

# Filodiretto

numero

6

Anno XXVII/ numero 6 novembre - dicembre 2009 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Art 2 comma 20/C - L. 662/96 / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico dei Collegi IPASVI delle Province di BARI e Barletta Andria Trani



L'infermieristica pugliese:  
**IO guardo a SUD**

in evidenza

**PRIMO PIANO**

Perche' una sfida di orgoglio professionale

**PROFESSIONE IN AZIONE**

Influenza pandemica da virus AH1N1

**IN PUGLIA**

Al prossimo consiglio regionale votando un infermiere...



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane  
 Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici  
 e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e BAT  
 Anno XXVII - N° 6 novembre - dicembre 2009  
 Spedizione in A.P. - art. 2 comma 20/C legge 662/96  
 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 BAT

## Direzione/Redazione/Amministrazione

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

## Impaginazione e Stampa

**Azienda Grafica L'Immagine**  
 Zona Industriale Lotto B12  
 T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51  
 www.limmagine.net - info@limmagine.net  
 Finito di stampare il 15 dicembre 2009

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco  
 Leonardo Di Leo

## Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

## Comitato di redazione

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

## Segreteria di Redazione

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

## Hanno collaborato

Francesco Bianco Maselli, Michelina Cesareo, Alessandro Genco,  
 Mariangela Loprieno, Giuseppe Papagni, Elsa Vitale  
 Foto di Raffaele De Candia

## FILODIRETTO NORME EDITORIALI

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

numero

# 6

## EDITORIALE

3

### SIETE DISPOSTI A CANDIDARE L'INFERMIERISTICA?

Saverio Andreula

## PRIMO PIANO

5

### PERCHE' UNA SFIDA DI ORGOGLIO PROFESSIONALE

Idolo Cavaggon

## PROFESSIONE IN AZIONE

8

### INFLUENZA PANDEMICA DA VIRUS AH1N1

Vanessa Manghisi

13

### L'INFERMIERISTICA E L'ANORESSIA NERVOSA

Michelina Cesareo

15

### IL "POTERE" NELLA PRATICA INFERMIERISTICA

Elsa Vitale

## IN PUGLIA

18

### AL PROSSIMO CONSIGLIO REGIONALE VOTANDO UN INFERMIERE

Leonardo Di Leo, Giuseppe Papagni

## RICERCA INFERMIERISTICA

20

### ESPERIENZE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Francesco Bianco Maselli

## NURSING & QUALITÀ

23

### GOVERNANCE INFERMIERISTICA IN PUGLIA?

Carmela Marseglia, Mariangela Loprieno

## IN FORMAZIONE

25

### PREVENIRE LA RITENZIONE DI MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

Alessandro Genco

## INSERTO 6

### MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

## PILLOLE D'INFORMAZIONE

Idolo Cavaggon

## CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



# SIETE DISPOSTI A CANDIDARE L'INFERMIERISTICA?

Saverio  
**ANDREULA**



*Siete disposti a candidare l'infermieristica e quindi la cittadinanza attiva della Sanità professionale alla Regione? L'editoriale dello scorso numero dal titolo "La Sanità pugliese*

*a sei mesi dalle elezioni regionali; quale sarà la risposta elettorale degli infermieri", ha significativamente fatto rumore.*

*In redazione sono pervenute una serie di e-mail che prevalentemente sostengono la tesi di candidare "l'infermieristica" alle prossime elezioni regionali.*

*Notevoli e per certi versi fantasiose le "provocazioni" sulle modalità per sostenere tale candidatura.*

*La Dirigenza del Collegio e il Comitato di redazione sono all'opera per individuare le disponibilità dei Colleghi sui quali costruire un percorso politico efficace allo scopo.*

*Resta fermo che la strada "politica" per sostenere le "questioni infermieristiche" da noi portate in piazza potrebbe essere quella maestra; riuscire a far sostenere tale progetto dagli ottomila e passa infermieri iscritti al collegio, sviluppando un serrato dibat-*

*tito sulle ragioni di tale scelta, sarebbe un accadimento fantastico.*

*Nell'attuale situazione è necessario che l'infermieristica entri in "politica"; riconoscendosi come cittadino e come professionista del territorio in cui vive e agisce. Questo può rappresentare indistintamente tutti coloro che quotidianamente s'interrogano sulla propria e altrui condizione professionale e di cittadino, circa la condizione umana, sociale e motivazionale dei diversi membri della comunità, cercando di individuare, distinguere e ascoltare i bisogni e i diritti fondamentali dell'uomo, che egli riconosce come il nucleo del suo interesse esistenziale e professionale, prescindendo da ogni criterio di appartenenza.*

*In Italia, differentemente da quanto avviene in altri Paesi europei e mondiali, la professione infermieristica ha scarsa visibilità nella politica;*

*una visibilità e una presenza forte in termini di qualità ma debole in termini di quantità. Nell'attuale Consiglio regionale pugliese le professioni più presenti sono quelle di medico e avvocato. Infermieri presenti nessuno.*

*La realtà è che la voce di noi infermieri è poco ascoltata proprio perchè non siamo ben rappresentati nei luoghi dove vengono prese le decisioni.*

*E la storia della nostra professione ci insegna che spesso il contributo offerto dagli*

**“In Italia, a differenza  
del resto d'Europa,  
la professione infermieristica  
ha scarsa visibilità”**

# L'INFERMIERE IN PUGLIA

Dalla formazione  
all'esercizio professionale

INFO: COLLEGIO IPASVI BARI  
Viale Salandra, 42  
T. 080 5427333 - [www.ipasvibari.it](http://www.ipasvibari.it)

2010	Conversano	Terlizzi	Bari	Bari
	26	01	28	16
	gennaio	febbraio	febbraio	marzo

per chi non  
vuol sentire ▶



evento registrato ECM

*infermieri alla polis non è stato solo un intervento tecnico in un Paese che ne aveva bisogno, ma anche di una cultura del vivere nel sistema mondo e imparare a leggere i problemi alla luce delle logiche generali che li regolano. Pertanto, non dovrebbe sorprenderci l'importanza dell'impegno e della presenza nelle Istituzioni dell'infermiere, poiché individuare i legami, spesso subdoli, tra le leggi di mercato, gli interessi di "altri" e la salute pubblica, oltre a essere funzionale al ruolo proprio dell'infermiere (indipendentemente dal contesto in cui opera), è l'unico sistema che consente di interrompere quel circolo vizioso in cui le cause e gli effetti si susseguono all'infinito, accrescendo gli interessi di pochi e le sofferenze di tanti. In altre parole, la contingenza ci porta in politica a occuparci di un'infinità di cose non sempre strettamente collegate alla propria professione, ma che comunque sono in relazione con essa. Certamente queste motivazioni non sono esclusivo patrimonio degli infermieri e delle infermiere in politica.*

*La mia esperienza nel mondo sanitario e nel mondo politico mi insegna che oggi il contributo specifico che la professione può*

*portare alle istituzioni e alla polis non è tanto nel suo sapere scientifico, nel suo sapere tecnico, ma nella sua specificità culturale. Ritengo opportuno sottolineare questo: "per esserci in modo consapevole, riflessivo ed efficace" occorre intanto esserci, esserci ogni volta, esserci in numero sufficiente, essere presenti quando si prendono le decisioni, esserci nei luoghi che esistono e che sono sempre esistiti, esserci dove si programma il futuro della nostra società, esserci dove si fanno le scelte. E' giunto il momento di superare la nostra debolezza nel fare squadra, è arrivato il momento di rinnovare il "patto con i cittadini" e avviarci verso il cambiamento. Candidiamo l'infermieristica e quindi la cittadinanza attiva della sanità professionale alla Regione. Facciamoci avanti e sosteniamo i colleghi che si candideranno alle prossime elezioni regionali. Questa è un'opportunità che noi tutti dobbiamo condividere e rafforzare per sancire quei cambiamenti che da troppo tempo sono stati promessi a noi e alla cittadinanza. Candidiamo l'infermieristica e quindi la cittadinanza attiva della sanità professionale alla Regione.*

*Facciamoci avanti!*



**Il Consiglio Direttivo, Il Collegio dei Revisori dei Conti e il Comitato di Redazione di "Filodiretto" dei Collegi IPASVI di Bari e BAT augurano di cuore a tutti i lettori un lieto Natale e un Felice Anno Nuovo**



# PERCHE' UNA SFIDA DI ORGOGLIO PROFESSIONALE

Idolo  
CAVAGGION



stra regione si è appena affievolito, coperto dalle notizie sul *totocandidato* di destra, centro o sinistra, che dovrà saper calamitare il suffragio elettorale dei pugliesi. Nella Sanità di casa nostra le problematiche di fondo restano irrisolte. Non trovata ancora la soluzione per colmare i deficit di bilanci annuali sempre più in rosso, considerando, fra l'altro, che le "tette statali" hanno poco latte da erogare alle Regioni poco virtuose e un po' spendaccione nella spesa sanitaria, fra le quali appunto la Puglia.

Irrisolte anche le problematiche delle chilometriche liste d'attesa per il povero cittadino che ha bisogno urgente di un accertamento diagnostico, o di una visita specialistica "salvavita", oppure ancora di un intervento chirurgico risolutore di una grave patologia. L'alternativa a tutto questo è la fortuna di avere qualche conoscenza che ti possa raccomandare all'amico dell'amico, oppure pagare fior di parcelle mediche o chirurgiche. Dunque, per la Sanità pugliese, se il "questuante" il diritto alla salute non ha soldi o santi protettori . . . può anche crepare!

E' prossima la primavera elettorale per il rinnovo del Consiglio regionale pugliese. Il frastuono mediatico delle inchieste giudiziarie che hanno coinvolto il "sistema salute" nella no-

stra regione si è appena affievolito, coperto dalle notizie sul *totocandidato* di destra, centro o sinistra, che dovrà saper calamitare il suffragio elettorale dei pugliesi. Nella Sanità di casa nostra le problematiche di fondo restano irrisolte. Non trovata ancora la soluzione per colmare i deficit di bilanci annuali sempre più in rosso, considerando, fra l'altro, che le "tette statali" hanno poco latte da erogare alle Regioni poco virtuose e un po' spendaccione nella spesa sanitaria, fra le quali appunto la Puglia.

Per la professione infermieristica la situazione non è altrettanto rosea: carenze di organico mortificano la professione e rendono difficili i rapporti dell'infermiere con i sacrosanti bisogni del paziente. Finora, i tagli più vistosi, al fine di fare economie, nella Sanità regionale hanno interessato, più di altri settori, quello delle dotazioni organiche aziendali di infermieri e ausiliari. Anche le leggi nazionali e regionali che disciplinano l'organizzazione del lavoro degli infermieri pugliesi sono state disattese, come disattese le aspirazioni a trattamenti economici in linea con le maggiori conquiste della professione e le maggiori responsabilità che l'infermiere oggi ha verso l'azienda sanitaria da cui dipende e verso la salute del cittadino.

## UNA POLITICA REGIONALE SORDA

Tutte istanze più volte sollecitate, in attesa di impegni pubblici disattesi e che producono effetti negativi sulla qualità dei servizi alla salute, per i quali gli infermieri sono deputati ad assolvere per dovere professionale. Ecco dunque che si fa strada la filosofia del vecchio detto: "*chi vuole va . . . chi non vuole manda*". Ovvero, **non delegare più ad altri la soluzione dei tuoi problemi, se davvero vuoi che siano risolti**. Per essere ancora più espliciti, non investire più altre figure professionali dei tuoi problemi, dando il tuo voto perchè ti rappresentino, ma candidare e votare "**l'infermieristica**", rappresentativa di tutti gli infermieri, con i loro problemi professionali quotidiani da risolvere.

Che ne pensate, amici lettori?

Noi, per parte nostra, abbiamo voluto ascoltare (spazio del giornale permettendo), nelle interviste che seguono, la voce di tre infermieri, senza preclusioni politiche o di partito. Abbiamo posto a tutti le stesse domande, che potete leggere scritte in grassetto in questa stessa pagina, per conoscere la loro opinione su tale vera e propria sfida elettorale che il gruppo professionale ha lanciato, o come piace definirla, di **risveglio dell'orgoglio professionale**.

#### GLI INTERVISTATI



**Michele Dell'Olio**, anni 55.  
Coordinatore infermieristico della sala operatoria, Ospedale "San Nicola Pellegrino" di Trani.

