

... e i fatti



in evidenza

**INFERMIERE,
CITTADINO
E ISTITUZIONI**
il nuovo codice deontologico

18 dicembre 2009
BARI
Sheraton Nicolaus Hotel

**PROFESSIONE
IN AZIONE**

**Competenze
infermieristiche nella
gestione degli off-label**

IN FORMAZIONE

**La ricerca
infermieristica: passato,
presente, futuro**



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° 5 settembre - ottobre 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 8 ottobre 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 Cavaggion, 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 Cavaggion,
 Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Angela Falcicchio, Mariangela Loprieno, Tiziana Misceo,
 Concetta Tassielli, 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

5

EDITORIALE

3

LA SANITA' PUGLIESE A SEI MESI DALLA ELEZIONE REGIONALE

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

5

L'ESTATE ROVENTE DELLA SANITA' REGIONALE

Idolo Cavaggion

PROFESSIONE IN AZIONE

8

COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLA GESTIONE DEI FARMACI OFF-LABEL

Vanessa Manghisi

11

DEONTOLOGIA E NURSING

Maria Caputo

13

IL CORAGGIO DELLA CHIAREZZA

Valente Bernardo

15

TESTAMENTO BIOLOGICO

Angela Falcicchio

RICERCA INFERMIERISTICA

17

REALTA' E PROSPETTIVE DELL'IMPIEGO DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

Tiziana Misceo

NURSING & QUALITÀ

20

AFFERMAZIONE PROFESSIONALE

Carmela Marseglia, Mariangela Loprieno

INFORMAZIONE

23

LA RICERCA INFERMIERISTICA

Elsa Vitale, Concetta Tassielli

INSERTO 5

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Idolo Cavaggion

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



LA SANITA' PUGLIESE A SEI MESI DALLA ELEZIONE REGIONALE

Quale sarà la risposta elettorale degli infermieri?

Saverio
ANDREULA



Poco prima dell'inizio della tempesta mediatica sulla sanità pugliese e dalla dimissione da Assessore alle Politiche della Salute della Puglia dell'avvocato Alberto Tedesco,

le pagine di FILDIRETTO hanno ospitato un'interessante editoriale del Comitato di redazione dal titolo ... non vorremmo mai chiamarti "pinocchio"! L'articolo, con acute riflessioni e specifici riferimenti, impertinentemente ha mosso severe critiche all'operato dell'assessore Tedesco per la sua incoerenza nel rispettare alcuni impegni assunti nei confronti della comunità infermieristica pugliese e per l'inoperosità evidenziata dal Governo regionale nel fare applicare le proprie leggi regionali in materia di sanità (vedi legge n. 26/2006). I filoni d'inchiesta aperti sulla sanità pugliese, per certi versi, confermano alcune ipotesi che a più riprese FILDIRETTO ha formulato. Le norme che, di fatto, governano il sistema sanitario pugliese, in parte sono quelle riportate nelle leggi regionali, nelle delibere di giunta e nei regolamenti, e in parte sono

quelle poi "interpretate" strumentalmente per sostenere le esigenze affaristiche di molti lestofanti, come sembra voler dimostrare l'ultimo (forse) filone d'inchiesta sugli accreditamenti delle strutture sanitarie.

Noi, infermieri pugliesi, siamo preoccupati per l'attuale particolare condizione in cui versa il sistema sanitario pugliese affogato dai gossip quotidiani che mai, in tema di sanità, si pensasse fossero così facilmente coniugabili con sesso, politica e affari. Il tutto in un momento in cui emergono altresì anche enormi contraddizioni sulla reale efficacia del sistema rispetto all'imponenza delle risorse economiche che servono per alimentarlo. In tale particolare contesto, animato dallo spettro, per molti, delle imminenti consultazioni elettorali per il rinnovo del Consiglio regionale pugliese, sarà molto difficile ottenere spazi in cui affron-

tare la "questione infermieristica". Ciò nonostante ci siamo resi protagonisti di un'imponente e partecipata manifestazione di piazza realizzata il 20 maggio u.s. Irriguardoso e irritante il compor-

**“Irriguardoso e irritante
il comportamento del Governo
regionale in risposta all’iniziativa
degli Infermieri,
realizzata il 20 maggio u.s.”**

tamento del Governo regionale pugliese come risposta all'iniziativa degli Infermieri: nessuna attenzione e nessuna iniziativa sono state adottate rispetto alle "questioni" da Noi riportate "nero su bianco" e spiegate a molti capigruppo dei partiti politici di maggioranza e opposizioni del Consiglio

regionale pugliese al termine dell'iniziativa di piazza. Intanto il periodo estivo appena

della sanità pugliese di 10.000 infermieri (fonte Assessore alle Politiche della Salute), è


astrattamente attribuita a tutti i governi regionali che si sono succeduti. I cittadini pugliesi, come gli Infermieri non ricevono più risposta all'infinito elenco delle cose che non vanno nel sistema sanitario pugliese, e manifestano evidenti segnali di sofferenza. Aumentano a dismisura i tempi di attesa per la diagnostica ed aumenta il ricorso a visite mediche specialistiche private o in regime libero professionale. Sono indicatori significativi sullo stato di salute del sistema sanitario pugliese e sul sistema di governo delle cure. Il neo Assessore alle politiche della salute, prof. Fiore, con cui i Collegi pugliesi hanno in essere un avviato e intenso rapporto di collaborazione nell'ambito dell'attività di rappresentanza professionale, trova difficoltà nell'affrontare le ataviche questioni ereditate dall'assessore Tedesco e per certi versi ci appare un "po' timido" rispetto alle cose da fare per darci risposte. Alcuni incontri recenti avuti con il prof. Fiore ci inducono ad un cauto ottimismo sulla possibilità di affrontare, con successo le questioni poste. Al momento possiamo solo rivolgere un apprezzamento per le pubbliche dichiarazioni

Filodiretto numero 5

Anno XXVI/ numero 5 settembre - ottobre 2008 / 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 del Collegio IPASVI della Provincia di Bari



04

in evidenza	PRIMO PIANO	NURSING & QUALITÀ	IN FORMAZIONE	
	Il nuovo Piano regionale della Salute	Qualità e nursing: clima organizzativo	Riflessioni sull'importante concetto della bifocalità	IPASVI

trascorso, ha evidenziato il solito fenomeno della chiusura o accorpamento di numerose strutture sanitarie, per dichiarata "carenza infermieristica" che ha costretto i cittadini a subire i soliti disagi. Come sempre la lettura del fenomeno fatta dai media sfugge a qualsiasi riferimento che aiuti a individuare un qualsivoglia livello di responsabilità. Ancora oggi, la responsabilità sulla carenza nelle dotazioni organiche

rese dall'Assessore Fiore che, dopo aver approfondito la lettura del "dossier" elaborato dai Collegi pugliesi (Bari, Bat, Foggia e Lecce), in più circostanze ha espresso il personale ringraziamento per il lavoro svolto; il "dossier", a suo dire, è un documento che analizza le questioni critiche che vive la comunità infermieristica pugliese, proponendo, per ognuna di esse soluzioni ... E quindi?



L'ESTATE ROVENTE DELLA SANITA' REGIONALE

Idolo
CAVAGGION



La Sanità ancora protagonista (forse suo malgrado) delle vicende della politica regionale ha tenuto vivo per tutta questa estate, appena conclusa, il dibattito fra gli esponenti dei

partiti di maggioranza e opposizione che siedono nel Parlamentino pugliese. Ad amplificare il dibattito, che ha segnato comunque sempre il percorso di questa legislatura regionale, la lettura delle inchieste giudiziarie, che hanno inondato quotidiani e notiziari di radio e TV pubbliche e private. Val la pena, allora, anche per FILODIRETTO (che si occupa essenzialmente di problematiche legate alla Sanità) fare una sintesi di ciò che è accaduto, di quello che si è detto e scritto in questi mesi estivi sulla gestione della Sanità pubblica pugliese. Poco più di quattro anni fa, come si ricorderà, furono le problematiche sulla Sanità a condizionare il gradimento elettorale del governo di Raffaele Fitto, che uscì sconfitto (anche se di misura) dalle elezioni regionali del 2005, favorendo il successo, che suscitò clamore, del deputato di Rifondazione Comunista, Nichi Vendola. Fu una vittoria elettorale ove la "rivoluzione gentile" nella Sanità pubblica regionale promessa dal candidato presidente Vendola giocò un ruolo decisivo per la sua affermazione. E' solo di qualche mese

fa il rischio di un flop altrettanto clamoroso dell'attuale coalizione di governo regionale di centrosinistra dello stesso presidente Vendola, per più filoni di inchieste giudiziarie sulla Sanità regionale da parte della magistratura barese, inchieste che hanno causato le dimissioni volontarie dell'assessore alle Politiche della Salute, Alberto Tedesco, e poi il rimpasto della Giunta Regionale. Ma al di là di quelle che saranno le risultanze, le inchieste della Magistratura hanno avuto il primo risultato di sottolineare drammaticamente tutte le problematiche che attanagliano la nostra Sanità, insolute nei vari aspetti del progressivo disavanzo economico, della scarsa qualità dei servizi assistenziali, della insufficiente dotazione organica del personale infermieristico e di quello tecnico-sanitario in ospedali e ASL.

SITUAZIONE DI SFASCIO

E', insomma, quella che vivono i pugliesi sulla loro pelle "una situazione di sfascio dalla quale sarà quanto meno problematico venirne fuori". L'affermazione virgolettata è di Antonio Battista (*Tuttosanita* 106/09), che di organizzazione sanitaria se ne intende, per essere inserito nella struttura apicale dell'ARES, l'Agenzia regionale che è il braccio operativo tecnico della Sanità pubblica regionale. Certificato a fine mandato elettorale del governo Fitto del 2005 un avanzo positivo del bilancio della Sanità regionale di 9 milioni e 34mila euro, già dopo due anni fu necessaria una manovra economica regionale che impose un aumento della tassazione IRPEF, IRAP e accise sui carburanti



La nuova Giunta regionale pugliese

per ripianare il deficit di bilancio della Sanità. Soldi sottratti al reddito dei pugliesi, stimati in circa 500 milioni di euro annui. Nel triennio 2006-2008, inoltre e per far cassa, sono stati messi in vendita beni delle ASL per circa 60 milioni di euro. Nonostante tutto questo, è giunto ormai al miliardo di euro (certificato dalla Corte dei Conti) il disavanzo di bilancio 2008 della Sanità regionale, con la pessimistica previsione che a fine 2009 raggiunga la voragine del disavanzo dei 2 miliardi di euro! Dinanzi a queste cifre da capogiro, cade anche la tesi sostenuta da fonti autorevoli dello stesso Assessorato regionale al Bilancio, che i disavanzi nella gestione della Sanità pubblica pugliese siano causati dalle assegnazioni sottostimate di risorse nazionali.

