con i pazienti o con le superfici ambientali contaminate. Nelle infezioni correlate alla pratica assistenziale, la trasmissione crociata di microrganismi si verifica soprattutto attraverso le mani degli operatori. Le mani rappresentano un ricettacolo di germi che, quando trovano un ambiente ideale, vi si annidano e, se le condizioni ambientali lo consentono, proliferano moltiplicandosi ad un ritmo incalzante e possono diventare responsabili di molte malattie. Possono sopravvivere per lungo tempo su tutte le superfici: telefoni, maniglie, tavoli, tastiere del computer. E' per questo motivo che il lavaggio delle mani, rappresenta la misura più importante per prevenire la diffusione delle infezioni. Le infezioni ospedaliere sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Sono infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Tra le misure preventive l'igiene delle mani è senza dubbio la più importante quanto a

combinazione di efficacia, semplicità e costi di applicazione. Esistono tre tipi di lavaggi delle mani:

Lavaggio Sociale: mira ad eliminare lo sporco che si deposita sulle mani e la flora microbica transitoria. Dura circa un minuto e mezzo e viene effettuato con acqua e sapone. Dovrebbe essere eseguito ad inizio e fine turno, prima e dopo la distribuzione degli alimenti, prima e dopo l'uso dei servizi igienici, prima e dopo il rifacimento dei letti, dopo ogni contatto con i pazienti, prima e dopo l'uso dei guanti, prima e dopo la somministrazione di terapie, dopo essersi soffiati il naso.

Lavaggio Antisettico: serve a distruggere rapidamente tutta la flora occasionale, a ridurre la carica microbica della flora residente e a prevenire le infezioni ospedaliere. Dura circa 3 minuti e viene effettuato con acqua e soluzione disinfettante. Deve essere eseguito prima e dopo procedure invasive, in occasione di tecniche che richiedono l'utilizzo dei guanti sterili, prima di assistere pazienti immunodepressi, dopo il contatto con pazienti contagiosi, dopo l'esecuzione di medicazioni infette, dopo la manipolazione di secreti, escreti, sangue o altro materiale biologico, dopo contatto accidentale con materiale biologico.

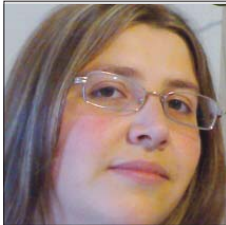
Lavaggio Chirurgico: ha lo scopo di impedire che i microrganismi passino dalle mani dell'operatore alla ferita chirurgica in caso di rottura dei guanti ed evitare la contaminazione delle ferite attraverso micropori dei guanti. Viene effettuato con acqua e soluzioni disinfettanti. Ha una durata di circa 5-8 minuti e viene eseguito a partire dalle mani, proseguendo agli avambracci ed arrivando fino ai gomiti.



SERVIZIO CURE DOMICILIARI E RISCHI OCCUPAZIONALI

Tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro nel settore socio-sanitario e assistenziale

Vanessa
MANGHISI



Vincenzo
INGLESE



I percorsi assistenziali “cure domiciliari”, consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, a domicilio degli utenti non autosufficienti, anche anziani, e in condizioni di fragilità, con patologie in

atto o esiti delle stesse, sono assicurati dal SSN al fine di garantire una adeguata continuità di risposta, sul territorio, ai bisogni di salute, anche complessi, per la gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità. Le cure domiciliari vengono integrate con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia che, generalmente, sono erogate dal Comune di residenza dell'utente. Le tipologie di cure domiciliari, in relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, sono erogate dal D.S.S. in collaborazione con i Comuni di residenza dell'assistito e sono

distinte in:

Assistenza domiciliare programmata (ADP);
Assistenza domiciliare integrata (ADI);
Ospedalizzazione domiciliare.

Il bisogno clinico-assistenziale viene verificato mediante idonei strumenti di valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza Individuale” sociosanitario integrato. L'assistenza domiciliare è un fenomeno in continua crescita, dato il prolungarsi delle aspettative di vita delle persone. Quindi, affrontare le tematiche dei servizi di assistenza alla persona e delle relative attività socio-sanitarie, educative e assistenziali (settore di cui non si parla frequentemente e settore in cui applicare la normativa sulla tutela della salute e sicurezza risulta complicato ma che sicuramente non va sottovalutato), che vede una molteplicità di figure professionali, mansioni ed attività lavorative nonché una notevole presenza di forza lavoro femminile (circa l'80% del totale) impone di interessarsi anche dei particolari contesti lavorativi (l'abitazione dell'utente presenta a volte eventuali barriere architettoniche e particolare stato dei servizi igienici) che presentano, per gli operatori impegnati, numerosi rischi che non sempre vengono sufficientemente valutati. Alcuni dati relativi agli infortuni sul lavoro (tra cui anche gli infortuni in itinere) e alle malattie professionali evidenziano, in questo settore, una percentuale maggiore rispetto ad altri comparti. I principali fattori di rischio sono correlati alle sollecitazioni