**1** – *Questo trend negativo per essere invertito ha bisogno dell'azione congiunta e forte di tutti gli infermieri.*

*Abbiamo raggiunto, come professione, un certo livello di preparazione culturale e maggiore professionalità, ma non dobbiamo dimenticare di avere una posizione che ci permette di essere rappresentativi nell'ambito del sistema sanitario. Se non riusciamo a convincere noi stessi che abbiamo nostre potenzialità da esplicitare, non usciremo mai da questo "servilismo" verso altre professioni sanitarie, perchè queste non avranno alcun interesse a farci emergere. Solo agendo su noi stessi e puntando a valorizzare la nostra professione e il nostro ruolo, tirando fuori la grinta, il nostro vissuto di esperienze, le nostre capacità individuali, riusciremo a conquistare i nostri legittimi diritti, sia dalla politica che dai dirigenti delle Aziende presso cui operiamo.*

**2** – *E' un atteggiamento consequenziale a ciò che ho appena detto. In fin dei conti, anche a chi è stato liberamente eletto con il voto degli infermieri importa poco della carriera e della professione infermieristica. Ci si ricorda di noi infermieri quando bisogna*

#### I QUESITI

- 1** Le problematiche che gravano sulla classe infermieristica sembra siano diventate più numerose in questi ultimi anni. Vuoti di organico sempre più frequenti in numerose strutture ospedaliere e nelle ASL, inadeguate risorse economiche per migliori e più dignitosi livelli retributivi, nonostante i maggiori carichi di lavoro e la preparazione professionale più elevata, sono tra le questioni più pregnanti. Come invertire tale trend negativo specie nella nostra regione?
- 2** Dai Collegi IPASVI è stato presentato al Governo e ai Consiglieri regionali un "Libro bianco" sulla "questione infermieristica" della Puglia, iniziativa sottolineata dalla imponente manifestazione pubblica del 20 maggio scorso. Un "silenzio assordante" è stata la risposta dal Palazzo del Governo e dai Consiglieri della Regione Puglia. Quale è la tua opinione su tale atteggiamento degli eletti che siedono in Consiglio regionale, anche grazie ai voti degli oltre ventisettemila infermieri pugliesi?
- 3** Considerata, dunque, la scarsa o nulla considerazione che il Governo e i consiglieri regionali hanno della classe infermieristica, come vedresti la presenza di infermieri eletti in rappresentanza della categoria professionale nel prossimo Consiglio regionale pugliese, al di là di schieramenti politici?

*raccogliere i voti, oppure far colpo sull'opinione pubblica, parlando della carenza di infermieri per far funzionare i reparti ospedalieri, come soluzione unica dei problemi che la sanità ha nella nostra regione.*

**3** – *Questa è una cosa che mi fa doppiamente piacere nel momento in cui un infermiere, perchè tale, entra in politica attiva per difendere l'immagine della professione e la nostra categoria. Non mi esprimo su quello che può essere lo schieramento politico, perchè un infermiere che si propone gli interessi della professione, al di là del suo credo politico, deve porre in primo piano la tutela di tali interessi. Vedo l'occasione delle prossime competizioni elettorali in maniera molto positiva e auguro a chiunque, fra gli*

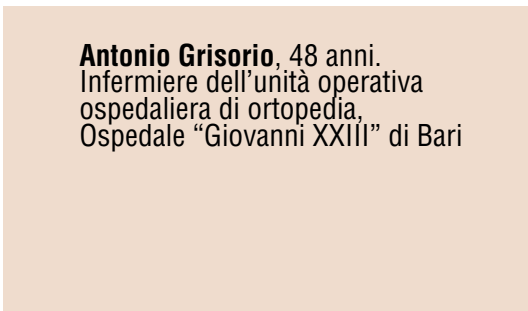


*infermieri, si ponga come protagonista di questa competizione, il sostegno di noi tutti e in maniera collegiale e la forza e l'orgoglio di sostenere le rivendicazioni della nostra professione.*

*decisionale. Noi tutti infermieri, in questo caso, dobbiamo avere spirito di corpo nella prossima scelta delle elezioni regionali, se vogliamo conquistare il riconoscimento pubblico di professionisti della salute.*



**Tommaso Sciancalepore**, anni 48. Coordinatore infermieristico unità operativa di cardiologia e terapia intensiva, Ospedale "Don Tonino Bello" di Molfetta.



**Antonio Grisorio**, 48 anni. Infermiere dell'unità operativa ospedaliera di ortopedia, Ospedale "Giovanni XXIII" di Bari

**1** – *Stiamo vivendo i fatti di cronaca giudiziaria per le corruzioni nella Sanità pugliese. E' naturale che dove esistono interessi privati nella Sanità non esistono gli interessi degli operatori sanitari in genere e per la tutela della salute dei cittadini. Per cambiare tale stato di cose per la nostra professione è opportuno non solo incrementare l'organico degli infermieri, ma aumentare la dotazione del personale di supporto (OTA, OSS, ecc.), perchè viviamo in numerosi casi una situazione di non professionalità, in quanto si deve sopperire anche ai compiti propri delle figure ausiliare, per andare incontro alle esigenze dell'ammalato.*

**1** – *Diciamo che le problematiche che interessano la professione infermieristica sono note da tempo. Oggi sono, sicuramente, diventate più difficili e complicate.*

*Il numero esiguo negli organici delle Aziende sanitarie ha determinato una carenza nell'assistenza all'ammalato.*

*Questa situazione, là dove esistono intese Università-Regione, è determinata in primo luogo dalle decisioni dei responsabili delle Cliniche universitarie, che non garantiscono un normale turn over per gli infermieri che vanno in pensione. Le Università si giustificano dicendo che non hanno professionalità, spazi, o educatori e questo gioca contro il personale infermieristico in primis.*

**2** – *Secondo me, la politica ignora le esigenze degli infermieri, perchè spesso, gli stessi vertici delle Aziende sanitarie non hanno la cognizione di quello che è il vissuto della struttura sanitaria che dirigono e non conoscono, in maniera adeguata, le problematiche giornaliere degli operatori sanitari. La salute è un bene pubblico e bisogna investire su tale bene. Ma se le problematiche vengono riferite in sede politica in maniera distorta, soltanto al fine della salvaguardia dei propri interessi di dirigente, le esigenze aziendali non saranno rapportate in sede politica in modo veritiero.*

**2** – *E' giunto il momento per la professione di mettersi in prima linea nel rivendicare alcuni diritti, perchè tutti gli schieramenti politici non hanno mai risposto alle logiche delle problematiche che interessano la professione.*

*Credo, dunque, sia maturo il momento che la professione faccia un passo avanti e scenda in campo per rivendicare i legittimi diritti.*

**3** – *Sicuramente si, perchè penso che laddove le decisioni vengono prese da persone che conoscono le realtà degli ospedali o a livello di distretto e che giornalmente sono a contatto con tutte le problematiche relative alla nostra professione, sicuramente quella dell'infermiere è una figura chiave in sede*

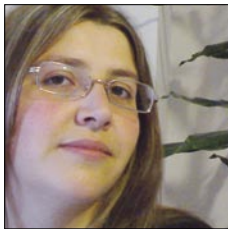
**3** – *Vedo molto positivamente una rappresentanza infermieristica in competizione elettorale. Speriamo che in tutti i collegi elettorali pugliesi vi siano molti infermieri che scendano in campo, in tutti gli schieramenti, sia di destra che di sinistra o centro, purchè l'unico obiettivo sia la rappresentatività degli interessi della nostra professione e della salute dei cittadini.*



# INFLUENZA PANDEMICA DA VIRUS AH1N1

## Quali impatti sul mondo del lavoro?

Vanessa  
**MANGHISI**



L'Organizzazione Mondiale della Sanità dall'11 giugno 2009 ha deciso il passaggio dalla fase 5 alla fase 6 (la più alta) di rischio pandemia del nuovo virus influenzale A/H1N1, noto

come virus dell'"influenza suina". Una pandemia è un'epidemia determinata dalla rapida diffusione di una infezione in più aree del mondo, con un elevato numero di casi gravi appartenenti a tutti i gruppi di età e una mortalità elevata. La pandemia differisce dalle influenze stagionali perché queste ultime sono generate da sottotipi di virus influenzali già esistenti, mentre le pandemie sono causate da sottotipi virali nuovi o che non circolano nella popolazione da molto tempo. Va detto che la comparsa di un nuo-

vo ceppo virale non è di per sé sufficiente a causare una pandemia, occorre, infatti, anche che il nuovo virus sia capace di trasmettersi da uomo a uomo in modo efficace. Comunque, nonostante la velocissima diffusione in tutti i continenti, l'infezione non suscita preoccupazioni per la sua gravità poiché procura solo una sintomatologia paragonabile a quella di una lieve influenza stagionale. Il settore lavorativo maggiormente esposto è sicuramente quello della sanità, ove è possibile utilizzare, per ridurre il rischio di contaminazione incrociata, appositi DPI (mascherine, FFP, guanti monouso, ecc.). Possono essere esposti anche i lavoratori

che hanno un contatto diretto con il pubblico come gli addetti alle relazioni con l'utenza negli uffici pubblici e privati, addetti alle casse dei supermercati, ecc. Ov-

viamente l'influenza può essere contratta anche in ambienti non lavorativi, come le discoteche, i mercati pubblici, ecc.. Al fine di favorire una corretta informazione dei

**“L'influenza da virus A/H1N1 è indubbiamente più contagiosa della comune influenza stagionale, ma non è sicuramente più pericolosa; sembra che la mortalità da complicanze sia del 12% di quella dell'influenza stagionale”**



cittadini, il Ministero della salute ha pubblicato una dettagliata informativa, indirizzata a tutti i cittadini, impostata con il sistema delle risposte a domande frequenti (FAQ = *frequency answer question*) inerenti alla diffusione del virus e le misure di prevenzione da adottare. La nuova influenza provocata dal virus A/H1N1, quindi, è un'infezione virale acuta dell'apparato respiratorio con sintomi fondamentalmente simili a quelli classici dell'influenza: febbre a esordio rapido, tosse, mal di gola, perdita d'appetito, sonnolenza, malessere generale. Come per l'influenza classica sono possibili complicazioni gravi, tra cui la polmonite. Il tempo d'incubazione va da 1 a 4 giorni e dopo un breve periodo di astenia, d'indolenzimento muscolare e talvolta di dolori generalizzati, compare un esordio con brividi e febbre anche elevata che s'instaura entro 24 ore. È frequente pure una cefalea associata spesso a dolori oculari e fastidio alla luce. I sintomi respiratori iniziali sono di solito lievi, con mal di gola raschiante, bruciore retro sternale, tosse secca e raffreddore. In seguito, la tosse diventa produttiva, la cute diventa calda e rossa, la gola s'infiamma e duole, gli occhi diventano lucidi e lacrimano facilmente e ci possono essere nausea e vomito (più frequente nei bambini) e diarrea. I sintomi acuti regrediscono dopo 2-3 giorni, anche se in alcuni casi (soggetti immunologicamente più deboli) si prolungano ed è facile che compaiono delle complicazioni bronchiali. La convalescenza è caratterizzata da debolezza, sudorazione e astenia, sintomi che possono persistere anche diversi giorni dopo la cessazione della febbre. Come l'influenza stagionale, l'influenza da virus influenzale A/H1N1 nell'uomo può presentarsi in forma lieve o grave.

Come l'influenza stagionale, può causare

## POSOLOGIA E MODO DI SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO:

Adulti e anziani: 0,5 ml. Una seconda dose di vaccino deve essere somministrata dopo un intervallo di almeno 3 settimane. L'immunizzazione deve essere eseguita tramite iniezione intramuscolare nel muscolo deltoide.

Controindicazioni:

Precedente reazione anafilattica (con pericolo di vita) ad uno qualsiasi dei componenti di questo vaccino o a residui di uova, proteine di pollo, kanamicina e neomicina solfato. Tuttavia, in caso di pandemia, può essere opportuno somministrare il vaccino, a condizione che, in caso di necessità, siano immediatamente disponibili le attrezzature necessarie per la rianimazione. È necessario prestare attenzione, in caso di somministrazione del vaccino a soggetti con ipersensibilità nota (reazioni diverse dall'anafilassi) al principio attivo, ad uno qualsiasi degli eccipienti e a uova, proteine di pollo, kanamicina e neomicina solfato. Come per tutti i vaccini iniettabili, devono sempre essere prontamente disponibili i trattamenti e la supervisione medica appropriati nel raro caso di comparsa di reazioni anafilattiche in seguito alla somministrazione del vaccino. Se la situazione di pandemia lo consente, l'immunizzazione deve essere rimandata nei pazienti con grave affezione febbrile o infezione acuta. Il vaccino non deve essere somministrato per alcuna ragione per via intravascolare o sottocutanea. Nei pazienti con immunosoppressione endogena o iatrogena la risposta anticorpale può essere insufficiente. È possibile che non tutti i vaccini inducano una risposta protettiva.

Il vaccino non deve essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. Se, tuttavia, la cosomministrazione con un altro vaccino è indicata, l'immunizzazione deve essere eseguita in arti differenti. È da evidenziare che le reazioni avverse possono essere potenziate. La risposta immunologica può essere ridotta se il paziente riceve un trattamento immunosoppressivo.