ALCUNE DELLE NEGATIVITÀ

Nonostante i sette e passa miliardi di euro che annualmente spende la Regione per la gestione della Sanità regionale, a leggere le denunce autorevoli (Tribunale diritti del malato, Cittadinanza attiva, sindacati, operatori sanitari, interrogazioni di consiglieri regionali, ecc.) apparse in questi ultimi anni sulla stampa quotidiana, non vi può essere la giustificazione che l'aumentata spesa sanitaria abbia portato il vento benefico della decantata "rivoluzione gentile" per la salute dei pugliesi, slogan che agevolò, come si diceva, l'on. Vendola a sconfiggere il suo avversario on. Fitto, alle elezioni regionali del 2005. L'assistenza domiciliare è ferma a quattro anni fa, quando ancora doveva essere avviata con il Piano sanitario dell'allora presidente Fitto; il complesso Asclepios del Policlinico di Bari è opera ancora incompiuta; l'Oncologico di Bari è ancora in at-

tesa del trasferimento, più volte rinviato, alla nuova sede dell'ex Cotugno; rinviata ancora la consegna del nuovo Ospedale della Murgia, in costruzione da anni fra Altamura e Gravina; per il pediatrico Giovanni XXIII di Bari, l'allora ministro della Sanità, nel 2007, parlò di un "Gaslini del Sud", progetto ad oggi rimasto sulla carta; nelle ASL pugliesi negli ultimi quattro anni

vi è stato un andirivieni di direttori generali (solo al Policlinico di Bari ben tre avvicendamenti); nel leccese vi è la più bassa incidenza regionale di laboratori di analisi (uno ogni 67mila abitanti); inesistente l'assistenza territoriale nel foggiano. Per rimanere nel Salento, i pazienti che devono sottoporsi alle analisi strumentali di PET e TAC in strutture pubbliche devono recarsi a Bari, con ovvi disagi e liste chilometriche di attesa. Parlando di liste di attesa, la denuncia delle cronache regionali è di due anni per una mammografia o, ad esempio, fino a otto mesi per una prostatectomia, ma solo di qualche giorno se paghi migliaia di euro per un intervento anche intramoenia. Insomma, una Sanità che di questo passo curerà bene solo chi potrà disporre di cospicue risorse finanziarie personali. Una Sanità regionale, infine, che registra un saldo di mobilità negativo, perchè i pugliesi preferiscono, o sono costretti, a farsi curare fuori regione, nonostante alcune eccellenze nei nostri centri ospedalieri; saldo negativo che nel solo 2007 ha pesato per oltre 183 milioni di euro di maggior onere per le casse regionali. Di contro (e ad onor del vero di positivo) l'estensione dell'esenzione parziale o totale dei ticket per la farmaceutica per quasi l'80% dei contribuenti.

LE RESPONSABILITÀ

Se la "politica" invece di interpretare "l'arte del governare" (di aristotelica memoria scolastica) è oggi divenuta puro esercizio del potere, chi esercita, o ha esercitato, tale modo di fare politica è responsabile, nel bene e nel male, delle conseguenze di tale esercizio. Questa l'accusa al presidente del-



la Regione Nichi Vendola di alcuni autorevoli esponenti della stessa maggioranza di centrosinistra che sostiene il governo regionale. L'on. Francesco Boccia, economista e deputato del PD, ricorda che *“è da tre anni che conteso le modalità, tutte correlate alle responsabilità del presidente, della selezione della classe dirigente”* delle strutture regionali, fra cui la *“scelta dei vertici delle aziende sanitarie”*, con *“l'immissione nei ruoli dell'amministrazione regionale di iscritti e militanti dei suoi partiti di provenienza”*. È dunque la deduzione, secondo le critiche di parte del centrosinistra, di una responsabilità diretta del presidente della Giunta regionale che ha proposto o condiviso tali nomine, ma che non è stato in grado (visti gli splafonamenti di bilancio) di monitorare o controllare l'andamento della spesa sanitaria, la qualità e la quantità dell'erogazione dei servizi alla salute (considerato il perdurare delle liste di attesa e la mobilità passiva dei ricoveri fuori regione), sulla base della programmazione del Piano sanitario e degli obiettivi prefissati, varati dal Consiglio regionale. Per intanto, a seguito delle inchieste della Magistratura nel comparto della Sanità regionale e per risolvere quella che lo stesso presidente Vendola ha definito una *“questione morale”*, con decreto presidenziale, ai primi di luglio, vi sono stati cinque cambi nella squadra del governo regionale, con la riconferma alle Politiche della Salute dell'assessore Tommaso Fiore. Decisione univoca e senza consultazioni del presidente dell'esecutivo regionale con i partiti della sua stessa maggioranza di governo, che ha creato profondi dissensi e critiche. Una *“valutazione negativa”* sull'operato del presidente Vendola è stata pubblicamente dichiarata anche da Paolo Ferrero, segretario nazionale di Rifondazione Comunista (ex partito dello stesso on. Vendola) e dal segretario regionale dello stesso partito Pietro Manni. Ed infine, l'affondo di Lega Coop Puglia (in area notoriamente vicina alla sinistra), di Confcooperative e FiseAnip, sulla politica di internalizzazione dei servizi alla Sanità regionale, iniziata sperimentalmente con la costituzione della *“Sanitaservice”* dell'ASL

di Foggia, sperimentazione definita fallimentare e clientelare; sistema che invece il governo regionale vuole estendere a tutte le altre ASL pugliesi.

“E' da quattro anni che denunciavamo le inadempienze e le illegalità nella Sanità regionale – denuncia pubblicamente il capogruppo di FI-PDL in Consiglio regionale, Rocco Palese – ma siamo stati sempre inascoltati dal presidente Vendola, che perciò sapeva e poteva intervenire”. Concludiamo questa nostra carrellata di notizie, che hanno avuto nei mesi estivi come protagonista delle cronache giudiziarie regionali e nazionali il

LE INCHIESTE GIUDIZIARIE

Diverse le inchieste della Magistratura barese che indagano nel sistema della Sanità pugliese.

Di due inchieste sono titolari i Pubblici Ministeri Roberto Rossi e Giuseppe Scelsi. Secondo le tesi accusatorie, la società *“Tecno Hospital”* dei fratelli Tarantini sarebbe stata favorita nelle forniture ospedaliere da politici, medici e amministratori sanitari in cambio di generosi omaggi. In quella del PM Scelsi, vi sarebbe anche lo svolgimento di festini con l'uso di droghe per ingraziare i favori di politici e amministratori.

In ordine di tempo segue l'inchiesta del PM Lorenzo Nicastro, che analizza il *modus operandi* dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute nel 2007 nelle convenzioni con Case di cura private di Bari e Provincia.

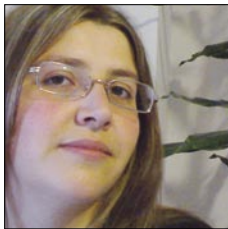
Ultima (quella che ha provocato le dimissioni dell'assessore Alberto Tedesco) ma la più corposa, l'inchiesta del PM Desirèe Di Geronimo. Secondo gli inquirenti, nel sistema sanitario regionale sarebbe stata creata una *“cupola”* affaristica, con la quale politici, amministratori delle ASL e imprenditori avrebbero pilotato le scelte di gestione della sanità pubblica regionale e condizionato forniture ospedaliere e appalti.

pianeta pugliese della Sanità pubblica, con due annotazioni. La prima, gradita senz'altro agli automobilisti, di una preannunciata riduzione di poco più di due centesimi delle imposizioni regionali sulle accise del carburante (ma restano tutti gli altri balzelli introdotti dal governo Vendola); la seconda, sulle intenzioni del governatore di commissariare tutte le ASL pugliesi: una decisione che, se assunta rinfocolerà le polemiche sul *modus operandi* del nostro governo regionale.



COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELLA GESTIONE DEI FARMACI OFF-LABEL

Vanessa
MANGHISI



La responsabilità infermieristica nel processo di gestione del farmaco è rilevante in quanto le competenze infermieristiche sono determinanti in tutte le fasi del processo (esclusa la prescrizione):

approvvigionamento, stoccaggio e conservazione, trascrizione/interpretazione, preparazione, somministrazione, monitoraggio effetti, smaltimento. Inoltre, dalla letteratura si evince che la maggior incidenza di errori di terapia si verifica oltre che nella fase di prescrizione anche in quelle di trascrizione (6%), distribuzione (4%) e somministrazione (34%), delle quali è responsabile l'infermiere. Dobbiamo ricordare che il processo terapeutico è multiprofessionale, e che il ruolo e la responsabilità infermieristica in tale processo sono stati notevolmente rivisti, in termini giuridici e giurisprudenziali, dopo la legge 42/99. Nello specifico, il profilo professionale (DM 739/94) richiama l'infermiere a garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, prevede e dà per assunto da un lato che l'infermiere padroneggi un campo vasto di conoscenze e competenze per poter esercitare in modo appropriato una simile responsabilità e riconosce la responsabilità professionale infermieristica sul processo. Tale normativa risulta assolutamente recepita dalla giurisprudenza: ne sono esempi al-

cune sentenze. La sentenza di C.P. 859/1998: il professionista sanitario non medico ha l'obbligo di accertamento prima di effettuare manovre che possono rivelarsi dannose; e la sentenza di C.P. 1878/2000: l'infermiere è tenuto a chiedere chiarimenti al medico, essendo esigibile da parte dell'infermiere che l'attività di preparazione del flacone non sia prestata in modo meccanicistico ma in modo collaborativo con il medico non per sindacare circa l'efficacia, ma per richiamare i dubbi avanzati circa il dosaggio in presenza di variazione dello stesso. Le implicazioni deontologiche e giuridiche quali le sperimentazioni, l'uso compassionevole, la terapia del dolore, coinvolgono l'infermiere per diversi motivi quali ad esempio la correttezza e la trasparenza nella produzione di conoscenze scientifiche che potrebbero avere ripercussioni importanti sui diritti dei pazienti; l'aggiornamento degli infermieri passa attraverso la lettura di studi e sperimentazioni, pertanto è importante conoscerne le possibili distorsioni; è fondamentale per tutti, operatori sanitari e cittadini, essere informati, obiettivi e disincantati sulle possibili influenze dell'industria e del mercato sulla sanità. I farmaci off-label sono prescritti al di fuori delle indicazioni delle vie o delle modalità di somministrazione o delle utilizzazioni autorizzate (non sono comprese in scheda tecnica) dal Ministero della Salute. La prescrizione del medico e la somministrazione da parte dell'infermiere, delle specialità medicinali, prevedono che il farmaco sia stato anticipatamente autorizzato all'immissione in commercio dal Ministero della Salute, alternativamente, dall'agenzia europea di valutazione