ni muscolo scheletriche (movimentazione manuale del paziente), alla esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici, all'organizzazione del lavoro, ma anche ai rischi di natura psico-sociale. Infatti, il servizio cure domiciliari determina una tensione di ruolo fisiologica nella maggior parte degli operatori che, quando non riescono più a gestirla, si traduce nell'abbandono del posto di lavoro (il tasso di turn over annuale è elevato) e in crisi depressive. Il lavoro dell'operatore è pesantissimo, sia per il carico di lavoro, sia per gli spostamenti, sia perché si lavora in modo isolato e in ambienti isolati. Il tutto si traduce in un elevato turn-over. Pertanto, al fine del miglioramento della prevenzione della salute e della sicurezza degli operatori nonché per l'individuazione di misure di prevenzione e di emergenza da adottare in relazione alle attività svolte, è necessario considerare la prevenzione come una dimensione professionale del ruolo degli operatori, al fine di allineare l'organizzazione della sicurezza con quanto previsto dal T.U. in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (D. Lgs 81/2008 e s.m.i.) che all'art. 28 prevede la "valutazione di cui all'art. 17, c. 1, lett. a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o delle miscele chimiche impiegate, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal d.lgs 151/2001, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro. In considerazione delle specifiche attività lavorative i possibili danni possono derivare soprattutto da movimentazione manuale dei pazienti, posture incongrue e/o protratte, rischio aggressioni/maltrattamenti, uso di dispositivi medici per le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, contatto con materiale biologico degli utenti, sostanze e preparati chimici, rischio stradale, incidenti tra automezzi. La previsione della probabi-

lità che si verifichino alcuni eventi dannosi per i lavoratori, potrebbe essere pari a rischio medio. Gli operatori devono essere formalmente e sistematicamente coinvolti nell'attività di individuazione dei rischi dei propri ambienti di lavoro anche attraverso la compilazione di specifiche check-list di rischio organizzate per settori (struttura del luogo di lavoro, impiego di attrezzature di lavoro, DPI, rischio elettrico, rischio di incendio, sovraccarico biomeccanico, rischi posturali, esposizione ad agenti fisici come rumore, microclima e ventilazione, esposizione ad agenti biologici) al fine di disporre di una banca dati da utilizzare per la mobilità degli operatori (in caso di nuove assegnazioni di assistiti) e per la formazione in materia di prevenzione dei rischi secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011. Il sistema di prevenzione prevede una fase di individuazione e valutazione dei rischi ai quali sono esposti i lavoratori, una fase nella quale vengono individuate e attuate le misure prevenzionali e protezionali ed una fase nella quale i lavoratori vengono informati, formati ed addestrati al corretto utilizzo di tutti gli strumenti. La valutazione dei rischi deve essere immediatamente rielaborata in occasione di modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione o della protezione oppure a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità. Indispensabile per ridurre i rischi occupazionali, che il datore di lavoro deve adottare tutte le misure di sicurezza per evitare rischi per la salute dei lavoratori mentre sono impegnati a prestare la propria opera sul luogo di lavoro.

A tal fine è necessario che il datore di lavoro provveda alla valutazione degli eventuali danni causati dall'esposizione, alla valutazione della eventualità che si manifestino gli effetti, al controllo sulla presenza delle misure preventive da adottare, al controllo sulla possibilità di adottare specifiche misure, all'organizzazione di un piano di intervento, alla verifica dell'idoneità delle misure, alla redazione del DVR ed all'aggiornamento continuo della valutazione.



LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI

Gianna
PALMISANO



Michele
FIGHERA



Il tema dei rifiuti è certamente di grande attualità, per l'inevitabile impatto che gli stessi hanno sull'ambiente, per le implicazioni di natura economica e legale. Per Rifiuto si intende qualsiasi sostanza od oggetto di cui il detentore si disfi o abbia l'intenzione o abbia l'obbligo di disfarsi. La gestione dei rifiuti costituisce attività di pubblico

interesse ed è disciplinata da specifiche normative. La gestione dei rifiuti deve essere effettuata conformemente ai principi di precauzione, di prevenzione, di proporzionalità, di responsabilità e di cooperazione di tutti i soggetti coinvolti nella produzione, distribuzione, nell'utilizzo e nel consumo di beni da cui originano i rifiuti, nel rispetto di principi dell'ordinamento nazionale e comunitario.