Virus influenzali: classificazione			
Tipo	Patogeno per	Sottotipi di emoagglutinina	Sottotipi di neuramidasi
A	Uomo	H1-H2-H3	N1-N2
	Suino	H1	--
	Uccello	H3-H4-H5-H6 - ...	N3-N4-N5-N6 - ...
	Cavallo	H3-H7	N7-N8
B	Uomo	--	--
C	Uomo	--	--

un peggioramento di patologie croniche pre-esistenti fino a causare complicazioni gravi (polmonite e insufficienza respiratoria) e decessi associati a infezione da virus A/H1N1. Le persone affette da questo tipo d'influenza (virus A/H1N1) devono essere considerate potenzialmente contagiose per tutto il periodo in cui manifestano sintomi, generalmente per 7 giorni dall'inizio della sintomatologia, più il giorno che precede l'insorgenza dei sintomi.





## TRATTAMENTO CON ANTIVIRALI

Il trattamento farmacologico dovrebbe essere preso in considerazione specialmente nei soggetti con un elevato rischio di sviluppare complicanze gravi in corso d'infezione o con un quadro clinico grave. Al momento attuale il virus A/H1N1 risulta essere sensibile agli inibitori delle neuraminidasi (Oseltamivir-Tamiflu e Zanamivir-Relenza) e resistente ai farmaci amantadini (amantadina e rimantadina).

Il trattamento con antivirali è **fortemente raccomandato** nei casi sospetti, probabili o confermati d'influenza A/H1N1 che presentino i seguenti indicatori di gravità:

- ipossia (anche con radiografia negativa al torace);
- shock ipotensivo;
- alterazione del sensorio.

Il trattamento con antivirali è **raccomandato** nei casi sospetti, probabili o confermati d'influenza A/H1N1 in persone che abbiano le seguenti condizioni a rischio di complicanze:

- gravidanza o donne in allattamento;
- asma in trattamento;
- obesi con indice di massa corporea (BMI – Body Mass Index) superiore a 30.

La durata del trattamento terapeutico è di 5 giorni

### Indicazioni per la profilassi dei contatti

Per l'eventuale profilassi dell'infezione da A/H1N1 possono essere utili e utilizzati indifferente sia l'oseltamivir sia lo zanamivir. La durata del trattamento profilattico è di 10 giorni dall'ultima esposizione. La profilassi può essere presa in considerazione sulla base di un'appropriate valutazione del rischio per gli operatori sanitari che abbiano riportato un'esposizione a materiale contenente virus A/H1N1 potenzialmente infettante oppure a pazienti (casi sospetti, probabili o confermati) e che abbiano osservato le precauzioni standard e di igiene respiratoria, né utilizzato in modo adeguato i DPI. Pertanto, si sottolinea per tali categorie, l'importanza all'utilizzo adeguato dei DPI anche in presenza di casi sospetti già nella fase di triage dei pazienti.

I primi casi della nuova influenza umana da virus A/H1N1 sono stati legati a contatti ravvicinati tra maiali e uomo; il nuovo virus A/H1N1 è, infatti, un virus di derivazione suina. Nell'uomo infezioni da virus influenzali suini sono state riscontrate occasionalmente fin dagli anni 50 e sono legate a esposizione e contatti ravvicinati con suini, ma il nuo-



vo virus A/H1N1 si è ora adattato all'uomo ed è diventato trasmissibile da persona a persona. Nel corso degli anni, sono emerse diverse varianti di virus influenzali suini; al momento, nei maiali sono stati identificati 4 sottotipi principali di virus influenzali di tipo A: H1N1, H1N2, H3N2, e H3N1.

Nel linguaggio dei virologi, il virus dell'influenza appartiene alla famiglia degli "Orthomyxo". Questi virus si presentano con una superficie acuminata con molecole di emoagglutinina (H) e neuraminidasi (N):

L'influenza non è trasmessa attraverso il cibo e non vi è alcun rischio d'infezione attraverso il consumo di carne di maiale cotta o prodotti a base di carne di maiale. Mangiare carne maneggiata in maniera appropriata, carne cotta e prodotti a base di carne suina non comporta alcun rischio. Cuocere la carne a temperatura interna di 70-80° gradi uccide il virus dell'influenza,



subire evidenti variazioni nel tempo. La trasmissione del virus dell'influenza avviene da uomo a uomo e può verificarsi per via aerea attraverso i droplets emesse dall'apparato respiratorio (gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce), ma anche indirettamente attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Pertanto una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie è essenziale nel limitare la diffusione dell'influenza. Per la diagnosi di tale influenza è necessario raccogliere un campione di secrezioni respiratorie (tampone nasale o faringeo) entro i primi 4-5 giorni dall'inizio dei sintomi (quando è maggiormente probabile che la persona elimini i virus). Comunque, alcune persone e in particolar modo i bambini possono eliminare il virus influenzale per 10 giorni e più. Per identificare il virus, in presenza di **casi che presentano un quadro clinico impegnato**, è necessaria l'esecuzione di un tampone naso-faringeo (e sangue per sierologia) e inviare il campione a un laboratorio di riferimento. Le tecnologie più recenti utilizzano la PCR (reazione a catena della polimerasi, tecnologia genetica per determinare i genomi). I risultati dei test molecolari solitamente si hanno dopo 5-6 ore con conferma dopo 10-12 ore.

così come molti altri batteri e virus. Esistono 3 ceppi di virus influenzali: A, B e C. Il virus A ha un elevato potenziale di mutazione, detto "spostamento antigenico". I virus influenzali di tipo A possono causare sia pandemie (epidemie estese a tutto il mondo) sia infezioni potenzialmente gravi, proprio perché sono soggetti a frequenti cambiamenti antigenici che pertanto non sono riconosciuti e neutralizzati dagli anticorpi già presenti nella popolazione (e originati da precedenti contatti virali). Le ricombinazioni genetiche maggiori cui va incontro il virus di tipo A avvengono per interazioni tra virus umani e virus animali. Il virus di tipo B, che non colpisce gli animali ma solo l'uomo, non presenta queste importanti variazioni e causa quadri sintomatologici più lievi, più costanti e meno diffusi. La composizione antigenica del virus influenzale di tipo C non sembra

Classi di età e incidenza della malattia influenzale	
Fasce di età	Incidenza
0 - 1 anni	Scarsa
1 - 5 anni	Lieve
6 - 14 anni	Massima
15 - 24 anni	Media
25 - 34 anni	Moderata
35 - 54 anni	Media
Oltre e 55 anni	Lieve

Il decreto legislativo 81/2008 e s.m.i. (D. Lgs 106/2009) dispone, infatti, all'articolo 25 comma 1 che il Medico Competente deve collaborare con il datore di lavoro all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di propria competenza. Obiettivo specifico è di **evitare la trasmissione e/o proteggersi dal virus**. Per evitare la trasmissione, quindi, è necessario evitare innanzitutto e possibilmente, il contatto tra i liquidi o i tessuti infetti (soprattutto i tessuti polmonari) e le membrane mucose di naso e faringe. Il contatto, infatti,





può avvenire tramite:

- inalazione per aerosol dal naso o dalla bocca;
- “tosse”: assorbimento delle goccioline dal naso o dalla bocca;
- trasmissione di liquidi presenti su mani o dita nella bocca o nel naso;
- contatto delle mucose polmonari infette con le mucose della bocca o del naso.

Per interrompere, quindi, questa catena d'infezione tipica, sono essenziali le norme di una corretta igiene: lavarsi le mani dopo il contatto con animali e persone infette, indossare guanti e mascherine di protezione del naso e della bocca e indumenti protettivi. Poiché l'assorbimento nelle vie respirato-

rie è il mezzo d'infezione più probabile, gli indumenti protettivi costituiscono solo uno strumento secondario per evitare la contaminazione incrociata, infatti, proteggono gli operatori dalle particelle infette e limitano il rischio di trasmissione e diffusione del virus. **Lo scenario a oggi ipotizzabile è quindi sovrapponibile a quello che accade in corso d'influenza stagionale, pur con una verosimile maggiore incidenza legata all'alta suscettibilità della popolazione al nuovo virus;** pertanto le indicazioni fanno tesoro dell'esperienza maturata negli anni passati da parte del sistema sanitario e socio-sanitario regionale e della letteratura scientifica in materia.

## BIBLIOGRAFIA

- Roberto Gava, l'Influenza suina A/H1N1 e i pericoli della vaccinazione antinfluenzale: criteri scientifici di orientamento;
- SIMG, Documento culturale e operativo per la nuova influenza A/H1N1: serie di schede contenute nel cofanetto da “rompere in caso di pericolo”;
- DuPont Personal Protection, H1N1 siete preparati?
- sito internet dell'Istituto Superiore di Sanità ([www.iss.it/flu](http://www.iss.it/flu))
- checklist OMS, “Assistenza al paziente: nuova influenza A (H1N1)”.



# L'INFERMIERISTICA E L'ANORESSIA NERVOSA

Micheline  
**CESAREO**



bi alimentari) scriveva che “questo genere di malattia nuova è una rarità che colpisce giovani, ricchi e belli”. Oggi questo concetto è stato completamente ribaltato in quanto i casi di Anoressia Nervosa si sono poi verificati in ogni tempo ed in diversi contesti culturali ed ambientali e rappresentano una delle patologie più frequenti nell'era moderna.

## CARATTERISTICHE CLINICHE

La modalità di esordio più frequente è graduale ed insidiosa: un adolescente, talora realmente in sovrappeso, decide di intraprendere una dieta per perdere qualche chilo, ma la dieta finisce per imporsi in modo assoluto ed automatico.

Nonostante il termine anoressia indichi assenza di appetito, la maggior parte dei pa-

L'Anoressia Nervosa è una patologia di pertinenza psichiatrica caratterizzata da grave alterazione della condotta alimentare. Nel 1978 **Hilde Brunch** (la maggiore studiosa sui distur-

zienti ammette di aver avuto fame ma di non potersi permettere di mangiare per paura di ingrassare. I pazienti anoressici esercitano un controllo ossessivo sul peso, diventando dipendenti dalla bilancia.

Il rapporto con la bilancia può essere ritualizzato o conflittuale: si pesano più volte al giorno, magari dopo ogni ingestione anche minima di cibo. Dal “verdetto” della bilancia può dipendere il mantenimento della stima di sé, del proprio valore e delle proprie capacità.

Tra le condotte di eliminazione, cioè comportamenti messi in atto per contrastare gli effetti dovuti all'aumentato introito di cibo, la più diffusa è il vomito che spesso è auto-

provocato. Anche l'iperattività fisica rappresenta una delle condotte di eliminazione (marcia, nuoto, bicicletta, danza, ginnastica, pa-

lestra). Eccessiva attività fisica che spesso contrasta con il grave deperimento organico. Il disturbo dell'immagine corporea si manifesta sul fatto che i pazienti affermano di continuare a sentirsi grassi anche quando sono in evidente sottopeso.

Convincere i pazienti a mangiare ha di solito l'effetto di rinforzare i propositi di digiuno e aumentare la spinta all'isolamento sociale. Condizione familiare che spesso porta a quadri di grave angoscia.

**“I pazienti anoressici esercitano un controllo ossessivo sul peso, diventando dipendenti dalla bilancia”**



### CRITERI DIAGNOSTICI IN PAZIENTI ANORESSICI

- rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al livello del peso minimo normale per l'età e la statura;
- intensa paura di acquisire peso e di diventare grassi anche se si è sottopeso;
- nelle donne dopo il menarca amenorrea cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi.

### LA TERAPIA

La terapia dell'Anoressia Nervosa, condivisa dalla comunità scientifica internazionale per i risultati a medio e lungo termine, è l'utilizzo di un *approccio terapeutico integrato*, in cui una o più figure si occupano a livelli diversi del soggetto portatore della patologia, così come dei familiari o dei compagni. Un ruolo importante nella cura spetta anche alla terapia farmacologica da utilizzare sempre insieme agli interventi nutrizionali e psicoterapeutici che sono il vero cardine della terapia.

La terapia dei soggetti con Disturbi del Comportamento Alimentare dura almeno 2 anni, è poli strutturata e si pone l'obiettivo di:

- ripristinare un ritmo biologico sufficiente a conservare un buon funzionamento psico-fisico e ad arginare i pericolosi effetti fisici dei sintomi alimentari;
- facilitare, per quanto possibile, le risorse interne al nucleo familiare sia genitori che fratelli in modo da consentire una buona complicità verso l'obiettivo comune del miglioramento;

- creare un terreno di accoglienza e confronto sui disagi e le paure dei soggetti tali da facilitare il superamento del momento di crisi e l'acquisizione di nuovi e più funzionali stati cognitivi ed emotivi;
- valutare e trattare eventuali altre patologie sia dal punto di vista fisico che da quello psicologico.