dei medicinali (EMEA) ai sensi del Regolamento CEE n.2309/1993 (art.8 d.lgs.178/1991). È possibile, in casi eccezionali, la prescrizione e l'utilizzo di un farmaco off-label, infatti, il loro uso è lecito, ma devono essere rispettate alcune regole precise. L'immissione in commercio, dei farmaci disponibili in Italia, viene autorizzata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che garantisce l'accesso a farmaci sicuri, di qualità ed efficaci, valutando le informazioni disponibili e operando un costante controllo delle reazioni avverse legate all'utilizzo delle specialità commercializzate. Inoltre, "...è lecita la prescrizione di farmaci non autorizzati, a condizione che siano già inclusi in un elenco predisposto dalla Commissione Unica del Farmaco con finalità compassionevoli, in ragione dell'assenza di alternative terapeutiche". L'elenco potrebbe includere medicinali innovativi non autorizzati in Italia, farmaci non ancora autorizzati ma in sperimentazione, medicinali da impiegare per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (L. 648/1996). Off-label, si può affermare che sta ad indicare l'impiego dei farmaci già registrati ma usati in via sperimentale per il trattamento di altre patologie. Il somministrare un farmaco fuori indicazione vuol dire fare la cosiddetta "**prescrizione/somministrazione off-label**", termine inglese che significa "**fuori dall'etichetta**". Spesso accade, specialmente in oncologia, che siano necessari farmaci, non registrati dalla casa produttrice, per tutte le indicazioni possibili. Questo può accadere, perché per ogni indicazione, l'azienda produttrice deve effettuare appositi studi, solitamente con un costo rilevante e quindi non sempre convenienti. In altri casi, invece, dal punto di vista scientifico ci sono progressi rapidissimi, per cui vi sono a disposizione sostanze e preparati di provata efficacia nei confronti di certi tumori che purtroppo non sono registrati per quella indicazione, per motivi temporali. Ogni nuova molecola, prima di essere disponibile come medicinale deve essere sottoposta ad un lungo periodo di studi in laboratorio, questa fase è la sperimentazione preclinica. Se dagli studi si evince che la sostanza non è tossica ed è efficace, si valuta l'opportunità di avviare la sperimentazione clinica sull'uomo la quale si divide in tre tappe consecutive, definite per convenzione fase I, II e III. Prima di poter procedere agli studi clinici, questi devono essere

L'INFERMIERE DEVE:

- a) Verificare la prescrizione, al fine di ridurre gli errori della corrispondente preparazione/somministrazione, deve precisare i seguenti elementi:
 - Il tipo di farmaco, intendendosi per tipo di farmaco il nome commerciale dello stesso;
 - Il dosaggio;
 - L'ora/le ore di somministrazione;
 - La via di somministrazione;
 - La forma farmaceutica;
 - La firma del medico prescrivente;
- b) Conoscere le indicazioni e gli effetti indesiderati dei farmaci da somministrare;
- c) Valutare il paziente (esempio: parametri vitali, glicemia, diuresi, stato di coscienza...);
- d) Applicare la regola delle 6G;
- e) Segnalare eventuali non somministrazioni;
- f) Verificare assunzione per terapia autogestita;
- g) Monitorizzare effetti desiderati e non;
- h) Segnalare tali effetti;
- i) Smaltire correttamente i dispositivi medici di scarto.

approvati dal Comitato Etico (medici, infermieri, farmacisti, rappresentanti dei cittadini...) che verifica l'eticità e la correttezza dello studio. I trials clinici (studi clinici) sono utili per stabilire l'efficacia e la sicurezza di un trattamento per una determinata patologia. A questo scopo, vengono selezionati dei pazienti, con specifiche caratteristiche, tra cui quella di essere affetti dalla malattia verso la quale si vuole valutare il beneficio del farmaco. *Infatti, il foglietto illustrativo di un medicinale deve riportare sulle indicazioni le patologie per le quali il trattamento è stato studiato.* Fare uso di farmaci al di fuori delle indicazioni riportate nel foglietto illustrativo o in scheda tecnica (strumento utile ai sanitari per avere informazioni più dettagliate sul medicinale) è definito **utilizzo off-label**. Questa pratica potrebbe essere rischiosa per il paziente in quanto lo sottopone a "sperimentazioni". Anche per il medico è molto rischioso contravvenire alle indicazioni riportate nel foglietto illustrativo, perché l'utilizzo OFF-LABEL è una responsabilità che si assume per la quale può avere anche ripercussioni penali, quindi conseguentemente per tutte le altre fasi del processo di gestione del farmaco di cui è responsabile l'infermiere, valgono le stesse considerazioni. In generale dovrebbero essere rispettati tutti



gli elementi riportati nella scheda tecnica. Nella pratica si verificano però molte circostanze nelle quali può essere opportuno, sulla base di risultati di ricerche cliniche o di raccomandazioni tratte da linee-guida approvate da società medico-scientifiche, non seguire alla lettera le indicazioni approvate e prescrivere a un paziente un farmaco fuori indicazione o a dosi diverse da quelle raccomandate. Prima della prescrizione si deve acquisire il **consenso informato scritto** del paziente, ogni paziente ha il diritto di ricevere la migliore terapia al momento disponibile. La scelta di usare un farmaco off-label spetta al medico, che sulla base di documentazione scientifica pubblicata, sotto la propria responsabilità, informando il paziente e ottenendone il consenso, può decidere di trattare utilmente il proprio assistito con un medicinale prodotto industrialmente per una indicazione terapeutica diversa da quella per cui è stato registrato. In questo caso gli operatori sanitari si assumono la piena responsabilità, anche penale, di qualunque effetto indesiderato si verifichi nel paziente. Anche sentenze del tribunale hanno affermato che ogni medico può prescrivere farmaci fuori dalle indicazioni autorizzate, purché vi sia il consenso informato da parte del paziente, che deve sapere di assumere un farmaco per un'indicazione non approvata. La giurisprudenza riconosce ai professionisti sanitari piena autonomia decisionale, ma ogni scelta terapeutica deve ispirarsi ad aggiornate e documentate acquisizioni scientifiche e ad un'accurata valutazione del rapporto tra i rischi e i benefici della decisione. Responsabilità, sicu-

rezza per il paziente e consenso informato sono le parole chiave attorno alle quali ruota la questione dell'impiego dei farmaci off-label. Sono comunque necessarie anche in Italia linee-guida d'impiego di tali farmaci che definiscano la gestione del rischio e i criteri di sicurezza per il paziente. Nuove raccomandazioni sulle modalità di informazione scientifica sull'uso **off-label** sono state indicate dalla Food and Drug Administration. Secondo la rivista *PharmaTimes*, nel febbraio 2008, la FDA stabilisce che "la salute pubblica può essere perseguita quando gli operatori sanitari ricevono informazioni scientifiche vere e non ingannevoli sugli usi non approvati di prodotti farmaceutici già presenti in commercio". In più, viene precisato che gli articoli scientifici sull'argomento "dovranno essere pubblicati da organizzazioni con un comitato editoriale composto da persone con comprovata esperienza nel campo. Queste organizzazioni devono essere capaci di analizzare e selezionare in maniera obiettiva, ed eventualmente rifiutare o inserire commenti sugli articoli proposti. Si dovrà inoltre adottare una politica pubblica, alla quale le organizzazioni dovranno aderire, per il chiarimento di qualsiasi possibile conflitto di interesse degli autori, degli editori e di chi contribuisce alla pubblicazione". In conclusione, l'ottimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza con cui vengono condotte ricerca e pratica clinica, può avvenire solo grazie al lavoro di collaborazione delle diverse professionalità che operano in ambito sanitario, avendo come obiettivo primario la persona ed il miglioramento della qualità della vita del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- La prescrizione e la somministrazione dei farmaci, Luca Benci.
- Legge 8 aprile 1998, n. 94 "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria". G.U. n. 86 del 14 aprile 1998.
- Legge 23 dicembre 1996, n. 648 "Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996". G.U. n. 300 del 23 dicembre 1996.
- Decreto 11 febbraio 1997 "Modalità di importazione di specialità medicinali registrate all'estero". G.U. n. 72 del 27 marzo 1997.
- Decreto 8 maggio 2003 "Uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica". G. U. n. 173 del 28 luglio 2003.
- Comunicato "Ambito di applicazione dell'art. 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648". G. U. n. 155 del 4 luglio 2002.
- D.G.R. n. 4284 del 29 dicembre 2004 "Disposizioni regionali in merito all'uso terapeutico di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica".



DEONTOLOGIA E NURSING



Maria
CAPUTO

I Codici deontologici vengono posti dalla legge 42/99 come uno dei tre criteri guida per l'esercizio professionale. Il Codice deontologico contiene norme deontologiche che l'ordine professionale

o il Collegio ritengono importante proporre ai propri iscritti, ma tali norme non si identificano con l'intera sfera della deontologia. Il Codice deontologico "rappresenta un atto di autodisciplina, di norme quindi emanate dagli organi rappresentativi di una professione a cui viene generalmente riconosciuto *"il duplice ruolo di fonte di orientamento professionale e di paradigma per la valutazione di condotte articolato su regole fondamentali di comportamento"*. Rispetto ad altre professioni i codici delle professioni sanitarie non mediche sono richiamati direttamente da due leggi dello Stato: la legge 42/1999 e la legge 251/2000. Questo richiamo al Codice deontologico che non è un atto normativo dello Stato ma un atto di autoregolamentazione di una categoria professionale, come condizione per l'esercizio professionale risulta del tutto nuova nel nostro ordinamento.