Nel settore sanitario il problema dello smaltimento dei rifiuti è molto importante sia per la quantità di ciò che viene prodotto, sia per la particolarità e pericolosità di gran parte dei rifiuti che richiedono modalità di

smaltimento particolari e molto costose. I rifiuti sanitari derivano da strutture pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca. I rifiuti devono essere correttamente raccolti e confezionati nel rispetto della normativa specifica e nel rispetto del D. Lgs. 81/2008 privilegiando la sicurezza di tutti gli operatori che devono eseguire correttamente le istruzioni operative e utilizzare i previsti DPI. Qualsiasi procedura (se e quando c'è) inerente la gestione dei rifiuti deve essere adottata da tutto il personale che deve osservare rigorosamente le norme in esse contenute.

I *dirigenti* e i *preposti* devono vigilare per la corretta applicazione sulle procedure e intervenire immediatamente in presenza di "non conformità". I rifiuti sanitari, possono presentare, per la presenza di agenti biologici e/o chimici, delle caratteristiche di pericolo per i soggetti potenzialmente esposti e al fine di limitare al massimo questi fattori di rischio occorre che vi sia una precisa conoscenza delle procedure organizzative tese alla minimizzazione dei rischi stessi.

I rifiuti sono classificati, secondo l'origine, in rifiuti urbani e rifiuti speciali e, secondo le caratteristiche di pericolosità, in rifiuti pericolosi e rifiuti non pericolosi. I rifiuti sanitari sono rifiuti speciali suddivisi in pericolosi e non pericolosi. I rischi connessi con la gestione dei rifiuti sono legati ad alcuni rifiuti pericolosi a rischio infettivo ed ai rifiuti che richiedono particolari modalità di smaltimento. Le principali cause



di rischio biologico derivano da manipolazione disattenta del rifiuto, da carenza dei DPI (guanti, occhiali, tute protettive, scarpe, ...), e uso di contenitori inadeguati per robustezza, dimensione, sistema di chiusura, errata conservazione del rifiuto (ambiente caldo, umido).

Le principali cause di rischio chimico sono dovute alla presenza di sostanze chimiche, con particolare riferimento ai disinfettanti e farmaci, in particolare agli antiblastici. La principale causa di rischio di origine traumatica è conseguente ad errata movimentazione del rifiuto (contenitori troppo pesanti, contenitori "scivolosi", contenitori senza punti di "presa", ...). Per ridurre l'incidenza dei rischi, è necessario attuare interventi di misure precauzionali. Prioritarie sono le misure prevenzionali.

Le attività di prevenzione sono più importanti rispetto alle attività di protezione perché evitano che l'evento di manifesti. Le misure di prevenzione influiscono notevolmente sull'abbattimento della probabilità di un evento dannoso. Tra le attività di prevenzione assume notevole importanza la formazione e l'informazione perché aumentano conoscenze e consapevolezza sui rischi, l'addestramento (aumenta la capacità dell'operatore), la sostituzione delle sostanze pericolose con altre non pericolose (previene l'esposizione), l'uso di macchine a norma dotate di tutte le necessarie protezioni (previene incidenti e infortuni dovuti a parti non protette), la verifica periodica degli impianti (previene i guasti) e infine la segnaletica di sicurezza.

Le attività di protezione sono secondarie rispetto alle attività di prevenzione perché non evitano che l'evento di manifesti. Si mettono in atto misure per ridurre il rischio residuo tramite l'uso di DPC (dispositivi di protezione collettivi) e specifici DPI durante la manipolazione/gestione dei rifiuti. Si intende per DPI qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo. I DPI devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione col-

lettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro. Importante approntare precise istruzioni operative che mettano in evidenza l'importanza di chiudere correttamente i contenitori, di prestare particolare attenzione ai taglienti ed ai pungenti, di rispettare le modalità di raccolta diverse per i vari tipi di rifiuti. La normativa vigente impone che i contenitori usati per la raccolta devono avere dei requisiti ben precisi.