### IL RUOLO DELLA FIGURA INFERMIERISTICA

*L'assistenza infermieristica sui pazienti ospedalizzati è determinante.* In primo luogo è fondamentale che si stabilisca una buona comunicazione fra l'infermiere ed il paziente. In questo caso è l'infermiere che

si trova in una posizione di vantaggio perché è lui che detta le prime regole quando si trova con il paziente ed imposta le basi della relazione.

I pazienti che

soffrono di Anoressia Nervosa sono soggetti che più di molti altri necessitano proprio di regole che a volte possono essere molto rigide.

Ruolo dell'infermiere è in primo luogo identificare i bisogni del paziente, ma non solo, egli si occupa anche dell'educazione sanitaria dei familiari, gestisce l'intervento assistenziale infermieristico, che spesso è carico di coinvolgimenti emotivi e ancora più importante garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche, che nel caso di pazienti anoressici può diventare davvero difficile poiché spesso questi soggetti rifiutano di sottomettersi alle cure prescritte.

**“La terapia dell'Anoressia Nervosa, condivisa dalla comunità scientifica internazionale è l'utilizzo di un approccio terapeutico integrato”**

### BIBLIOGRAFIA

- Dipartimento DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) - Azienda U.L.L.S. di Treviso - Assessorato alle Politiche Sanitarie delle Regione Veneto.
- Vertici network di Psicologia e Scienze Affini - “L'assistenza per i disturbi alimentari” di Dr Martina Baratti.
- Terapia cognitivo comportamentale dei DCA di Garner D.M. e Dalle Grave R. - Positive Press - Verona - 1999.

**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*

**IL LAVORO ALLE DIPENDENZE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Non si può non constatare come il rapporto di lavoro nel pubblico impiego, dopo la legge n°15 del 2009 appaia fortemente modificato nella sua natura e struttura ontologica, soprattutto tenuto conto del nuovo sistema di contrattazione collettiva previsto nel nuovo titolo III° del D.Lgs n°165/2001. Appare, infatti, arduo sostenere che, allo stato attuale, ci si trovi di fronte ancora a un rapporto squisitamente “contrattualizzato” (nella definizione di Massimo D’Antona), e cioè a una sua norma giuridica prevalentemente disciplinata dalle norme della contrattazione collettiva e dai principi desumibili dal codice civile.

**La riforma Brunetta**

La riforma interviene sul punto tracciando una nuova ripartizione tra materie riservate alla legge statale e alla contrattazione collettiva, prevedendo in sostanza che gli istituti fondamentali, fino ad oggi attribuiti con riserva di legge alla legislazione contrattata tra A.R.A.N. e organizzazioni sindacali, dovranno trovare definizione esclusiva, in mancanza di espressa delega alla contrattazione nella norma di legge statale. A tal proposito il nuovo art 40 del D.lgs n°165 del 2001, esplicitamente esclude dalla contrattazione collettiva tra le altre:

- a) Le materie concernenti le sanzioni disciplinari;
- b) La valutazione delle prestazioni, ai fini del trattamento economico accessorio;
- c) La mobilità;
- d) Le progressioni economiche.

La legge interviene anche sulla dirigenza modificando alcune norme in materia di conferimento e della revoca degli incarichi dirigenziali. La conseguenza, in riferimento alla disciplina giuridica del rapporto di lavoro, all’indomani dei nuovi contratti collettivi nazionali, come è noto di durata triennale, sarà la coesistenza di un rapporto di lavoro con una duplice regolamentazione giuridica, rappresentato da istituti introdotti con legge dello Stato ed in molti casi inderogabili e dalla contrattazione collettiva in via residuale, dando luogo a non poche conseguenze sia in ordine alla ricostruzione dei rispettivi limiti di attribuzione delle diverse fonti di diritto del

lavoro pubblico, che in merito alla giurisdizione applicabile alla specifica disciplina.

**Misurare la performance lavorativa**

Un primo significativo intervento sul rapporto di lavoro, nella ratio riformatrice ispirata al conseguimento della efficienza ed ottimizzazione della pubblica amministrazione, è certamente quello operato attraverso una modifica sostanziale delle voci e della struttura della retribuzione nell’art 45 del D.lgs n°165/01. Innanzitutto, viene introdotto l’istituto della performance in sostituzione di quello di produttività, con la intenzione di tenere ben distinti il trattamento fondamentale dalla parte relativa al trattamento economico accessorio per i dipendenti e per la dirigenza da quella della posizione di risultato ( cfr.art 24 c.1 bis D.lgs n°165/01). Ciò determina l’attribuzione di un valore rilevante ai fini della verifica del raggiungimento effettivo degli obiettivi assegnati, presupposto indefettibile per la attribuzione delle risorse aggiuntive. A ben vedere proprio il livello di performance c.d. individuale (accanto a quella c.d. organizzativa), conseguito ai fini dell’attribuzione del trattamento economico accessorio, diventa anche condizione preferenziale per l’accesso alle procedure per la progressione economica e giuridica dei dipendenti, prevedendo la norma che il collocamento nella fascia più alta, tra le tre previste dal decreto, costituisca rispettivamente titolo prioritario e rilevante.

**Le mansioni del lavoratore**

Successivo elemento di novità che inciderà profondamente sulla struttura giuridica del rapporto di lavoro con riferimento alla problematica relativa “ai limiti quantitativi e qualitativi” della prestazione del dipendente pubblico, è senza dubbio la modifica operata sull’art 52 del D.Lgs n°165/2001 che attiene alle prestazioni richiedibili al lavoratore dipendente da intendersi, nella ratio della riforma Brunetta, quale condizione di ottimizzazione delle risorse a disposizione della pubblica amministrazione. Va rilevato come alla luce dell’attuale disposto normativo, al dipendente potrà essere chiesto l’adempimento di quelle mansioni non più corrispondenti alla classificazione professio-





nale, ma all'area d'inquadramento, i cui confini appaiono meno certi, se non si provvederà anche all'emanazione di norme finalizzate a introdurre una disciplina di raccordo, che tenga conto anche delle abilitazioni conseguite e delle esperienze professionali acquisite dai dipendenti.

### **Nuove norme disciplinari**

Altro indice di un mutamento degli assetti regolativi del rapporto di lavoro, le rilevanti modifiche intervenute in riferimento alla materia disciplinare, parimenti concepita come strumento funzionale e/o di controllo dei risultati della performance individuale; sul punto il decreto attuativo della L. n.15 del 2009, nel portare a completamento il processo di autonomia del procedimento disciplinare da quello penale, è intervenuto in primo luogo sul procedimento disciplinare distinguendo tra sanzioni lievissime, e cioè il rimprovero verbale, che sarà regolato dalla contrattazione collettiva, e quelle meno gravi, regolate esclusivamente dalla legge che attribuisce tutti i poteri al dirigente dell'ufficio in cui presta servizio il dipendente; per quelle più gravi invece, la competenza resta attribuita all'ufficio competente per i procedimenti disciplinari che deciderà anche in merito a quelle meno gravi nel caso in cui il responsabile dell'ufficio non possieda la qualifica di dirigente (cfr.55 bis c.2,c.4 del D.lgs n°165/01).

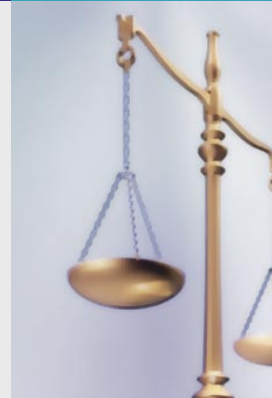
### **Azione sanzionatoria**

Per quanto concerne poi le nuove tipologie sanzionatorie introdotte dal decreto e ritenute espressamente inderogabili da parte della contrattazione, si chiarisce in primo luogo che sulla materia resta la giurisdizione del giudice ordinario in funzione del lavoro secondo l'art 63 del D.lgs n°165/01. La disposizione di cui all'art 55 quarter prevede, tra le nuove fattispecie sanzionatorie "non conservative" riconducibili alla tipologia del licenziamento c.d. disciplinare, sei nuove fattispecie tra cui rileva quella per falsa attestazione della presenza in servizio mediante alterazione di atti o del sistema di rilevamento o attraverso certificato medico falso (cfr.lett a c.1). A ben vedere questa fattispecie appare in linea con la ratio di partico-

lare rigore della riforma del pubblico impiego in tema di inasprimento delle sanzioni agli assenteisti, atteso che il comportamento già di per sé fonte di responsabilità disciplinare, è presupposto della nuova figura di reato per false attestazioni o certificazioni introdotta dal successivo art. 55 quinquies che può dar luogo anche a responsabilità del dipendente per danno patrimoniale nonché per danno all'immagine subito dalla pubblica amministrazione. Ancora tra le misure estintive del rapporto di lavoro poste in qualche modo a presidiare l'ottemperanza degli obiettivi di performance assegnati al dipendente pubblico, va menzionata la specifica e nuova tipologia di licenziamento disciplinare prevista per insufficiente rendimento riscontrato in un arco temporale non inferiore ai due anni per reiterata violazione di obblighi concernenti la prestazione (cfr.55 quarter c.2). Infine la successiva disposizione (cfr.art 55 sexies c.2) prevede, il collocamento in disponibilità nel caso in cui il lavoratore cagioni grave danno al normale funzionamento dell'ufficio per inefficienza o incompetenza professionale, accertate dalla p.a. all'esito del procedimento disciplinare.

### **LA RESPONSABILITÀ DEL PROFESSIONISTA SANITARIO: DIFFERENZE TRA LA TUTELA CIVILISTICA E PENALE**

Nel sistema civilistico il nesso di causalità (materiale) - la cui valutazione in sede civile è diversa da quella penale (ove vale il criterio dell'elevato grado di credibilità razionale che è prossimo alla "certezza") - consiste anche nella relazione probabilistica concreta tra comportamento ed evento dannoso, secondo il criterio (ispirato alla regola della normalità causale) del "più probabile che non" Anche con riferimento alla individuazione del nesso di causalità fra la condotta omissiva del medico e l'evento dannoso, si è passati dal criterio della certezza degli effetti della condotta omessa a quello della probabilità di essi e dell'idoneità della condotta stessa ad evitarli, ove posta in essere. Va rilevato che, ove le nozioni di patologia medica e di medicina legale non forniscano un grado di



certezza assoluta, il ricorso al criterio della probabilità costituisce una necessità logica in quanto si tratta di accettare o rifiutare l'assunto secondo il quale il danno si è verificato a causa del fatto che non è stato tenuto il comportamento atteso. E' configurabile il nesso causale fra il comportamento omissivo del medico ed il pregiudizio subito dal paziente qualora attraverso un criterio necessariamente probabilistico si ritenga che l'opera del medico, se correttamente e prontamente prestata, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi. L'onere di provare l'esistenza del nesso causale tra l'evento lesivo e la condotta del medico, indipendentemente dal grado di difficoltà dell'intervento medico chirurgico, grava sul danneggiato. E' configurabile una responsabilità autonoma e diretta della struttura ospedaliera ove il danno subito dal paziente risulti causalmente riconducibile ad una inadempienza alle obbligazioni ad essa facenti carico, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Una responsabilità dell'ospedale può configurarsi anche nella insufficienza delle apparecchiature a disposizione per affrontare la prevedibile emergenza, ovvero nel ritardo nel trasferimento del paziente in un centro ospedaliero attrezzato. Pertanto risulta necessario puntualizzare alcuni aspetti. La notoria duplice natura della responsabilità civile investe, ovviamente, anche l'attività sanitaria. Conseguenza della responsabilità civile, come è noto, è l'obbligo del risarcimento del danno causato dal fatto illecito, sia esso di natura contrattuale o extracontrattuale. La prima ipotesi ricorre quando l'illecito è compiuto nell'ambito di un rapporto obbligatorio contrattuale, genericamente o specificamente disciplinato dalla legge così come avviene in ambito sanitario. La seconda, definita anche aquiliana, è integrata dalla violazione del principio del *neminem laedere* ed è regolata dalla norma di cui all'art. 2043 c.c.. Integrano la responsabilità extracontrattuale, oltre alle condotte dolose, anche i comportamenti di natura colposa caratterizzati da negligenza, imprudenza, imperizia ovvero da inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. La distinzione tra le due forme di responsabili-