Cenni storici 1960 – Il I° Codice deontologico per infermieri professionali/assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia risale al 1960. Un documento dal carattere prescrittivo più che propositivo di principi, possiamo riconosce-

re modelli di comportamento paternalistici e scarsamente orientati al senso di responsabilità dell'infermiere che ha bisogno di essere richiamato perfino al dovere di indossare la divisa con dignità e decoro. Dai contenuti e dal linguaggio che esprime sembra che i comportamenti corretti sul piano deontologico derivino più dallo zelo e dalla disciplina che da una autonoma riflessione morale. **1977** – In questa stesura rilevati cambiamenti formali e sostanziali rispetto al documento del '60'. Migliora soprattutto l'immagine dell'infermiere che è resa più congruente con quella richiesta da un professionista della salute. **1999** – Il nuovo Codice degli infermieri è preceduto da un patto infermiere-cittadino. Rappresenta un atto bilaterale, consensuale tra le parti dunque democratico e laico alla sua origine. In quanto tale, il patto costituisce una delle immagini più utilizzate per indicare quel rapporto tra operatori sanitari e fruitori delle cure che meglio corrisponde alla cultura e alla sensibilità del nostro tempo. La consonanza fra i due documenti (patto e codice) emanati in momenti diversi facilita la riflessione su entrambi e dimostra che la professione infermieristica dispone di un'etica consolidata e coerente. **2009** – Nuovo Codice Deontologico. Quali sono i cambiamenti?

Definizione della figura e dell'attività infermieristica: art 1 e art 1.2 diventano 1 e 2 del nuovo codice e riguardano l'individuazione della figura dell'infermiere, viene fatta con una lettura attenta ai cambiamenti legislativi di questi ultimi anni. Viene introdotta la funzione gestionale, vengono valorizzati gli interventi tecnici che diventano tecnico-scientifici.



Vecchio Codice Deontologico	Nuovo Codice Deontologico
1.1. L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.	Articolo 1 L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.
1.2. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.	Articolo 2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

La tutela del diritto alla salute:

l'art.2.2 diventa art.6 c'è l'ingresso della palliazione anche questa come "bene fondamentale della persona e interesse della collettività".

Norme antidiscriminazione:

l'art.2.4 diventa art.7 e si arricchisce dell'agire professionale da svolgersi secondo "equità e giustizia" e non legata a motivi ideologici o a orientamento sessuale.

L'obiezione di coscienza:

il concetto di obiezione di coscienza si amplia. Viene ribadita come causa dell'obiezione di coscienza la richiesta di prestazioni in contrasto con i "principi etici della professione" mentre il contrasto con la "coscienza personale" è stato sostituito con il contrasto con "i propri valori".

Nuove pratiche, integrazione e attività di consulenza:

l'art. 3.2 diventa art. 12 e 13 e art. 3.3 diventa art. 14 e 15: scompare l'articolo che specificava che l'infermiere declinava la responsabilità quando riteneva di non potere agire in sicurezza era interpretato come dichiarazione di irresponsabilità.

La riservatezza, il segreto professionale, la documentazione sanitaria:

si parla di integrazione nel versante della interprofessionalità e viene il concetto di risk management.

La contenzione:

art. 4.10 diventa art.30: legittima l'uso della contenzione non solo dietro prescrizione medica ma anche in seguito a documentate valutazioni assistenziali. L'infermiere quindi può usare i mezzi di contenzione sopra ricordati non solo quindi in caso di una prescrizione medica bensì anche con una prescrizione infermieristica.

Vecchio Codice Deontologico	Nuovo Codice Deontologico
4.10. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.	Articolo 30 L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

I rapporti con le istituzioni:

art. 6.1 diventa art. 48, art. 6.2 diventa art. 49: nel puro spirito deontologico impegna l'infermiere a prodigarsi comunque per il superamento delle carenze o dei disservizi.

CONCLUSIONI

Le norme del Codice Deontologico fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto, delineando, sia sul piano giuridico che dello status, che delle competenze. L'infermiere italiano oggi è un professionista della salute a cui ogni cittadino può e deve 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. Con il nuovo Codice Deontologico gli infermieri italiani manifestano l'impegno per un "saper essere ad alta valenza etica" per un "saper assistere ad alta valenza professionale" e per attuarli al meglio ovunque. Saper fornire risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare capacità di presa in carico e continuità assistenziale.



IL CORAGGIO DELLA CHIAREZZA

Valente
BERNARDO



con il diritto convergono e si confrontano in quell'ambito interdisciplinare che viene definito *bioetica*. Oggi con il termine eutanasia (*buona morte*) si intende un comportamento attivo od omissivo da parte di un terzo finalizzato ad una morte indolore di un paziente affetto da grave malattia irreversibile, senza speranze di vita e con insopportabili sofferenze, o comunque di un paziente incapace di condurre una vita dignitosa. In seguito a quanto detto nasce spontaneamente la domanda: *“Esiste o no un diritto a morire?”* Alcuni giustificano l'eutanasia col fatto che ogni persona, come ha diritto di vivere, così ha il diritto di morire; ma ciò significherebbe che la vita umana è “disponibile”, disponibilità che effettivamente non esiste, né della propria e né dell'altrui. In realtà la vita è un “dono”, che ha una sua particolare natura, in quanto è proprio della natura del vivente nascere, crescere, matu-

Il caso di Eluana Englaro ha portato l'*eutanasia* come l'attualissima tematica che appassiona numerosi settori delle scienze umane, quali l'etica, la filosofia, la religione, la medicina, che

“Qual'è il ruolo dell'Infermiere nell'eutanasia?”

rare, invecchiare e morire, perciò infliggere la morte va contro natura, principio sulla quale si fonda il V Comandamento: *“NON UCCIDERE”*.

Comandamento sulla quale la Chiesa Cattolica e le religioni monoteistiche ergono la loro barriera insuperabile su tale tematica. In alcuni Paesi si è scelto di legittimare l'*eutanasia passiva o indiretta* (rinuncia a mettere in atto i provvedimenti necessari al mantenimento in vita) e limitarsi a penalizzare il suicidio assistito (*eutanasia attiva o diretta*). Sulla tematica, in Italia, si è aperto un dibattito culturale che vede mettere al primo posto più che il valore della vita, il valore dell'individuo ed il suo diritto ad una vita dignitosa. In seno ai favorevoli all'eutanasia vi è, infatti, chi ne propone la *legalizzazione* e chi la *depenalizzazione*. Il concetto di *legalizzazione* (rendere lega-

le un atto) si scontra spesso con quello di *depenalizzazione* (rendere non punibile un atto), in quanto il primo concetto darebbe una protezione legale e risulterebbe essere più un paravento per i medici che un aiuto per i malati; mentre il secondo chiarirebbe la posizione dell'eutanasia all'interno della nostra struttura sanitaria in merito alla dicotomia diritto-morale. ***In merito a questa tematica come si pone la figura professionale dell'infermiere?*** Da un sondaggio, avente come target infermieri tra i 30 ed i 40 anni, soprattutto impiegati in reparti di area critica, è emerso





quanto segue:

- favorevole all'eutanasia 82%;
- contrario all'eutanasia 18%;
- eutanasia attiva 70%;
- eutanasia passiva 30%;
- richiesta esplicita da parte del paziente 28%;
- testamento biologico 36%;
- suicidio assistito 26%;
- eutanasia senza richiesta esplicita 10%.

Il sondaggio potrebbe sconcertare, ma è giusto sottolineare che quanto emerso è il risultato di uno stato morale di professionisti che ogni giorno devono prestare assistenza ad esseri umani in stato vegetativo. Nella realtà l'infermiere deve attenersi ad un Codice deontologico al quale presta simbolicamente giuramento all'inizio della sua professione e dalla quale non potrà mai sottrarsi. Secondo questo Codice deontologico "l'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica, coerenti con la concezione da lui espressa della

qualità della vita, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui espresso in precedenza e documentato"; "l'infermiere non partecipa ad interventi finalizzati a procurare morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito". NO, dunque, all'accanimento terapeutico e una posizione chiara ed esplicita anche rispetto al tema dell'eutanasia, mantenendo al centro la tutela dell'autonomia e della libertà di scelta del malato. Le norme mettono in primo piano la volontà del paziente, che deve essere orientato all'uso dei servizi ed accompagnato in una logica di continuità curativo assistenziale, che non si esaurisce nelle cure sanitarie dettate dai medici, ma comprende il conforto psicologico e spirituale. L'infermiere dovrà attivarsi per alleviare la sofferenza e tutelare la volontà dell'assistito e della sua famiglia. Nel rapporto tra infermiere e paziente, l'infermiere si impegna non solo a garantire la libertà di scelta della persona, ma a metterla nelle condizioni di poter effettivamente esercitare questo diritto.

AL VIA LE ATTIVITÀ DELLA SEDE DEL COLLEGIO IPASVI BAT

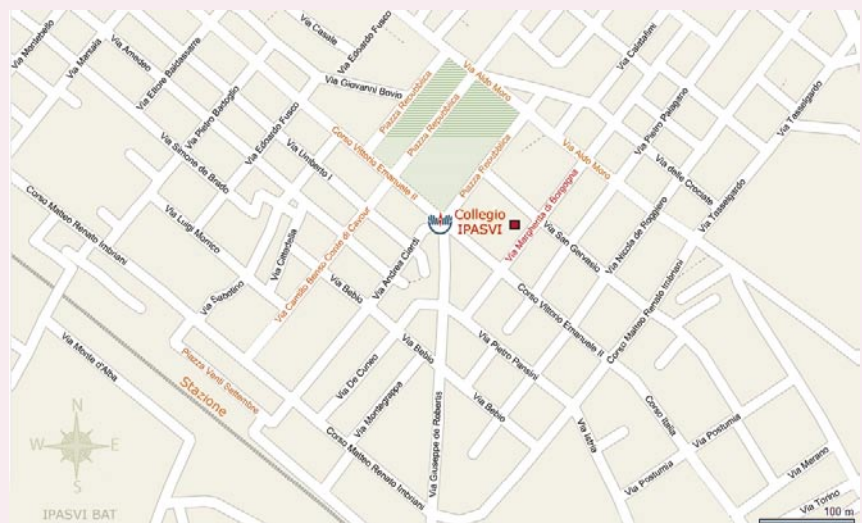
14

Gentili Colleghi,

ho il piacere di annunciare che a partire dal giorno 15 ottobre 2009 sarà attiva la sede autonoma del Collegio IPASVI della Provincia di Barletta-Andria-Trani, in Via Margherita di Borgogna n, 74, a Trani.