Questi devono essere resistenti, chiudibili, inalterabili nel tempo se usati per sostanze pericolose, con margine di riempimento se usati per liquidi. Il personale di supporto alle attività infermieristiche adibito alle attività inerenti i ROT deve accertarsi che su ogni contenitore vi sia apposta e ben visibile l'etichetta fissa con specificato tipo di rifiuto, reparto di provenienza, data di confezionamento/smaltimento. I contenitori per "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" devono avere sacco interno e contenitore rigido esterno (se presenti materiali pungenti o taglienti deve essere specificato sul contenitore esterno).

I contenitori per "i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo" devono avere imboccatura larga per favorire il travaso, materiale plastico non riutilizzabile, chiusura ermetica. Per il trasporto dei rifiuti si devono utilizzare carrelli appositi (resistenti, con fissaggio per i contenitori e chiusi). I locali per raccolta e deposito temporaneo possono essere all'esterno ben individuabili da segnaletica e con accesso riservato agli operatori, oppure all'interno con controllo delle caratteristiche fisiche dell'aria. Comunque, i locali devono essere adeguatamente illuminati, avere disponibili materiali di pulizia e assorbimento in caso di versamento accidentale di liquidi, avere docce di emergenza e segnaletica che ricordi l'uso obbligatorio dei DPI. Tutti gli operatori devono conoscere le misure reattive cioè le procedure di emergenza, di pronto intervento. La sicurezza si realizza essenzialmente attraverso l'adozione di pratiche standardizzate per la manipolazione di agenti biologici, di agenti chimici o materiali radioattivi, nonché attraverso la predisposizione di dispositivi di protezione collettivi ed individuali, di idonee strutture ed una specifica procedura per la gestione dei rifiuti.

■ **IL NURSING NELLE UU.OO. DI P.M.A.**

Bari 18 settembre 2016
Hotel Parco dei Principi
INFO: Tel. 06/30090020
Fax 06/30311303
e-mail: info@cgmk.it

■ **IL MANGEMENT CLINICO DEL COLLO OSTILE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

Bari 18 settembre 2016
Hotel Parco dei Principi
INFO: Tel. 06/30090020
Fax 06/30311303
e-mail: info@cgmk.it

■ **“THE PELVIS AS A MOTHER”
The Course “INFERTILITY IS GLOBAL”**

Bari 18 -19 settembre 2016
Hotel Parco dei Principi
INFO: Tel. 06/30090020
Fax 06/30311303
e-mail: info@cgmk.it

■ **LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Cerignola 24 - 25 settembre 2016
INFO: Tel. 08311810417
E-mail giuseppe.franchino@rehablab.it

■ **III CONGRESSO NAZIONALE SIMCRI - LE SCIENZE “RIGENERATIVE” DEL III MILLENNIO**

Corato 23 - 24 settembre 2016
INFO: Tel. 0666514670
E-mail info@qualitycongress.it

■ **DERMATOLOGIA E CURE PRIMARIE**

Bari 23 - 24 settembre 2016
INFO: Tel. 0805061372
E-mail info@clabmeeting.it

■ **ALLERGIE ED INTOLLERANZA ALIMENTARI: MEDICINA E LABORATORIO**

Fasano 24 Settembre 2016
INFO: Tel. 099400493
E-mail segreteria@satacard.it

■ **IL DOLORE ONCOLOGICO DIFFICILE**

Taranto 24 settembre 2016
Hotel Mercure Delfino
INFO: Tel. 099400493
E-mail segreteria@satacard.it

■ **LA MALATTIA DI ALZHEIMER TRA FEDE, SCIENZA E TECNOLOGIA**

Lecce 30 settembre 2016
Hilto Garden Inn
INFO: Tel. 3392822937
E-mail segreteria@italianacongressi.it

■ **PERCORSI, ACCESSI E TRANSITI NEL MONDO DELLE CURE DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Giovinazzo 1 Ottobre 2016
Sala San Felice
INFO: Tel. 3914076356
E-mail corsi@formedsrl.com

■ **OSPEDALE E TERRITORIO: I PROTAGONISTI NEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE DELLA SCLEROSI MULTIPLA**

Altamura 1 Ottobre 2016
Ospedale Della Murgia “F. Pirenei”
INFO: Tel. 0652351244
E-mail segreteria@centrostudicuore.it

■ **DIABETE TIPO I: PROBLEMATICHE E TRANSIZIONE**

Bari 7 Ottobre 2016
INFO: Tel. 066861458
E-mail b.value@businessvalue.it

■ **CORSO TEORICO - PRATICO “DI ELETTROCARDIOGRAFIA”**

Monopoli 8 Ottobre 2016
INFO: Tel. 3392822937
E-mail segreteria@italianacongressi.it