tà non è solo dottrina ed astratta, ma investe anche e soprattutto la concreta possibilità per il danneggiato di far valere i propri diritti. Basterà sinteticamente osservare che, mentre in tema di responsabilità contrattuale è richiesta al creditore solo la dimostrazione dell'esistenza dell'obbligazione e del suo mancato ovvero inesatto adempimento, invece in materia di responsabilità aquiliana è imposto al danneggiato l'onere di dimostrare la colpa, il danno e il nesso di causalità, con un evidente aggravio degli oneri probatori spesso rivelatosi impeditivo del ristoro degli stessi pregiudizi pur concretamente accertati. Ed ancora, ben diversi sono i termini di prescrizione del diritto al risarcimento del danno (decennale ex art. 2946 c.c. in tema di responsabilità contrattuale; quinquennale ex art. 2947 c.c. in materia di responsabilità extracontrattuale). In materia di responsabilità del medico, particolare rilevanza ha assunto il richiamo alle disposizioni dettate dall'articolo 32 della Costituzione, laddove in particolare la tutela della salute è concepita quale "diritto fondamentale dell'individuo", nonché quale "interesse della collettività". Quanto al passato, basterà rammentare che il danneggiato, oltre a dover affrontare le varie strettoie imposte dall'applicazione letterale delle sole norme del Codice Civile, vedeva ridursi la possibilità di agire in giudizio entro gli angusti limiti della sola responsabilità extracontrattuale, non essendo allora ipotizzabili -nelle ipotesi di ricovero in strutture ospedaliere pubbliche- rapporti contrattuali diretti del paziente con il sanitario professionista. L'ente ospedaliero pubblico era, infatti, privo di una propria soggettività giuridica ed il medico ne era considerato un dipendente qualificato, alieno da rapporti privatistici diretti con i pazienti. L'evoluzione alla quale si è fatto cenno, non a caso, è apparsa pressoché coeva alla istituzione delle USSL ed alla riconosciuta necessità di addivenire, anche nella organizzazione della struttura dei servizi sanitari pubblici, ad una più moderna forma di riconoscibilità dei soggetti protagonisti del rapporto sanitario. L'assenza di un rilevante contenzioso in materia di responsabilità sanitaria, perciò, non era dovuta alla sola caratterizzazione del rapporto medico-paziente



ma anche e soprattutto alle oggettive difficoltà di azione e tutela del danneggiato, aggravate dall'inestricabile intreccio delle molteplici soggettività giuridiche e dalla insuperabile distinzione delle varie responsabilità tanto è che la giurisprudenza si è sostituita alla giurisprudenza codificando la teoria sulla responsabilità da contatto sociale e la sua applicazione in materia sanitaria. Come si è anticipato, la tutela risarcitoria in materia di responsabilità sanitaria si è evoluta in modo pressoché parallelo all'attività di interpretazione delle norme del Codice Civile alla luce dei principi costituzionali. L'interpretazione delle norme civilistiche in forma costituzionalmente orientata ha accompagnato i quotidiani progressi della scienza medica ed i mutamenti organizzativi che hanno riguardato, in modo particolare, le strutture pubbliche e private nelle quali la professione medica trova, in forme e con modalità svariate, la propria concreta esplicazione.

#### **“Ogni giorno denunciati trenta medici ed equipe”**

Passaggio fondamentale è stata l'affermazione di una nuova e più ampia figura di responsabilità, da più parti definita “da contatto sociale”, introdotta nel nostro ordinamento dalla giurisprudenza e caratterizzata dall'assoggettamento di una certa fattispecie alla disciplina propria delle obbligazioni contrattuali, pur in assenza di un vero e proprio negozio giuridico patrimoniale. La domanda di un soggetto attinente un servizio e la sua accettazione da parte di un altro soggetto introducono al c.d. contatto sociale, dal quale discendono, come si vedrà, importanti conseguenze giuridiche. In dottrina, tale fattispecie è stata assimilata all'ipotesi di un fatto integrato in un negozio giuridico: il contatto -venutosi a creare a seguito dell'offerta e dell'accettazione del servizio- è regolato dalla disciplina applicabile ad un negozio giuridico in qualche modo assimilabile. Nel settore sanitario la relazione o contatto fra i soggetti coinvolti incardina, innanzitutto, una prima ipotesi di relazione negoziale (il c.d. contratto di ospedalità) tra il paziente e l'ospedale ed una parallela altra ipotesi di relazione negoziale con il medico, individuato dal paziente come soggetto tutore di un

diritto costituzionalmente garantito, quale è il diritto alla salute (art. 32 Cost.). Quindi i danni che il professionista sanitario dovrà risarcire saranno il danno patrimoniale ed il danno non patrimoniale. Quanto al danno patrimoniale, può essere considerato risarcibile in primis qualsiasi pregiudizio (incluse tutte le spese mediche sostenute e quelle previste per il futuro) che incida sul patrimonio del danneggiato, determinando una perdita economica o un mancato guadagno.

#### **Il danno non patrimoniale**

Diversamente da quello patrimoniale, il danno non patrimoniale trae la propria antica e specifica origine dalla norma dettata dall'art. 2059 c.c. alla luce del quale tale pregiudizio deve essere risarcito “solo nei casi determinati dalla legge” ed ossia: - il danno biologico in senso stretto “inteso come lesione dell'interesse, costituzionalmente garantito, dell'integrità psichica e fisica della persona, conseguente ad un accertamento medico (art. 32 Cost.) - il danno esistenziale “derivante dalla lesione di (altri) interessi di rango costituzionale inerenti la persona”; - il danno morale.

#### **I danni sofferti dai parenti del paziente**

La Suprema Corte ha riconosciuto il diritto al risarcimento dei danni morali anche ai prossimi congiunti della vittima.

Se, peraltro, ormai indiscutibile appare la legittimazione dei parenti del paziente deceduto ad agire per il ristoro dei danni morali sofferti “jure proprio”, non altrettanto può dirsi quanto ai prossimi congiunti di una persona che abbia sofferto lesioni invalidanti.

La giurisprudenza di legittimità evolvendosi ha statuito che “ai prossimi congiunti di persona che abbia subito, a causa di fatto illecito costituente reato, lesioni personali, spetta anche il risarcimento del danno morale, concretamente accertato in relazione ad una particolare situazione affettiva con la vittima, non essendo ostativo il disposto dell'art.1223 CC, in quanto anche tale danno trova causa immediata e diretta nel fatto dannoso” (Cass. 1.7.2002, n. 9556).



# IL “POTERE” NELLA PRATICA INFERMIERISTICA

Elsa  
VITALE



Nel 1959 French and Raven identificarono cinque tipologie differenti di potere nell'ambito della pratica infermieristica. Le forme più ovvie di potere possono essere osservabili nel-

le posizioni del dirigente infermieristico o nel coordinatore di care management, vale a dire nelle forme di potere legittimato, in cui, ciascuno, nell'ambito della propria posizione lavorativa legittima il proprio potere, in virtù del ruolo che ricopre all'interno di un'organizzazione. Spesso si tratta di potere autoritativo, nel quale gestisce direttamente il lavoro di altri i quali sono dovuti a rispondergli. Tipiche attività che possiedono tale potere sono i processi di decision-making, e il controllo, nonché il collocamento nell'organizzazione delle risorse umane.

Il potere di referenza si osserva nel caso in cui qualcuno viene ufficialmente o ufficiosamente delegato di un potere da parte del titolare iniziale del potere stesso. In altri termini, lo scopo è quello di identificarlo come un leader o cosa il leader rappresenterebbe. I referenti erano molto diffusi negli anni passati, ed i nuovi infermieri sono incoraggiati nel ricercarli quando iniziano la loro carriera lavorativa al fine di poter avere un punto di riferimento. Un termine sovente utilizzato col potere di referenza è quello di “carisma” che è il potere per il quale viene designata a tale compito una persona anziché un'altra poiché possiede talune doti ed alcuni comportamenti idonei nello svolgere tale mansione, come ad esempio il modo di agire da leader e di relazionare con gli altri.

Il potere di ricompensa si può osservare nel momento in cui un individuo ricompensa un altro con complimenti o altri commenti positivi. È anche osservabile nelle promozioni e negli avanzamenti di carriera, negli incrementi di salari e di indennizzi.

Il potere coercitivo, invece, riguarda l'uso di trattamenti punitivi per forzare determinati comportamenti. Per esempio, se un infermiere non svolgesse il proprio lavoro rispettando la propria deontologia professionale, il collegio professionale potrebbe

**“Il potere dell'esperienza è posseduto da coloro che raggiungono conoscenze avanzate nella propria specialità ed abilità che gli permettono di perseguire determinati obiettivi”**

Il potere coercitivo, invece, riguarda l'uso di trattamenti punitivi per forzare determinati comportamenti. Per esempio, se un infermiere non svolgesse il proprio lavoro rispettando la propria deontologia professionale, il collegio professionale potrebbe



provvedere con il richiamo o addirittura, nei casi più disparati, con l'irradiazione dal corpo professionale.

Il potere dell'esperienza è posseduto da coloro che raggiungono conoscenze avanzate nella propria specialità ed abilità che gli permettono di perseguire determinati obiettivi. Inoltre, essi ricevono il rispetto da parte degli altri. Tale tipologia di potere è possibile vederla ogni giorno in qualsiasi unità operativa. Dal momento in cui l'infermiere diviene sempre più specializzato, l'individuo con le conoscenze più avanzate, con le abilità acquisite più sofisticate, inizia ad acquisire sempre più potere nell'area dove tali abilità risultino essere importanti. Altre due forme di potere possono essere aggiunte alla suddivisione iniziale di French e Raven

e sono: il potere dell'informazione che esiste quando un individuo possiede informazioni di cui altri individui necessitano o desiderano per raggiungere i propri obiettivi.

Ad esempio, un infermiere che possiede maggiori nozioni ed informazioni circa il budget della propria unità operativa oppure un altro che possiede maggiori informazioni circa le politiche da adottare nella guida dei comportamenti degli altri.

Il potere di relazione che rappresenta un effetto cumulativo di più di un individuo che lavora per raggiungere il medesimo scopo. Il potere di relazione è responsabile dell'efficienza osservabile nei teams lavorativi. Ad esempio, gli infermieri che lavorano in collaborazione sviluppano un certo grado di potere di relazione che ha come fine ultimo il raggiungimento degli obiettivi prefissati, oppure gli infermieri che lavorano in teams

multiprofessionali, sviluppano anch'essi un certo grado di potere relazionale.

Da ultimo, il potere motivazionale, che si riferisce all'abilità dell'individuo di destare negli altri l'entusiasmo in ciò che si fa. Poiché tale potere dipende dalle doti naturali di ognuno di noi, la motivazione potrebbe essere generata da individui come reazione opposta all'alienazione del proprio lavoro. Inoltre, il potere motivazionale dovrebbe essere compreso nel corredo delle abilità del leader per poter stimolare gli interessi, l'entusiasmo e la partecipazione degli altri nel raggiungimento di un unico obiettivo. Ciò implica la ricognizione di taluni elementi che guidano l'individuo nel creare un certo grado di soddisfazione in loro stessi.

Il potere motivazionale è osservabile quando

il leader condivide con gli altri componenti del gruppo le informazioni in suo possesso, coinvolge gli altri nei processi di decision-making, riconosce i meriti degli altri e richiama l'attenzione sui comportamenti impropri. Alcuni esempi di po-

**“ Il potere motivazionale è osservabile quando il leader condivide con gli altri componenti del gruppo le informazioni in suo possesso, coinvolge gli altri nei processi di decision-making, riconosce i meriti degli altri e richiama l'attenzione sui comportamenti impropri”**

tere motivazionale sono:

- la teoria X e la teoria Y di Douglas McGregor's (1906 – 1964), che descrivono due differenti atteggiamenti della motivazione della forza lavoro. Il formarsi ed il deteriorarsi di relazioni di fiducia che si realizzerebbero secondo un tipico meccanismo di “profezie autoverificanti”; tale fenomeno è evidente, ad esempio, nel governo dei rapporti tra le imprese e le persona che vi prestano lavoro;
- la teoria Z di William Ouchi (1981) che ha le seguenti caratteristiche: occupazione di lungo termine, processo decisionale collettivo, responsabilità indivi-



duale, valutazione e promozione, controllo informale ed implicito, con misure formalizzate ed esplicite, percorsi di carriera moderatamente specializzati ed una preoccupazione solistica per l'impiegato, compresa la sua famiglia;

- la teoria di Herzberg (1959) che approfondisce le modalità con cui i bisogni di stima e di autorealizzazione del lavoratore si sviluppano. A tale sviluppo concorrono due ordini di fattori che determinano la insoddisfazione e la soddisfazione del lavoratore. I primi sono detti fattori igienici: questi fattori sono quelli che non motivano, ma che se non trovano soddisfazione producono malcontento ed insoddisfazione. Fanno parte di questa categoria la supervisione da parte dei superiori, le politiche e l'amministrazione dell'azienda, le condizioni di lavoro (orario, riposo settimanale, stipendio), le relazioni con i superiori, i pari ed i subordinati, lo status, la sicurezza del lavoro e gli effetti sulla propria vita personale. La seconda categoria comprende i fattori motivanti e sono quelli che motivano la persona al lavoro. Questi elementi appagano dei bisogni superiori e portano la persona ad una maggiore produttività. Rientrano in questa categoria il riconoscimento, la responsabilità, la crescita professionale, risultati ottenuti, il lavoro in sé, l'avanzamento nella carriera;
- la teoria dei bisogni di Maslow (1966) che sostiene che il comportamento della persona, anche sul lavoro, tende alla soddisfazione di bisogni ordinati secondo una precisa gerarchia, che egli ha indicato all'interno di una piramide.