La nuova sede è ubicata in zona centrale e di facile individuazione come dalla cartina allegata; è situata in zona centrale e a poca distanza dalla stazione ferroviaria nella prima parallela verso SUD della centrale Piazza della Repubblica e si percorre in auto a senso unico da Corso Vittorio Emanuele verso Via Aldo Moro.

Sarà aperta al pubblico nei giorni di lunedì e venerdì dalle ore 16,00 alle ore 19,00.



I riferimenti telefonici della sede sono: tel. 0883 482500 fax. 0883 481593

Ricordo inoltre l'indirizzo del sito web: www.ipasvibat.it dove è possibile consultare ogni altra informazione utile della vita del nuovo Collegio. Sarò lieto di accogliervi tutti presso la nuova sede.

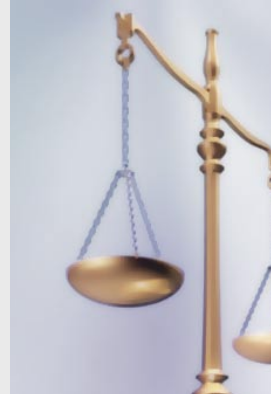
Il Presidente
Dott. Giuseppe Chiodo

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*



LICENZIAMENTO PER GIUSTIFICATO MOTIVO OGGETTIVO E PER RAGIONI DISCIPLINARI

La materia dei licenziamenti seppur ancorata a dei parametri ristretti risulta sempre in evoluzione come dimostrano le due sentenze che di seguito si commentano. I principi che evidenziano sono identici; l'iter e/o il ragionamento logico che portano i giudicanti a prendere le decisioni di cui sotto non è mai identico. In tema di licenziamento per giustificato motivo oggettivo la Corte di Cassazione sez. lav. con sentenza del 13/8/2009 n. 21579 ha enunciato il seguente principio: "in caso di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, il datore di lavoro, che adduca a fondamento del licenziamento la soppressione del posto di lavoro cui era addetto il lavoratore licenziato, ha l'onere di provare non solo che al momento del licenziamento non sussisteva alcuna posizione lavorativa analoga a quella soppressa alla quale avrebbe potuto essere assegnato il lavoratore licenziato per l'espletamento di mansioni equivalenti a quelle svolte, ma anche di aver prospettato al lavoratore licenziato, senza ottenerne il consenso, la possibilità di impiego in mansioni inferiori rientranti nel suo bagaglio professionale, purché tali mansioni inferiori siano compatibili con l'assetto organizzativo aziendale stabilito dall'imprenditore.

I principi che si evincono dal dispositivo di sentenza sono i seguenti:

- a. resta insindacabile la scelta imprenditoriale alla base del licenziamento per ottemperanza all'articolo 41 della Costituzione secondo cui l'iniziativa privata è libera;
- b. spetta al giudice il controllo sulla reale sussistenza dei motivi posti a fondamento del licenziamento cadendo sul datore di lavoro l'onere di dimostrare che il licenziamento sia effettivamente motivato da ragioni tecnico - organizzativo - produttive;
- c. spetta al datore di lavoro l'onere di dimostrare di aver chiesto al lavoratore licenziato di svolgere mansioni inferiori, compatibili con le sue qualità professionali e che lo stesso le abbia rifiutate.

Interessante risulta essere la pronuncia della Corte di Cassazione del 15/7/2009 n. 23700 in tema di licenziamento disciplinare. La C.C. ha ribadito un

principio consolidatissimo in giurisprudenza: "ai fini della validità del licenziamento per ragioni disciplinari non è necessaria la previa affissione del codice disciplinare, in presenza della violazione di norme di legge e comunque di doveri fondamentali del lavoratore, riconoscibili come tali senza necessità di specifica previsione; ne consegue che i comportamenti del lavoratore costituenti grave violazione dei doveri fondamentali sono sanzionabili con il licenziamento disciplinare a prescindere dalla loro inclusione o meno nel codice disciplinare ed anche in difetto della sua affissione con l'ulteriore precisazione che il licenziamento per giusta causa può considerarsi legittimo soltanto se la mancanza del lavoratore, a seguito di attenta valutazione in concreto di ogni circostanza, sia di tale gravità da far venire meno il rapporto fiduciario con il datore di lavoro e la legittima aspettativa circa il corretto comportamento dell'altra parte in relazione al puntuale adempimento degli obblighi che derivano dal contratto stesso. E' il caso di specificare che anche in caso di licenziamento disciplinare (detto anche per giusta causa) non è necessaria l'affissione del codice disciplinare allorché la violazione posta in essere dal lavoratore sia tale da non necessitare di una precedente affissione. Anche in caso di licenziamento per giusta causa si devono seguire integralmente le norme del procedimento disciplinare poiché, a prescindere dalla gravità o meno degli addebiti, il diritto di difesa deve essere sempre garantito al lavoratore.

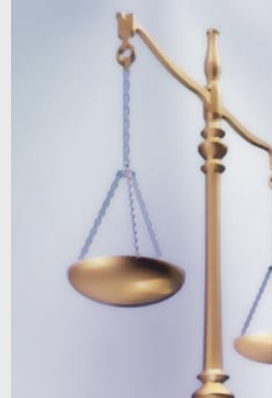
PERMESSI AL GENITORE LAVORATORE, TRASFERIMENTO ED INCOMPATIBILITÀ

"Il diritto del genitore o del familiare lavoratore che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato, di non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede non è attuabile ove sia accertata, in base ad una verifica rigorosa anche in sede giurisdizionale, la incompatibilità della permanenza del lavoratore nella sede di lavoro. Questo è il principio che emerge dalla lettura di una recente pronuncia dei giudici di legittimità. Il caso ha riguardato un pubblico dipendente che aveva impugnato il proprio trasferimento per incompatibilità ambientale poiché assisteva un familiare handicappato con lui convivente, ai sensi



della legge n. 104 del 1992 la quale espressamente prevede che il dipendente in dette condizioni possa essere trasferito solo previo suo consenso. Non è prevista dalla normativa, infatti, alcun bilanciamento degli interessi familiari del lavoratore con quelli tecnico-produttivi del datore di lavoro, così come invece previsto dal legislatore per l'ipotesi di prima assegnazione della sede di lavoro, in cui l'interesse del lavoratore è tutelato "ove possibile". Ha aggiunto che, nel caso di specie, si era verificata, a causa di comportamenti del pubblico dipendente, una situazione di acuta conflittualità con i colleghi, sì che il trasferimento non garantiva, comunque, l'interesse dell'Amministrazione, non potendosi escludere che una analoga situazione si ripetesse anche in altra sede. Avverso questa sentenza la P.A. ha proposto ricorso per cassazione – e stante sia la delicatezza della fattispecie sia la non univocità dei giudizi a riguardo – che è stato esaminato dalle Sezioni Unite le quali hanno osservato che la legge 5 febbraio 1992, n. 104 prevede agevolazioni per i lavoratori che assistono soggetti portatori di handicap. In particolare dispone che il genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato ha diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito, senza il suo consenso, ad altra sede. La norma prevedeva, originariamente, che il lavoratore fosse convivente con la persona handicappata, ma tale requisito è stato eliminato dalla legge n. 53 del 2000 ove è stato precisato che l'assistenza deve essere prestata con continuità e in via esclusiva fatte salve alcune modalità applicativa devolute alla discrezionalità della P.A.. Può osservarsi, al riguardo, che la tutela è riconosciuta - come s'è visto, a seguito della richiamata legge n. 53 del 2000 - al lavoratore che provveda all'assistenza della persona handicappata pur non essendo con essa convivente, sì che l'agevolazione è diretta non tanto a garantire la presenza del lavoratore nel proprio nucleo familiare, quanto ad evitare che la persona handicappata resti priva di assistenza in relazione alla sede lavorativa del familiare che la assiste, di modo che possa risultare compromessa la sua tutela psico-fisica e la sua integrazione nella famiglia e nella collettività; e, d'altra

parte, un'uguale agevolazione, quanto alla scelta della sede di lavoro e alla inamovibilità, è prevista dal comma sesto dello stesso art. 33 in favore della persona handicappata in situazione di gravità, così confermandosi che, in generale, il destinatario della tutela realizzata mediante le agevolazioni previste dalla legge non è il nucleo familiare in sé, bensì la persona portatrice di handicap. L'efficacia di questa tutela si realizza, per quanto qui interessa, anche mediante una regolamentazione del contratto di lavoro in cui è parte il familiare della persona tutelata, là dove il riconoscimento di diritti in capo al lavoratore è in funzione del diritto del portatore di handicap a ricevere assistenza. Mette conto rilevare che il bilanciamento degli indicati interessi avviene a livelli diversi in relazione alle distinte posizioni soggettive contemplate dalla disposizione in esame. La mancanza di tale esplicitazione per l'ipotesi del trasferimento, per il quale la seconda parte della disposizione prevede semplicemente che il lavoratore non può essere trasferito ad altra sede senza il suo consenso, esprime una diversa scelta di valori che è collegata alla diversità delle due situazioni, e specificamente ai riflessi negativi per il portatore di handicap di un trasferimento di sede del congiunto a fronte di una situazione assistenziale già consolidata. La ricognizione di siffatti interessi è presente nella evoluzione della giurisprudenza di legittimità, che ha individuato situazioni di fatto, di incompatibilità ambientale, che, se pure prescindono da ragioni punitive o disciplinari e sono riconducibili in via sistematica all'art. 2103 c.c., si distinguono dalle ordinarie esigenze di assetto organizzativo in quanto costituiscono esse stesse causa di disorganizzazione e disfunzione realizzando, di per sé, un'obiettiva esigenza di modifica del luogo di lavoro. L'art. 467 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297 prevede l'applicazione, anche per la mobilità, delle agevolazioni della legge n. 104 del 1992 disponendo che si fa luogo al trasferimento d'ufficio soltanto in caso di soppressione di posto o di cattedre, ovvero per accertata situazione di incompatibilità di permanenza del personale nella sede. Proprio nell'ottica di considerare ciascun principio e ciascun valore "senza perdere di vista, comunque, l'insieme normativo" occorre anche osservare come l'accertata esistenza di tali situa-



zioni comporti in realtà una pluralità di esigenze - ognuna diversa dalla mera mobilità del personale - che si identificano non soltanto con il funzionamento dell'azienda, ovvero dell'ente pubblico, ma anche con la necessità di conservare il posto al lavoratore: necessità che si riflette, d'altronde, sulla stessa persona handicappata, poiché la perdita del lavoro comporterebbe per il familiare uno squilibrio di assetti destinato a mettere a rischio la stessa possibilità dell'assistenza. Pertanto, la particolarità delle esigenze sottese a tali situazioni, riconducibili a valori di rilievo costituzionale e allo stesso mantenimento dell'assistenza alle persone handicappate, determina la inapplicabilità, in caso di soppressione del posto o di incompatibilità ambientale, della tutela di cui all'art. 33, comma 5, seconda parte, della legge n. 104 del 1992, che riguarda invece le ipotesi di mobilità dei lavoratori per ordinarie ragioni tecnicoproductive.