Partendo dal basso si distinguono le seguenti categorie di bisogni umani:

- bisogni fisiologici, legati alla sopravvivenza immediata (respirare, bere, mangiare, riposare, muoversi);
- bisogni di sicurezza, fisica ed emotiva, relativi alla sopravvivenza a lungo termine (libertà da pericoli, minacce e privazioni provocati da danni fisici, difficoltà economiche, malattia);
- bisogno di amore e di appartenenza, cioè identificazione con il gruppo o l'azienda, e di un ambiente socievole e gradevole (relazioni affettive, accettazione da parte dei pari, riconoscimento come membro del gruppo, stare insieme) ;
- bisogno di stima e autostima (riconoscimento da parte degli altri e rispetto di sé) ;
- bisogno di autorealizzazione.

Il comportamento dell'individuo è finalizzato ad appagare prima i bisogni di livello inferiore, la cui soddisfazione cessa di renderli motivanti e che fa emergere i bisogni gerarchicamente superiori.

Pertanto, il potere infermieristico deriva da una vasta gamma di tipologie di potere che possono essere utilizzati nelle differenti situazioni. Ciò che è importante per ciascun infermiere è di riconoscersi almeno un potere basilare al fine di poterlo implementare che consiste nella promozione e partecipazione ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione ed a segnalare agli organi e figure competenti le situazioni che causano danni e disagi al paziente (Codice deontologico degli infermieri).

## BIBLIOGRAFIA

- Heineken, J., & McCloskey, J. (1985). Teaching power concepts. *Journal of Nursing Education*, 24(1), 40-42.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley;
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- McGregor, D. (1966). *Leadership and motivation*. Cambridge: MA:MIT Press.
- Ouchi, W. G. (1981). *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Reading, MA: Addison-Wesley.

# AL PROSSIMO CONSIGLIO REGIONALE VOTANDO UN INFERMIERE...

Leonardo  
DI LEO



Giuseppe  
PAPAGNI



La rappresentanza politica per gli infermieri è da qualche tempo materia di discussione tra colleghi, all'interno dei vari ambienti lavorativi, nei siti internet, nei blog e nel social network, in sintesi, ne è emersa la necessità di essere rappresentati.

Nelle ultime elezioni, relative al rinnovo del parlamento

europeo, nessun collega è riuscito a essere eletto e all'interno del parlamento italiano, non sono presenti infermieri. Sarebbe fondamentale, invece, avere infermieri nella politica che identifichino la professione al meglio.

I rappresentanti politici dovrebbero descrivere *chi è l'infermiere, cosa fa, quale ruolo ha nel contesto della sanità italiana e come potrebbe incidere positiva-*

*mente sulla qualità delle cure.* L'organizzazione sanitaria odierna si basa su tre livelli di competenza: quello STATALE, che deve definire i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale; quello AZIENDALE, orientato alla ricerca delle migliori soluzioni organizzative in grado di massimizzare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità degli interventi sanitari e quello REGIONALE, divenuto oggi il vero livello della programmazione e gestione dei servizi sanitari. Sull'ultimo livello esposto, infatti, in seguito all'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001, che ha riformato e riformulato gran parte del titolo V della Costituzione, il tema della regionalizzazione delle attività inerenti alla tutela della salute ha indubbiamente conosciuto un'evoluzione.

Nei prossimi appuntamenti elettorali ci deve essere, quindi, più coesione professionale per denunciare i tanti disagi degli infermieri, che auspicano un cambiamento

atteso da tempo. Purtroppo la formazione universitaria è ancora troppo carente riguardo alla qualità formativa; basti pensare che solo un terzo delle ri-

**“L’Infermiere è  
dalla parte SANA  
del Sistema Salute”**

sorse economiche provenienti dalle immatricolazioni per il corso di laurea in infermieristica vengono reinvestite per l'infermieri-



stica, il restante viene utilizzato nella formazione delle altre professioni sanitarie; è, quindi, difficile mantenere la specificità e sviluppare l'autonomia

del settore scientifico-disciplinare Med 45. Tutt'oggi, molte aziende sanitarie non hanno ancora istituito il Servizio Infermieristico e l'inserimento del personale di supporto, in particolare l'Operatore Socio Sanitario, è quasi inesistente all'interno delle Unità Operative, alcune aziende hanno inquadrato alcuni operatori, però in sostanza, sotto l'aspetto organizzativo nulla è cambiato. Il rapporto infermiere/popolazione della Re-

## “PER CONQUISTARE IL FUTURO BISOGNA PRIMA SOGNARLO”

*B. Pascal*

sti sanitari.

Non meno importante è la “questione” salariale: gli infermieri italiani sono tra i più sottopagati in Europa, nonostante lavorino con più disagi. Perché queste realtà emergano e perché l'infermiere possa essere socialmente riconosciuto come un VERO PROFESSIONISTA, è fondamentale, in conclusione, che venga ben rappresentato nel panorama politico.

gione Puglia è inferiore rispetto alla media nazionale, quest'ultimo già al di sotto degli standard minimi; inoltre, bisogna migliorare il rapporto con gli altri professioni-

### GRAZIE

*Ho tanto scritto e ascoltato sulle capacità professionali e umane degli infermieri, come ho qualche volta letto di spiacevoli episodi che hanno visto protagonisti questi operatori, cardine del Sistema sanitario. Tutto questo da giornalista. Ma un improvviso, purtroppo, intoppo del percorso della mia vita mi ha fatto misurare, da paziente della Divisione di Urologia Universitaria I del Policlinico di Bari, il valore di questa professione. Il decorso postoperatorio di un delicato intervento, a cui sono stato sottoposto ed eseguito con grande maestria chirurgica dal prof. Michele Battaglia, è stato seguito non solo dai medici ma anche dagli infermieri e ausiliari del reparto con doti umane e con sapienza professionale. Un doveroso pubblico GRAZIE a questi operatori sanitari, al capo sala Matteo Carone (dalle grandi doti organizzative), alle infermiere e agli infermieri (Marco o Anna, oppure Rino o Giuseppe per elencarne solo alcuni) che hanno saputo intervenire nelle fasi di emergenza dei pazienti ricoverati, rassicurando le ansie di chi è in uno stato di grave debolezza psico-fisica. E dunque mi sono ritrovato con una affermazione della presidente della Federazione dei Collegi IPASVI, Annalisa Silvestro, fatta nel corso dei lavori dell'ultimo Congresso nazionale di Firenze: “Oggi, l'infermiere italiano è a tutti gli effetti un professionista della salute a cui ogni cittadino può rivolgersi in un rapporto diretto, senza mediazioni e con la possibilità di cogliere la grande opportunità di ricevere un'assistenza infermieristica professionalizzata, pertinente e personalizzata”.*

*Idolo Cavaggion*



**IL BIMESTRALE DEL COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BARI E BAT, INVIATO IN ABBONAMENTO POSTALE, HA TAGLIATO IL TRAGUARDO DELLE OLTRE 10.000 COPIE**



# ESPERIENZE DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Francesco Bianco  
**MASELLI**



## CONTESTO NORMATIVO REGIONALE

Presso l'Assessorato alle politiche della Salute è costituito, con la collaborazione tecnica dell'ARES Regione Puglia, un gruppo di lavoro per

il "Coordinamento delle attività di gestione del rischio clinico, sicurezza dei pazienti e prevenzione della diffusione delle malattie infettive". Il provvedimento della Giunta Regionale, art. 32 legge regionale n.40 del 31/12/2007, fissava entro il 28/02/2008 la composizione del gruppo di lavoro garantendo la partecipazione delle società scientifiche. La delibera della Giunta Regionale N° 95/2008 l'art. 9 DIF 2008 recita: "...nell'ambito degli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali è previsto l'obbligo di garantire l'attuazione delle disposizioni in materia di Governo del Rischio Clinico nonché dello specifico progetto di piano 2004-2006"....

## PROGETTO: ATTIVAZIONE UNITA' PERMANENTE RISCHIO CLINICO

Nell'anno 2007 nel Presidio di **Putignano-Gioia-Noci** sussistevano:

- N. **19** Unità Operative con posti letto;
- N. **13** Unità Operative senza posti letto;
- N. **259** totale posti letto (ordinari **239** DH/DS **20**);
- N. **9.250** totali dimessi ordinari;

- N. **5.998** totali dimessi a ciclo diurno;
- N. **5.981** totali interventi chirurgici;
  - S.O. Putignano **5.228**
  - S.O. Gioia **753**
- N. **1.012** parti (analgesia **347**);
- N. **1.500.000** prestazioni ambulatoriali.

## STRATEGIE ED OBIETTIVI

Il percorso di Risk Management presso il Presidio Ospedaliero di Putignano-Gioia-Noci si è trovato ad affrontare, nel corso dell'anno, diverse problematiche. Gli scogli più difficili nei quali si sono incorsi sono stati sicuramente, da un lato la complessità dei temi trattati che implica necessariamente una riflessione in merito ai cambiamenti organizzativi, dall'altro i delicati equilibri professionali che vengono inevitabilmente messi in discussione. Preso atto, infatti, che uno degli obiettivi della gestione del rischio è quello di far emergere l'errore e la criticità per poter affrontare i problemi ed intervenire, risulta difficile rendere concreta operativamente tale strategia. Di fronte ad un errore, infatti, si è abituati a ricercare immediatamente il colpevole, piuttosto che le condizioni che lo hanno favorito. Ne consegue la necessità di un profondo cambiamento culturale, che la Direzione Sanitaria di Presidio sta perseguendo come base politica di prevenzione del rischio: solo considerando l'errore come una occasione di apprendimento e di arricchimento, anziché una colpa, si può concretizzare con la segnalazione anonima degli eventi avversi. I vertici della Direzione Sanitaria approfittano di ogni occasione con gli operatori per



rinnovare la richiesta di distribuire l'attività di gestione del rischio a ciascun livello del sistema sanitario tramite il "Governo" della singola prestazione. Per realizzare il cambiamento ogni operatore deve essere e "sentirsi" coinvolto in prima linea come diretto responsabile nella gestione del rischio. Tutte le figure professionali che agiscono all'interno del Presidio Ospedaliero devono, per quanto di propria competenza, rendersi responsabili del proprio operato monitorando le proprie prestazioni secondo i principi di valutazione professionale condivisi. Il "Governo" della prestazione dovrebbe essere un processo partecipativo che si avvia, in concreto, tramite una politica della comunicazione e dell'informazione intra ed extra ospedaliera. Il collante tra il governo clinico con il sistema/organizzazione è rappresentato dalle relazioni tra le persone che ne costituiscono anche il veicolo ed esige la realizzazione di ambiti di coordinamento tra i responsabili delle unità operative per una visione integrata dell'assistenza centrata sul paziente e sull'insieme del percorso assistenziale. Tutto ciò significa anche una migliore comunicazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori affinché si possa raggiungere il desiderato obiettivo clinico. Non è più sufficiente che l'assistenza sia "abbastanza buona": deve essere migliore, "eccellente". La **strategia e l'obiettivo** del progetto è l'avviamento e il consolidamento nel P.O. di Putignano-Gioia-Noci di procedure finalizzate a **porre al centro della gestione dei servizi ospedalieri i bisogni del cittadino ed a valorizzare il ruolo e la responsabilità dei medici e degli operatori sanitari per la promozione della qualità (Governo Clinico)**.

## GRUPPO DI COORDINAMENTO PER L'ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO. COSTITUZIONE DEL NUCLEO OPERATIVO

Si è costituito in seno alla Direzione Medica un Gruppo di lavoro permanente (Unità di Gestione del Rischio) composta da:

- Direttore Medico di Presidio.
- Dirigente Medico di Direzione Sanitaria di Presidio.
- Dirigente Medico-Legale.
- Responsabili Posizioni Organizzative Infermieristiche.

- Assistente Amministrativo.  
I componenti in seno al Presidio Ospedaliero sono:

- Direttore Medico di Presidio.
- Tutti i Direttori di Struttura Complessa del Presidio.
- Un componente della Segreteria della Direzione Medica come Segretario verbalizzante.
- Il Responsabile del Collegio Medico Legale della ex ASLBA/5.

In base agli argomenti in oggetto di discussione potranno essere ammessi a partecipare figure quali: il Direttore Amministrativo di Presidio e dell'Area Tecnica della ex ASLBA/5, il Medico Competente e il RSPP., le Posizioni Organizzative Infermieristiche ed i titolari dei Coordinamenti Infermieristici delle UU.OO. e Servizi.

Si è optato per un gruppo multidisciplinare, con soggetti provenienti da diverse aree di specializzazione e con differenti professionalità, consentendo così una proficua contaminazione culturale. Lo scopo che ci si è prefisso non è solo quello di studiare e monitorare il livello di rischio, ma anche quello di individuare le modalità per implementare e coordinare le azioni per l'analisi e la valutazione dello stesso e di operare concretamente per la realizzazione di tali fini. Le funzioni di tale gruppo sono essenzialmente di indirizzo, coordinamento e verifica e pertanto non strettamente operative, non sollevando dalle specifiche responsabilità i singoli operatori aziendali. Nello specifico, durante gli incontri sono stati affrontati i problemi connessi alle principali fonti di pericolo, si sono individuati progetti operativi per implementare le azioni correttive ed identificare gruppi ristretti per la loro realizzazione.

## FUNZIONE DEL COMITATO OSPEDALIERO PER LA SICUREZZA

- Valutare i dati relativi al monitoraggio ed analisi degli errori avversi.
- Predisporre indicazioni per prevenire il verificarsi di eventi avversi.
- Esprimere valutazioni su Linee Guida prima della loro adozione a livello di Presidio.
- Promuovere attività di Audit Clinico partendo dall'analisi dei casi clinici oggetto di denuncia e degli eventi sentinella do-



cumentati.

- Proporre percorsi formativi inerenti il Rischio Clinico.

## STRUMENTI

- Dbase eventi avversi (scheda di segnalazione);
- dati di DS di Presidio (segnalazioni obbligatorie);
- dati ufficio legale denunce cautelative e richieste di risarcimento danni e Dbase di archiviazione di denuncia azioni legali;
- Dbase URP segnalazioni particolari o reclami con particolari risvolti;
- segnalazioni da altri uffici competenti, comprendendo in alcuni casi, eventi dannosi a carico del patrimonio aziendale o furti con particolare rilevanza in ambito assistenziale (apparecchiature specialistiche, presidi ad alto costo, ecc.).

In questa fase di avvio, si identificano prioritariamente, come ambiti di competenza del UCGR, la valutazione di tutti gli eventi che riguardano l'assistenza clinica al paziente e che ne possono determinare l'esito quali:

- Eventi sentinella;
- Eventi avversi (procedure cliniche).
- Near Miss.
- Denunce cautelative.
- Richieste di risarcimento per danno alla persona.

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO E MONITORAGGIO EVENTI AVVERSI

Attraverso l'uso di Dbase Amministrativi si è effettuato un'analisi del rischio e monitoraggio degli eventi avversi. Si è effettuato un'analisi delle complicanze registrate nei data-base generate dalle SDO e identificabili chiaramente con i codici ICD-IX-CM relativi agli anni 2004-2005.

Si è effettuato una selezione del cartelle cli-

niche secondo i criteri predittivi di probabili eventi avversi (Metodo di **Wolff Modificato**) e adattato all'analisi dei data-base informatici alle SDO del 2007.

## AVVIO DI INTERVENTI FINALIZZATI AL CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

Si sono predisposti interventi nel Presidio di Putignano mediante Procedure e Linee Guida per prevenire il verificarsi di eventi avversi quali:

- Procedura per la gestione dei farmaci da parte del personale infermieristico di reparto.
- Raccomandazioni per la corretta identificazione dei pazienti e del sito chirurgico.
- Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.
- Procedura da osservare in caso di incidente occupazionale con potenziale rischio di infezione.
- Procedura per l'assistenza standard al paziente e in condizioni di possibile esposizione ad agenti biologici per via aerea.
- Procedura sulla prevenzioni delle Lesioni da Pressioni.
- Piani assistenziali per pazienti in Osservazione Temporanea in Pronto Soccorso.
- Procedura per una Sicura Gestione del Sangue ed Emoderivati.

## GRUPPO DI LAVORO DEL PROGETTO:

*Dott. Domenico Labate Direttore Medico P.O. Putignano-Gioia-Noci*

*Dott. Vincenzo Fortunato*

*Dott. Francesco Casulli*

*Dott. Francesco Bianco Maselli*

## BIBLIOGRAFIA

- Francesco Novaco; Viola Damen, "la gestione del rischio clinico" centro scientifico editore, edizione 2004.
- Dossier 130/2006 ARS; *la Root Cause Analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie*;
- Ministero della salute – dipartimento della qualità – ufficio III; *Risk Management in sanità, il problema degli errori*, Marzo 2004.
- Raccomandazioni SIQuAS-VRQ sulla gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti. Atti XV Congresso di Bari.



# GOVERNANCE INFERMIERISTICA IN PUGLIA?

Carmela  
**MARSEGLIA**



Mariangela  
**LOPRIENO**



Il termine *governance*, entrato nel lessico politico, ha i suoi equivalenti nelle espressioni: “*paternariato*”, “*relazioni tra centro e periferia*”, “*relazioni tra stato e collettività locali*”. La nozione non esclude il ruolo dello stato, ma delinea un altro modo di essere dello stato, una forma di rigenerazione nel tentativo di dotarsi

di principi di organizzazione più efficaci. La *governance* nelle aziende sanitarie è la capacità di integrare le azioni cliniche, tecniche e amministrative in un insieme di strategie. Ma è anche la capacità di dare forma ai bisogni di salute locali espresse dalle organizzazioni, dai gruppi sociali e dai professionisti del sistema salute. Mentre il D. Lgs. 502 e s.m.i. recupera un ruolo “*politico*” degli utenti attraverso un ruolo riconosciuto ad “*organizzazioni rappresentative degli utenti*” e delinea embrionalmente il percorso di crescita OGGI, in fase avanzata del professionista infermiere, la *governance* sia a livello delle singole aziende sanitarie che a livello regionale in Puglia NON RECUPERA il ruolo “*politico*” e/o di *governance* della categoria infermieristica. Le nostre problematiche sono tante: carenza di infermieri, carichi di lavoro eccessivi, mancata applicazione delle leggi, INSUFFICIENTE ASCOLTO delle nostre proposte ad iniziare dai percorsi di formazione universitaria alla necessità di formulazione di linee politiche e organizzative riguardanti la salute e l’assistenza infermieristica. L’anima della politica sono gli ideali, le grandi idee, i grandi progetti: ma la politica deve poi tradursi in decisioni concrete, deve confrontarsi con la quotidianità, deve trovare continue mediazioni. Gli ideali devono calarsi nella realtà per non rimanere semplici astrazioni e vuote parole. L’infermiere, riconoscendosi come professionista del territorio in cui vive e agisce e come cittadino, rappresenta, più di tutti, colui che si interroga continuamente circa la sua e l’altrui condizione professionale e di cittadino, circa la condizione umana, sociale e motivazionale dei diversi membri della comunità, cercando di individuare, distinguere ed ascoltare i bisogni ed i diritti fondamentali dell’uomo, che egli riconosce come il nucleo del suo interesse esistenziale, prescindendo da ogni criterio di appartenenza. L’infermiere, in quanto promotore della salute nutre un sincero e professionale interesse per il benessere del cittadino, è libero dai CONDIZIONAMENTI, il suo interesse è la tutela della salute, la salvaguardia degli interessi del cittadino, e come tale con la sua voce può di fatto dire agli amministratori quali sono le vere esigenze da salvaguardare. La presenza nelle istituzioni dell’infermiere e il suo impegno, non va sottovalutata, poiché individuare i legami, spesso sfuggenti, tra le





**ATTIVATO  
IL SITO WEB DEL COLLEGIO IPASVI DI BARI**

**WWW.IPASVIBARI.IT**

**Vi invitiamo a visitarlo e vi indichiamo alcune informazioni per il suo utilizzo:**

Il sito, nella colonna a sinistra, ospita il menu principale. Le voci del menu rimandano alle aree di contenuto e sono suddivise in tre sezioni principali con i relativi sotto-menù con le informazioni più rilevanti. La colonna a destra presenta una sezione riservata a voi iscritti del Collegio, si accede previa registrazione, all'interno si aprirà una finestra con i vostri dati personali e di domicilio. Vi invitiamo a verificare i dati e a notificare le eventuali inesattezze.

**LA REGISTRAZIONE PREVEDE L'INSERIMENTO ALLA VOCE USERNAME DEL VOSTRO NUMERO DI ISCRIZIONE AL COLLEGGIO IPASVI DI BARI**

**ALLA VOCE PASSWORD DOVETE INSERIRE IL VOSTRO CODICE FISCALE**

Sul sito sono già pubblicate le edizioni più recenti della nostra rivista "Filodiretto".

Abbiamo predisposto uno spazio dedicato ai sondaggi, finalizzati inizialmente alla rilevazione di gradimento e fruibilità del sito successivamente a rilevare le vostre opinioni inerenti l'esercizio professionale. Lo spazio centrale invece è dedicato alla presentazione di progetti o iniziative proposte dal Collegio.

**Il sito web è in fase di ulteriori informazioni ed ogni giorno parleremo con tutti voi.**

**VI ASPETTIAMO IN RETE**

leggi di mercato, gli interessi "altri" e la salute pubblica, oltre ad essere funzionale al ruolo proprio dell'infermiere (indipendentemente dal contesto in cui opera), è l'unico sistema che consente di interrompere quel circolo vizioso in cui le cause e gli effetti si susseguono all'infinito. L'infermiere nell'esercizio della sua professione è chiamato quotidianamente a porre attenzione alla specificità e globalità della persona e della sua comunità, scelta che in molti casi richiede la quotidiana convivenza con situazioni di particolare disagio.

Essere dalla parte del cittadino deve essere una scelta consapevole ed efficace.

Il contributo specifico che la professione può portare alle istituzioni e alla polis non è tanto nel suo sapere scientifico e tecnico, ma nella sua specificità culturale. La cultura dell'infermiere è quella della relazione, del dialogo. Basti pensare alla quotidianità e al ruolo che

agiamo nel dialogo paziente-medico, paziente-malattia, familiari-paziente, familiari-malattia, paziente-servizi ospedalieri, paziente-trattamenti, al ruolo che giochiamo nel prenderci cura dell'individualità senza mai perdere di vista la globalità della persona, del suo ambiente, della sua situazione e delle connessioni fra tutti questi elementi. Il termine governance viene opportunamente a delimitare questo campo di riflessione, muovendosi dalla constatazione della crescente complessità della società composta da sottosistemi sempre più differenti, in cui è difficile un controllo globale ed efficace senza un processo di coordinamento di attori, gruppi sociali e istituzioni. La nostra professione è **PRONTA** per interagire con gli amministratori e **definire insieme** le politiche professionali volti a garantire la sicurezza e i migliori risultati per i pazienti.

## **BIBLIOGRAFIA**

Francesco Avallone, Mauro Bonaretti, *Benessere organizzativo, per migliorare la qualità del lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, Roma, Rubbettino editore Srl, 2003;

Il contributo sociale e politico della professione nelle istituzioni di Maria Vittoria Pepe  
sito internet: <http://www.innovazione.gov.it>



# PREVENIRE LA RITENZIONE DI MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

\*Alessandro  
**GENCO**



e semplici regole. Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. In tale ambito definiamo gli eventi sentinella come: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Si stima che un evento sentinella, nelle organizzazioni sanitarie, si verifichi una volta ogni 1000 eventi avversi. In Italia esistono ospedali che attuano già tali misure preventive. La ritenzione di materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto con il nome di "Textiloma" (o "Gossypboma" in inglese). Nonostante non si disponga di dati ufficiali di incidenza, si stima che tale fenomeno si verifichi 1 volta ogni 1000 - 3000 procedure chirurgiche all'anno. Alcuni dei fattori che ostacolano la segnalazione dell'evento possono essere la frequente scarsità di sintomi, l'insufficiente documentazione dei casi diagnosticati, la difficoltà di diagnosi e la scarsa propensione alla segnalazione spontanea. Il materiale più frequentemente ritenuto è rappresentato da garze e da strumentario chirurgico, ad esempio aghi, bisturi,

La ritenzione non intenzionale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto e riportato in letteratura scientifica che può e deve essere prevenuto con poche

adattatori elettrochirurgici, pinze o loro parti. La maggior parte degli eventi riguarda interventi di chirurgia addominale, toracica e parto. I principali fattori di rischio riportati in letteratura sono: procedure chirurgiche effettuate in emergenza; cambiamenti inaspettati e, quindi, non programmati delle procedure durante l'intervento chirurgico; obesità; interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica; complessità dell'intervento; fatica o stanchezza dell'équipe chirurgica; situazioni che favoriscono l'errore di conteggio (es. garze attaccate tra loro); mancanza di una procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze; mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso chirurgico. L'intervallo di tempo compreso tra l'intervento chirurgico e la diagnosi dell'evento è estremamente variabile (giorni, mesi, anni) e dipende dalla sede e dal tipo di reazione provocata dal corpo estraneo. Infatti la diagnosi può essere incidentale in pazienti asintomatici o con sindrome da pseudotumore, oppure può richiedere la pronta diagnosi e il reintervento nel caso in cui si verifichi una reazione acuta con sintomi locali o sistemici. È quindi importante e fondamentale che ci sia una procedura per il conteggio sistematico dei materiali chirurgici e per il controllo della loro integrità, e che vi sia l'utilizzo di uno strumento quale la scheda per prevenire la ritenzione di garze strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico per ridurre eventuali errori.