In conclusione, si deve affermare che, alla luce di una interpretazione dell'art. 33, comma 5, della legge n. 104 del 1992 orientata alla complessiva considerazione dei principi e dei valori costituzionali coinvolti, il diritto del genitore o del familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato, di non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede, mentre non può subire limitazioni in caso di mobilità connessa ad ordinarie esigenze tecnico-produttive dell'azienda, ovvero della pubblica amministrazione, non è invece attuabile ove sia accertata, in base ad una verifica rigorosa anche in sede giurisdizionale, la incompatibilità della permanenza del lavoratore nella sede di lavoro. Nella specie, il provvedimento di trasferimento si configura come misura necessaria a contemperare i diversi interessi coinvolti - della scuola, della lavoratrice e del familiare assistito, non essendo consentito, d'altra parte, sopperire a tale oggettiva incompatibilità con il licenziamento.

IL DANNO NON PATRIMONIALE

Nella materia giuslavorista, nella quale numerose disposizioni assicurano al lavoratore una tutela rafforzata della sua persona, è sovente riscontrata

bile un danno non patrimoniale che consente alla vittima di ottenere il ristoro della lesione d'interessi che, per non essere regolati, ex ante, da norme di legge, dovranno essere individuati, caso per caso, dal giudice del merito. Ciò senza duplicare il risarcimento, individuando il discrimine tra meri pregiudizi - concretatis in disagi o lesioni d'interessi che non possono trovare riconoscimento in sede risarcitoria - e danni che, di contro, costituendo un vulnus a interessi oggetto di copertura costituzionale, vanno risarciti all'esito di una valutazione supportata da una motivazione congrua, coerente sul piano logico e rispettosa dei principi giuridici applicabili alla materia, come tale sottratta, anche quanto alla quantificazione del danno, a qualsiasi censura in sede di legittimità.

MANCATA REINTEGRA NEL POSTO DI LAVORO E DANNO

Il risarcimento dei danni professionali conseguenti alla mancata reintegrazione nel posto di lavoro rientra nella fattispecie prevista dall'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori presuppone l'attualità in fatto ed in diritto del rapporto lavorativo ed una dequalificazione intervenuta nel corso dello stesso; sicché presenta una propria specificità e marcati caratteri differenziali rispetto alla ipotesi della inottemperanza all'ordine giudiziale di reintegra, che è invece regolata dal disposto del richiamato art. 18. Conseguentemente si è sancito che nel regime di tutela reale "ex" art. 18 dello Statuto dei Lavoratori avverso i licenziamenti illegittimi, la predeterminazione legale del danno risarcibile in favore del lavoratore (con riferimento alla retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento a quello della reintegrazione) non esclude che il lavoratore possa chiedere il risarcimento del danno ulteriore che gli sia derivato dal ritardo della reintegra, e che il giudice, in presenza della prova di tale danno ulteriore, possa liquidarlo equitativamente.

Mette conto, innanzitutto, rilevare che l'orientamento della giurisprudenza ritiene che il risarcimento dei danni professionali conseguenti alla mancata reintegrazione nel posto di lavoro rientra nella fattispecie prevista dall'art. 18 della legge



300/70 in quanto quella regolata dall'art. 2103 c.c., presuppone l'attualità in fatto ed in diritto del rapporto lavorativo ed una dequalificazione intervenuta nel corso dello stesso; sicché presenta una propria specificità e marcati caratteri differenziali rispetto alla ipotesi della inottemperanza all'ordine giudiziale di reintegra, che è invece regolata dal disposto del richiamato art. 18. Conseguentemente si è sancito che nel regime di tutela reale "ex" art. 18 della legge n. 300 del 1970 avverso i licenziamenti illegittimi, la predeterminazione legale del danno risarcibile in favore del lavoratore (con riferimento alla retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento a quello della reintegrazione) non esclude che il lavoratore possa chiedere il risarcimento del danno ulteriore che gli sia derivato dal ritardo della reintegra.

TRASFERIMENTO D'AZIENDA

La sentenza che di seguito si commenta ha attinenza essenzialmente per i lavoratori della sanità privata ma risulta lo stesso interessante per i lavoratori del pubblico soprattutto se dipendenti della ASL di Bari dato che anche essi si sono trovati innanzi a fenomeni analoghi quali l'incorporazione e la fusione. La Cassazione Sezione Lavoro con sentenza 19/05/2009 n. 11605 ha enunciato il principio secondo cui la garanzia apprestata dall'art. 2112 c.c. ai diritti derivanti dal rapporto di lavoro, non implica anche la pianificazione a tutti gli effetti con i dipendenti dell'impresa cessionaria, così non è precluso alla disciplina contrattuale operante presso quest'ultima di accordare rilevanza, ai fini della regolamentazione di sviluppi di carriera previsti presso questa realtà aziendale, all'esperienza professionale, intesa non come mera anzianità di servizio, ma in termini di professionalità acquisita nella medesima organizzazione aziendale e valutata insidaciabilmente in sede di accordi negoziali collettivi.

LO STALKING

In Italia manca una legge contro il mobbing. Ciò ha dato origine a un acceso dibattito tra quelli che ritengono indispensabile disciplinare normativamente il fenomeno del mobbing e quelli che invece sono contrari. Di recente, è stato introdotto

nel nostro Ordinamento l'art. 612 bis del codice penale ("Atti persecutori"), secondo il quale "Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura ovvero di ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di persona al medesimo legata da relazione affettiva ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita". Il Legislatore italiano ha voluto in questo modo contrastare il fenomeno del cosiddetto 'stalking' (dall'inglese to stalk = molestare, perseguitare). Una delle differenze tra il mobbing e lo stalking è che in quest'ultimo l'aggressore pone in essere la condotta persecutoria nell'ambito della vita privata della vittima, mentre nel mobbing l'aggressore si muove all'interno dell'ambiente di lavoro. Tuttavia, gli effetti negativi del mobbing non sono legati soltanto alla sfera economica e professionale (ad esempio, l'auto eliminazione della vittima che molto spesso si trova costretta a dimettersi), ma finiscono inevitabilmente col ripercuotersi nella vita sociale, personale, familiare del lavoratore vittima di mobbing (svilimento della personalità e della dignità umana che può provocare disturbi psicofisici, perdita di fiducia e di autostima, stato d'ansia, ecc.). Ecco perché, a mio parere, quello dello stalking è un fenomeno per certi versi simile a quello del mobbing, soprattutto per quanto riguarda gli effetti negativi sulla persona, persona che lo Stato ha il dovere di tutelare in qualsiasi ambito della vita. Si possano verificare episodi di stalking anche in ambito lavorativo. Si pensi al caso del datore di lavoro che non accetta il rifiuto di avances da parte di una dipendente e pone in essere nei confronti di questa una serie di atti riconducibili allo stalking. Oppure, si pensi al caso di quel dipendente che, volendosi vendicare del datore di lavoro ritenuto arrogante e autoritario, lo attacca sulla sfera privata con telefonate continue nel cuore della notte, messaggi sms intimidatori, minacce, ingiurie, ecc. Traendo origine gli atti persecutori dall'ambiente di lavoro, si parla in queste ipotesi di stalking cosiddetto 'occupazionale'.



TESTAMENTO BIOLOGICO

Un vero dilemma!

Angela
FALCICCHIO



sulla redazione del cosiddetto “Testamento Biologico”. Denominazione questa che, unitamente ad altre analoghe (*living will*, direttive anticipate, testamento di vita), fa riferimento “*ad un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato*” (definizione data dal Comitato Nazionale per la Bioetica). In altre parole il testamento biologico rappresenta la volontà di una persona, in possesso della propria capacità decisionale, in merito ai trattamenti medici che intende accettare o rifiutare nel caso in cui dovesse trovarsi nelle condizioni di non poter decidere autonomamente e direttamente. È importante specificare che il testamento biologico non autorizza a “staccare la spina”, è erroneo ritenere che tale documento implichi di per sé l’ammissibilità dell’eutanasia. Infatti il testamento di vita

Il progresso della scienza medica e la possibilità di tenere in vita una persona anche e soltanto esclusivamente con l’ausilio di macchinari, ha fatto emergere sempre di più il dibattito

contempla la possibilità di indicare direttive anticipate sui trattamenti sanitari che si desidera ricevere nel caso in cui ci si trovi nell’incapacità di intendere e di volere. In questo senso esso è uno strumento dell’autonomia dei malati e non ha nessuna implicazione eutanasi necessaria, perché non si richiede né il comportamento attivo di terzi per ottenere il risultato di mettere fine alla vita, né si richiede la passiva partecipazione di terzi, in quanto oggetto di tali dichiarazioni è il rifiuto del trattamento medico. Anche se cristallizzato nel tempo, tale rifiuto vale a esercitare il diritto alla salute sancito dall’art. 32 della Costituzione Italiana, che riporta quanto segue: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”. Inoltre nel 2001 l’Italia ha ratificato la “Convenzione per la protezione dei diritti dell’uomo e la dignità dell’essere umano riguardo alla applicazione della biologia e della medicina” altresì detta Convenzione di Oviedo. Questi due importanti documenti, però, non superiscono alla mancanza in Italia di precisi riferimenti normativi che disciplinano la materia in questione. Solo recentemente, le cronache giudiziarie e il caso mediatico di Eluana Englaro, hanno posto nuovamente l’attenzione politica e dell’opinione pubblica sull’argomento “Testamento biologico” e



sulla necessità di legiferare in modo chiaro e preciso in merito. Esiste solo il disegno di legge n. 687 del 2006, attualmente in attesa di discussione, che ha come obiettivo proprio la regolamentazione di questo argomento tanto delicato quanto dibattuto. Alle scelte di ognuno fatte adesso per al-

lora, occorre dare forma giuridica certa e vincolante erga omnes, affinché non sia ulteriormente equivocabile un diritto ad oggi negato. L'incapacità sopravvenuta nella persona malata, non può cancellare in un istante, oltre che la coscienza anche il diritto all'identità e al rispetto dei propri principi.

BIBLIOGRAFIA

- Maurizio de Tilla - Testamento biologico. Riflessioni di dieci giuristi.
- Art.32 della Costituzione Italiana.
- Dichiarazioni anticipate di trattamento. Comitato Nazionale di Bioetica, 18 dicembre 2003.
- Convenzione di Oviedo e il suo calvario. Associazione Luca Coscioni.
- Diritto sanitario, deontologia generale e bioetica applicata, Masson editore.
- Sitografia: www.lucacoscioni.it

IPASVI

**INFERMIERE,
CITTADINO
E ISTITUZIONI**
il nuovo codice deontologico

18 dicembre 2009 - BARI
Sheraton Nicolaus Hotel

Evento formativo ECM

INFO: Collegio IPASVI
Bari - Viale Salandra, 42
T. 080 5427333



REALTA' E PROSPETTIVE DELL'IMPIEGO DELLE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

Tiziana
MISCEO



Come ormai noto, è il trapianto di cellule staminali emopoietiche (da midollo osseo, sangue periferico o cordone ombelicale) il punto di partenza, per tuffarsi verso una nuova frontiera,

prima sul piano delle risorse umane e poi su quello del progresso scientifico e tecnologico. La pluripotenzialità delle cellule staminali emopoietiche, è caratteristica fondamentale di una popolazione in grado di dare origine a tutti gli elementi corpuscolati del sangue, come pure alla rigenerazione dell'ambiente midollare danneggiato da patologie, esposizioni accidentali a radiazioni ionizzanti o trattamenti chemioterapici. Il midollo osseo è la sede principale delle cellule staminali emopoietiche che si trovano anche nel sangue periferico e nel cordone ombelicale e, di cellule non emopoietiche, dette "mesenchimali", produttrici di tessuto adiposo, cartilagineo e osseo. Il trapianto di cellule staminali emopoietiche, è oggi una procedura largamente usata nel trattamento di molte patologie ematologiche (neoplastiche e non neoplastiche) e può essere di tipo autologo o allogenico. Il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche può essere singenico (da gemello), da donatore familiare compatibile (fratello o sorella), da donatore non familiare compatibile da Registro (donatore volontario adulto,

iscritto al registro ADMO), da un donatore familiare semicompatibile (trapianto aploidentico), o da cordone ombelicale. La ricerca di donatore volontario o di unità di sangue cordonale, viene effettuata attraverso un registro internazionale, che è l'IBMDR (International Bone Marrow Donor Registry). Il trapianto di cellule staminali emopoietiche prevede la somministrazione di un trattamento chemio-radioterapico (il regime di condizionamento) che determina una aplasia midollare irreversibile seguita dalla infusione per via endovenosa delle cellule staminali emopoietiche. Nel trapianto allogenico la funzione del regime di condizionamento è quella di eliminare le cellule leucemiche residue e annullare il sistema immunitario del ricevente in modo da permettere l'attecchimento delle cellule staminali del donatore. L'esito positivo è dato dalla ricomparsa dei granulociti, seguiti dalle piastrine e infine dai globuli rossi. Il TMO autologo invece, prevede il prelievo e il congelamento delle cellule staminali del paziente in una fase di remissione, la chemio/radioterapia ad alte dosi, e successivamente l'infusione delle cellule staminali scongelate. Il trapianto autologo è in genere gravato da una tossicità minore rispetto al trapianto allogenico ma presenta dei limiti rispetto al trapianto allogenico come la mancanza dell'effetto immunologico dei linfociti del donatore verso le cellule leucemiche del ricevente o la possibilità di infondere delle cellule tumorali che possono contribuire alla recidiva di malattia. Le patologie ematologiche per le quali viene utilizzato il trapianto di cellule staminali emopoietiche, sono varie, come: leucemie





acute mieloidi e linfoidi, linfomi di Hodgkin e non Hodgkin, mielomi, tumori solidi (tra cui quello della mammella), mielodisplasie, aplasie midollari, alcune forme di anemia come l'anemia di Fanconi. Negli ultimi anni inoltre si va sviluppando l'utilizzazione delle cellule staminali nella "medicina ripartiva" o "rigenerativa" che prevede l'uso di queste cellule in patologie degenerative del tessuto epatico, cardiaco e nervoso. Le cellule staminali del cordone ombelicale sono le ultime ad essere state utilizzate in campo trapiantologico in ordine di tempo dopo quelle midollari e quelle da sangue periferico; le cellule del cordone ombelicale hanno inoltre un "potenziale staminale" maggiore rispetto a quelle midollari. Il prelievo delle cellule cordonali non comporta rischi per il neonato ma occorre evitare l'instaurarsi di realtà commercial-culturali, come il rischio di esportazione, in banche private, di cellule cordonali ad uso autologo, che annienterebbero il fattore umano, accrescendo la turbativa del mancato controllo del sangue. Oggi, non è indicata la conservazione "autologa", delle cellule staminali emopoietiche del sangue cordonale raccolte alla nascita perché le stesse cellule del sangue del cordone possono contenere difetti genetici o predisponenti, potenzialmente alla base della malattia. Nel caso di conservazione "autologa" le spese sono a carico della famiglia richiedente, ed essa, è percepita come assicurazione sulla vita; al momento è eseguita solo all'estero, dove ci sono bio-banche soprattutto private. Ciò ci aiuta a capire come attualmente tale conservazione è pressochè inesistente in Italia, per cui non bisogna confondere la conservazione ad uso autologo, con quella ad uso "dedicato", che ha per obiettivo un possibile trapianto allogenico intra-familiare (per i rischi di specifiche patologie e nel caso in cui, un soggetto in famiglia ne sia già affetto) ed è indicato il trapianto emopoietico, ad esempio come nel caso della talassemia major. Ecco perché in Italia esistono Banche del Cordone Ombelicale (BCO) pubbliche, poiché è prevista solo la donazione solidaristica familiare o per altre persone, tramite il SSN, che prevede un trattamento sanitario che completa la raccolta. Attualmente la ricerca sui trapianti di cordone ombelicale mira a migliorare i tempi di attecchimento che spesso costituiscono il limite per l'utilizzazione di queste cellule nei trapianti degli adulti e nuove prospettive ven-

gono aperte con il trapianto di più unità cordonali o con l'espansione in-vitro delle cellule cordonali. E' fondamentale la corretta informazione etico-scientifica sulla problematica della raccolta e conservazione del cordone ombelicale.

Il team di operatori sanitari che ruota attorno al trapianto di cellule staminali emopoietiche è molto coeso. Le procedure e il paziente, li coinvolgono a 360°, in un mix di tecnica, professionalità e soprattutto coscienza, senza lasciare al caso alcunché, proprio per il peso di tale responsabilità umana.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Nel trapianto di cellule staminali emopoietiche, l'infermiere è impegnato in cinque fondamentali fasi:

1. Mobilizzazione delle cellule staminali periferiche, effettuata con chemioterapia e somministrazione di G-CSF (granulocyte colony stimulating factor), il fattore di crescita, atto a incrementare il numero delle cellule staminali nel sangue periferico nell'autotrapianto. Nell'allogotrapianto di cellule staminali periferiche invece, l'Infermiere somministra al donatore sano, solo G-CSF. Nel donatore sano il G-CSF non dà effetti collaterali, tranne al 3°-4° giorno, quando possono comparire dolori ossei, dovuti all'espansione del tessuto emopoietico, che regrediscono con la somministrazione di paracetamolo. L'infermiere effettua dei prelievi venosi per emocromo, sia nella pre-afesi, durante e post-afesi.
2. Il prelievo o processo di raccolta. L'infermiere del Centro Trasfusionale valuta gli accessi venosi, posizionando gli aghi nelle vene periferiche o attivando il CVC (catetere venoso centrale) e collega gli accessi venosi del paziente/donatore alle linee infusionali del separatore cellulare, apparecchiatura che separa le cellule staminali dal sangue; le cellule staminali vengono poi congelate a -196°C in azoto liquido.
3. Preparazione del paziente alla procedura trapiantologica. L'infermiere spiega le modalità della doccia decontaminante che il paziente esegue prima di entrare nella stanza a bassa carica microbica (BCM), spiega i comportamenti (soprattutto igiene e alimentazione) da attuare nella stanza BCM. Durante questa fase il paziente indossa sempre biancheria sterilizzata.



L'infermiere ha un ruolo molto importante durante tutta la fase trapiantologica perchè ha il compito di supportare il paziente, da un punto di vista tecnico e psicologico, spiegandogli dettagliatamente come comportarsi (usare biancheria di cotone, non microfibra, capelli rasati, non monili) e l'alimentazione da seguire (no a cibi elaborati, come cioccolato, creme), poiché potenzialmente, fonti di infezioni. L'infermiere ha poi un ruolo fondamentale nella somministrazione del regime di condizionamento.

4. Infusione. L'Infermiere, nel giorno dell'infusione, chiamata anche "giorno zero", prende le sacche preparate dal medico, contenenti le cellule staminali e le infonde direttamente nel CVC, dopo aver opportunamente preparato il paziente, con premedicazione a base di cortisone. Il monitoraggio infermieristico, durante l'infusione delle cellule staminali, riguarda l'effetto dei crioconservanti, che determinano nausea, vomito, tachicardia, tachiaritmia, cefalea,

bradicardia. La presenza dell'infermiere è richiesta per tutto il tempo della infusione e consiste nel controllo dei parametri vitali quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, temperatura corporea.

5. Aplasia post-regime di condizionamento e tempo di attecchimento. E' la valutazione fatta giornalmente dall'infermiere, insieme all'emocromo, per vedere l'attecchimento delle cellule staminali. E' la fase più delicata, poiché l'infermiere deve sostenere psicologicamente il paziente ed è la persona più vicina al paziente in questo periodo critico per le possibili complicanze infettive (batteriche, virali, micotiche), emorragiche o per le complicanze epatiche, renali, polmonari legate alla procedura trapiantologica. In questa fase di aplasia la figura infermieristica è certamente la più importante nel preservare la sterilità della stanza BCM, nel controllare l'igiene del paziente personale e alimentare.