#### Fasi del conteggio:

- 1 prima di iniziare l'intervento chirurgico;
- 2 prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità;
- 3 prima di chiudere la ferita;
- 4 alla chiusura della cute;





5 al momento del cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile.

**Conteggio di tutti gli elementi** non preventivati ed aggiunti nel corso dell'intervento:

- 1 quando si apre la confezione sterile che lo contiene;
- 2 quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo;
- 3 quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

Il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario deve essere effettuato dal personale infermieristico (strumentista, infermiere di sala). Il chirurgo si accerta verbalmente che il conteggio sia stato eseguito e che il totale dei materiali utilizzati e rimanenti corrisponda a quello dei materiali ricevuti prima e durante l'intervento. "Si ricorda che l'attuale orientamento giurisprudenziale, in tema di lesioni colpose conseguenti a omissione del conteggio o della rimozione dei corpi estranei all'interno del sito chirurgico, estende l'attribuzione di responsabilità a tutti i componenti dell'équipe chirurgica (Sentenze della Corte di Cassazione IV sezione penale: 26 maggio 2004 n. 39062; 18 maggio 2005 n. 18568; 16 giugno 2005 n. 22579)".

Si ricorda inoltre che:

- 1 La procedura di conteggio deve essere effettuata a voce alta ed effettuata da due operatori contemporaneamente (strumentista, infermiere di sala);
- 3 Relativamente al conteggio iniziale delle garze, verificare che il numero riportato sulla confezione sia esatto, contando singolarmente ogni garza e riportandone il numero sull'apposita scheda; il conteggio iniziale stabilisce la base per i successivi conteggi;
- 4 Tutti gli strumenti, garze o altro materiale aggiunti nel corso dell'intervento devono essere immediatamente conteggiati e registrati nella documentazione operatoria;
- 5 L'operazione di conteggio deve essere sempre documentata mediante firma su specifica scheda predisposta dall'azienda e da allegare alla documentazione operatoria;
- 6 Tutto il materiale che arriva e ritorna al tavolo servitore va controllato nella sua integrità.
- 7 Devono essere utilizzati contenitori per le garze sterili, usate per l'intervento chirurgico, differenziati rispetto ai contenitori che raccolgono altre garze o altro materiale di

sala operatoria;

- 8 Evitare di fare la medicazione di fine intervento con garze con filo di bario rimaste inutilizzate per evitare falsi positivi in caso di controllo radiografico.

**Nel caso in cui emerga una discordanza nel conteggio ovvero sia rilevata una mancanza di integrità di strumenti e materiali occorre:**

procedere nuovamente alla conta del materiale mancante; ispezionare l'area circostante il campo operatorio (pavimento, tutti i recipienti per i rifiuti e gli strumenti utilizzati); ispezionare il sito operatorio; segnalare al chirurgo; effettuare la radiografia intraoperatoria con la relativa lettura, prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria; registrare quanto avvenuto e tutte le procedure poste in essere nella documentazione operatoria del paziente. Il **clima di lavoro** all'interno della camera operatoria deve favorire una comunicazione efficace che coinvolga l'intera équipe chirurgica, affinché tutti i componenti siano nelle condizioni ottimali per comunicare ogni dubbio circa eventuali discordanze di conteggio. Diventa quindi fondamentale, standardizzare le procedure e omogeneizzando i comportamenti. Poiché la procedura di conteggio può non essere sufficiente, in aggiunta al conteggio, si raccomanda di utilizzare, nel corso dell'intervento, esclusivamente garze contrassegnate con filo di bario od altro materiale idoneo ad agevolare l'eventuale successiva identificazione. Per i pazienti ad alto rischio (procedure chirurgiche effettuate in emergenza, cambiamenti inaspettati e non programmati delle procedure durante l'intervento, obesità) si suggerisce, lo screening radiografico da effettuare prima che il paziente lasci la sala operatoria, per individuare oggetti e garze radiopache, anche se attualmente mancano analisi di efficacia di tale misura, che può essere gravata da falsi negativi. Devono essere previsti programmi aziendali di formazione che includano periodi di addestramento del personale coinvolto nelle attività per il conteggio sistematico di garze, strumenti o altro materiale chirurgico. I programmi di formazione dovrebbero includere l'analisi di casi clinici per aumentare la consapevolezza sull'argomento e sulle possibili conseguenze.

*\*Studente C.L.I. Polo Formativo di Acquaviva delle Fonti*

## BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute Raccomandazione n. 2, Luglio 2006
- Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, July 2001.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, The Source, Volume 3, Issue 10 2005.



# PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di  
Idolo **CAVAGGION**

## ■ Nasce il progetto SIRIO

Grazie alle esperienze professionali dell'oncologo barese Mario De Lena e dell'imprenditore Michele Vinci, titolare della Masmec di Bari, nasce in Puglia un robot in grado di scoprire un nodulo polmonare sospetto ed effettuare interventi di biopsia ed eventuale termoablazione con precisione millimetrica. Un robot che è in fase di sperimentazione e la cui omologazione è prevista entro marzo del prossimo anno.

## ■ Nuova terapia antitumorale

Non ha sosta la ricerca per sconfiggere una delle malattie che fanno più paura. Nuova frontiera per la lotta al cancro con la radioterapia è quella dei protoni.

La protonterapia, in grado di aggredire la massa tumorale, anche radioresistente, senza danneggiare i tessuti circostanti, si sta sperimentando anche a Ruvo di Puglia.

Il brevetto è della Itelfharma, che attende il sì della politica regionale, per avviare la costosa costruzione della macchina, i cui tempi di impiego pratico, è stato ricordato, non sono inferiori ai tre anni dal suo collaudo.

## ■ Errori in corsia

Per il ricovero in un ospedale pubblico italiano bastano 50 euro, che vanno sommati al costo del posto letto che schizza a 2100 €; il costo di un infermiere è di 1300 euro, a cui va sommato il costo del medico che è di € 3315: totale del costo di un ricovero ospedaliero è di 6765 euro!

Questa la media nazionale studiata dalla Marsh, società di brokeraggio, di servizi assicurativi e di risk management. La Marsh ha anche monitorato quanto gli ospedali pagano annualmente per gli errori commessi in corsia.

La media annuale per ogni struttura ospedaliera del centro Italia è di 403mila euro, contro i 231mila al Nord e i 76mila euro al Sud. (da *Il Sole 24 Ore*)

## ■ Scossone alla burocrazia

Sono una ventina le certificazioni sanitarie non più necessarie in Puglia. La proposta di legge dell'assessore alle Politiche della Salute, Tommaso Fiore, "per la semplificazione delle procedure relative alle autorizzazioni, certificazioni e idoneità sanitarie" è stata approvata dal Consiglio Regionale. Tra i certificati che vanno in soffitta: quello obbligatorio di vaccinazione per l'ammissione alle scuole dell'obbligo, il certificato di "sana e robusta costituzione", e di "idoneità fisica" per l'assunzione nel pubblico impiego.

## ■ Italiani risparmiatori

Un risparmio che è in conflitto con il bisogno di salute quello degli Italiani rispetto alla media europea. Infatti, la nostra spesa procapite annua è inferiore a quella degli abitanti degli altri Paesi dell'UE di 447 euro.

E' questo il risultato di una indagine presentata da European House-Ambrosetti.

Nel 2008, la spesa sanitaria pubblica italiana è stata di 108.747 milioni di euro, pari al 6,9% del PIL, mentre la media OCSE è dell'8,9%.

## ■ Artrite reumatoide

E' partita la campagna regionale di sensibilizzazione sull'Artrite reumatoide.

Lo scopo è di favorire nei pazienti, familiari e nella classe medica di medicina generale la conoscenza di tale patologia invalidante per meglio prevenirla e curarla con efficacia.

## ■ Sanità privata

Iniziativa dell'assessore regionale Tommaso Fiore per il rinnovo dei contratti nella Sanità privata pugliese, scaduti da oltre tre anni.

A breve, è detto in una nota dell'Assessorato, sarà convocato un "tavolo di concertazione di tutti i soggetti interessati", per porre fine allo stallo delle vertenze contrattuali.

a cura di  
Loredana  
**CAPPELLI**

CORSI E CONVEGNI

■ **I CORSO TEORICO-PRATICO:  
LE TRACHEOTOMIE NELLE DISPNEE  
OSTRUTTIVE E RESPIRATORIE**

Barletta, 28-30 gennaio 2010  
**INFO:** Meeting planner srl  
Tel: 080 9905360 Fax: 0809905359  
e-mail: info@meeting-plannet.it

■ **MERCOLEDI' JONICI DI  
CARDIOLOGIA SEMINARI CLINICI PER  
MEDICI ED INFERMIERI EDIZIONE 2010:  
AGGIORNAMENTO IN EMERGENZA**

Manduria, 27 gennaio 2010  
Tel: 099 800330 Fax: 099 800330  
e-mail: cardiomanduria@libero.it

■ **CORSO DI AGGIORNAMENTO  
PER IL PERSONALE SANITARIO:  
NUOVE ACQUISIZIONI SULLO  
SCOMPENSO CARDIACO**

Bari, 29 gennaio 2010  
**INFO:** Intermeeting srl  
Tel: 080 5482005 Fax: 080 5529862  
e-mail: infoba@intermeeting.org

■ **EPATOLOGIA: NON SOLO VIRUS**

Bari, 22 gennaio 2010  
**INFO:** Hevento srl  
Tel: 080 2027203 Fax: 080 2027203  
e-mail: adrcongressi@gmail.com

■ **PROGETTO FORMATIVO IN AMBITO  
GASTROENTEROLOGICO SUL TEMA  
DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE  
CRONICHE INTESTINALI**

Foggia, 29 gennaio 2010  
**INFO:** ADR Congressi  
Tel: 080 2027203 Fax: 080 5593251  
e-mail: adrcongressi@gmail.com

■ **GASTROENTEROLOGIA  
PEDIATRICA 2010**

Bari, dal 15 gennaio al 4 dicembre 2010  
**INFO:** Indrio Flavia  
Tel: 080 5593624 Fax: 080 5593624  
e-mail: corsogastro@gmail.com

■ **BARI PNEUMOLOGICA**

Bari, 23 Gennaio 2010  
**INFO:** Meeting Planner srl  
Tel: 080 9905360 Fax: 080 9905359  
e-mail: info@meeting-planner.it

■ **CHIRURGIA SENZA SANGUE**

San Giovanni Rotondo, 20 Gennaio 2010  
**INFO:** Scaramuzzi Matteo  
Tel: 0882 410494 Fax: 0882 410231  
e-mail: ecm@operapadrepio.it

■ **SEMINARIO TEORICO  
PRATICO DI RIABILITAZIONE  
PNEUMOLOGICA  
LE TECNICHE DI TRATTAMENTO  
IL RUOLO DELL'INFERMIERE  
NEL TEAM MULTIDISCIPLINARE**

Manfredonia, 29- 30 Dicembre 2009  
**INFO:** Franchino Giuseppe  
Tel: 080 9674322  
Fax: 080 21433891  
e-mail: franchino@rehablab.it

■ **ATTUALITA' IN  
NEUROSCIENZE - IV EDIZIONE**

Foggia, 18 - 22 Dicembre 2009  
**INFO:** Meeting planner srl  
Tel: 080 9905360  
Fax: 080 5681131  
e-mail: info@meeting-plannet.it

■ **IV CORSO DI NEFROLOGIA  
DELLA TERRA DEI TRULLI  
E DELLE GROTTI PER  
IL PERSONALE INFERMIERISTICO**

Alberobello, 4-5 Febbraio 2010  
**INFO:** Centro italiano Congressi  
Tel: 080 5043737  
Fax: 080 5043736  
e-mail: info@cicsud.it

■ **5 MEETING D'INVERNO  
UPDATE ON THE SURGICAL DEVICES**

Bormio, dal 7 al 12 Marzo 2010  
**INFO:** Gimax Congressi  
Tel: 3452166113  
Fax: 080 2209268  
e-mail: segreteria@gimaxcongressi.it

■ **L'INFERMIERISTICA IN PUGLIA  
... DALLA FORMAZIONE  
ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE**

Evento itinerante - 2010  
**INFO:** Collegio IPASVI BARI  
Tel: 080 5427333 Fax: 5427413  
www.ipasvibari.it  
e-mail: bari@ipasvi.it