L'ADMO E LA RICERCA... INSIEME PER UNA SPERANZA DIVITA

"Donatori o no, le malattie ci riguardano tutti. Il fatto di non pensarci, non ci esime dal problema". Continua la diffusione del messaggio, per la ricerca mirata alla cura e all'eradicazione delle malattie, che prevedono la donazione del midollo osseo, l'aulico slogan, di cui si fanno portatori l'ADMO e i suoi sostenitori, per un sempre maggiore impegno di solidarietà umana.

L'ADMO si è dimostrata finora, sempre un bacino di speranza, "ma c'è sempre reticenza ad essere donatori di midollo osseo", è il dato di fatto della sede ADMO Modugno, le cui statistiche confermano che dal 2004 ad oggi, si è passati da un numero di 66 a 180 donatori.

Unitamente alle sedi ADMO in Puglia, la rete specialistica, protesa alla ricerca, è quello del Registro Internazionale I.B.M.D.R (International Bone Marrow Donor Registry con 278.000 donatori in Italia, 10 milioni nel mondo) e dei Centri come quella di Ematologia con Trapianto del Policlinico di Bari (Centro di eccellenza diretto dal prof. Vincenzo Liso, responsabile la prof.ssa Giorgina Specchia e il dott. Domenico Pastore). In questo ambito grande importanza hanno i Laboratori di Tipizzazione Tissutale, come quello del Policlinico di Bari, dove viene eseguita la Tipizzazione HLA. La ricerca del donatore volontario non consanguineo, può essere promossa dai Centri Trapianto accreditati dal GITMO (Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo), per eseguire trapianti allogenicici da donatore non familiare. Le statistiche dicono che il 25% dei pazienti trova un donatore compatibile in famiglia, il 30-40% trova in un donatore compatibile non familiare e il 40% o non trova donatori o esegue un trapianto da donatore semicompatibile familiare. Tali dati sono aggiornati al 31 dicembre 2008 e segnalano il gap fra le iscrizioni e le donazioni vere e proprie, in parte perché, gli iscritti, dopo aver eseguito i primi esami di eleggibilità, non vengono ritenuti idonei, in parte si ritirano, per paura del dolore del prelievo o altre ragioni proprie.

La percentuale dei trapianti è in aumento, grazie alle cellule cordonali e al numero crescente di iscritti ADMO che determina una maggiore probabilità di trovare un donatore compatibile non familiare. In Puglia, il Centro Raccolta del cordone ombelicale è quello di S. Giovanni Rotondo. Dai dati trasmessi dal Centro Nazionale Sangue, le unità raccolte nel corso del 2008, in seguito a donazione solidaristica sono 411 fra raccolte e bancatizzazioni.



AFFERMAZIONE PROFESSIONALE

Carmela
MARSEGLIA



Mariangela
LOPRIENO



Si osserva **ANCORA** nelle nostre realtà “regionali” che gli infermieri a fronte di una infermieristica proiettata sui moderni principi dell’assistenza devono convivere con realtà in cui l’espressione della professione è spesso ostacolata, e rimangono intrappolati in una organizzazione che continua a portare

avanti vecchi modelli gestionali che assicurano il minimo indispensabile con le scarse risorse a disposizione. Soprattutto nelle nostre realtà, dove la **DEFINIZIONE** delle risorse umane è ancora lontana da criteri che permettano di erogare assistenza di qualità, gli infermieri si trovano quotidianamente di fronte a situazioni di precarietà organizzativa e strutturale che non permette loro di poter dedicare un po’ più di tempo alla verifica del loro operato, alla ricerca di procedure innovative in linea con i moderni concetti assistenziali, alla possibilità di organizzare gruppi di lavoro capaci di elaborare progetti operativi efficaci. **Saper valorizzare e sviluppare le**

competenze dei propri lavoratori produce effetti positivi per l’organizzazione. La letteratura sui “*magnet hospitals*” (Tab.1) negli Stati Uniti d’America dà risalto al fatto che preoccuparsi degli infermieri conduce ad abbassare significativamente i tassi del burnout infermieristico (Scott, Sochalski, & Aiken, 1999). Gli “ospedali del magnete” sostengono il benessere dell’infermiere e quindi hanno i più alti tassi di ritenzione dei lavoratori, di soddisfazione e i risultati migliori nei confronti del cliente. Se il singolo dipendente si arricchisce, anche l’azienda gode di tale arricchimento, inteso non in termini monetari, quanto in termini di soddisfazione e realizzazione personale, pertanto le organizzazioni che sostengono il benessere devono rendere le varie strategie disponibili per fare fronte allo stress relativo al lavoro. Gli ospedali magnete sono ospedali che contengono una serie di attributi desiderabili dagli infermieri. Questi ospedali vengono considerati i fornitori della migliore assistenza, prevedono servizi per gli infermieri (quali ad es. strutture abitative), assumono modelli gestionali che garantiscono ampia autonomia alle unità operative e la condivisione delle scelte generali. **Hanno un numero di infermieri leggermente superiore rispetto agli altri ospedali e una maggiore diversificazione delle competenze.** L’evidenza dimostra un elevato livello di soddisfazione dei pazienti ed un basso livello di *burnout* degli operatori. Alcune ulteriori evidenze dimostrano una forte correlazione tra il tipo di organizzazione adottato e la diminuzione del



tasso di mortalità dei pazienti. Parecchi studi riportano inoltre che questi risultati sono raggiunti a parità di costo. L'organizzazione considererà il benessere dell'infermiere come vitale per lo sviluppo di relazioni terapeutiche supportando l'infermiere se necessario. Kramer e Schmalenberg (2003) in uno studio fatto per stabilire il gold standard degli ospedali-magnete, durato dal 1989 al 1993, hanno valutato con il Nursing work index (Nwi) la relazione tra caratteristiche strutturali degli ospedali e quattro esiti: soddisfazione al lavoro, qualità dell'assistenza, capacità di attrarre e trattenere gli infermieri, turn-over. Per lo studio era stato selezionato un campione casuale di 1.634 infermieri da 16 ospedali scelti casualmente definiti "magnete", e un campione di confronto composto da 2.336 infermieri di 8 ospedali non-magnete. Nello studio furono identificate 14 caratteristiche ritenute punti forza degli "ospedali magnete", tra queste particolarmente interessanti sono:

- modello professionale dell'assistenza che offre all'infermiere responsabilità e autorità per pianificare l'assistenza;
- consulenze e risorse, messe a disposizione per incentivare gli infermieri a diventare esperti e a offrire consulenze ai colleghi sia del reparto che di altri reparti;
- autonomia, promossa stimolando gli infermieri a specializzarsi in aree specifiche, a frequentare attività di educazione continua, a sostenere il loro punto di vista e le loro scelte;
- sviluppo professionale, con molta importanza alla formazione sul campo, alla progressione di carriera clinica basata sulle competenze.

In un'indagine dell'Agency for Healthcare Research and Quality su 13.471 infermieri (Stanton MW, Rutherford MK 2004) il 40% era insoddisfatto del proprio lavoro per l'aumento del numero di pazienti da seguire. Tale studio ha dimostrato che più elevato è il rapporto numerico pazienti/infermiere maggiore è la probabilità che gli infermieri abbiano *burnout* e insoddisfazione lavorativa ($p < 0.01$). Analizzando le varie cause rilevate nella ricerca della letteratura emerge che sono vari gli eventi stressanti ai quali gli infermieri possono essere sottoposti. L'identificazione di tali eventi mette in grado le organizzazioni di attivare percorsi preventivi al fine di eliminare e/o ridurre le conseguenze dello stress. Le strategie di prevenzione (Tab. 2)

possono essere realizzate su tre livelli principali:

- 1) Livello organizzativo;
- 2) Livello interfaccia individuo-organizzazione;
- 3) Livello individuale.

Il *Burnout* è una sindrome complessa collegata allo stress lavorativo caratterizzata da: esaurimento emozionale nell'esercizio della professione, da un rapporto interpersonale che diventa sempre più spersonalizzato e da una ridotta realizzazione di sé. Dare un'unica definizione di *burnout* non è facile, poiché il panorama lessicale e semantico è ricchissimo; inoltre non esiste una definizione universale condivisa del termine. Esso compare nel gergo dell'atletica americana durante gli anni '30 e viene tradotto letteralmente con essere bruciati, cotti.

Questa sindrome non scoppia all'improvviso, ma si diffonde nel tempo con costanza e gradualità. Medici e infermieri sono figure a rischio di *burnout*, poiché sono giornalmente a contatto con persone bisognose di aiuto, dove il coinvolgimento emozionale è forte e può accadere di non avere più il distacco necessario per svolgere in modo efficace la propria professione. Se si volesse riassumere con una sola parola tutto quello che si potrebbe fare per sconfiggere il *burnout*, quella parola sarebbe equilibrio. Equilibrio tra dare e ricevere, tra stress e calma, tra lavoro e vita privata.

Tab. 1 Definizione Ospedale Magnete

Una denominazione che, all'inizio degli anni 80 era stata originalmente data negli Stati Uniti agli ospedali che erano in grado di reclutare e trattenere gli infermieri malgrado una loro carenza a livello nazionale. Ora il termine si riferisce alle strutture designate che sono state certificate dall'American Nurses Credentialing Center per la loro eccellenza nella pratica infermieristica. Sono riconosciute come istituzioni con il miglior successo medio di risultati della soddisfazione professionale degli infermieri e del paziente/utente dovuta a specifiche caratteristiche organizzative.

Gli infermieri sono di fatto gli operatori sanitari che vivono più a stretto contatto con il malato, sia in termini di tempo, sia in termini di emotività.

POSSIBILI SOLUZIONI PER LA GESTIONE DELLO STRESS E DEL BURNOUT NELLE PROFESSIONI DI AIUTO.

Il passo più importante è riconoscere le prime avvisaglie del *burnout*, in modo da intervenire prima che compaiano i sintomi fisici e prima che il malessere si ripercuota sulla vita familiare e sessuale. Studi recenti hanno in-



dividuo alcune strategie di cura individuali ed organizzative. Quelle individuali comprendono le tecniche di rilassamento e la psicoterapia finalizzate sul cambiamento dello stile di vita.

TAB.2 LA PREVENZIONE

Le strategie di prevenzione possono essere realizzate su tre livelli principali:

- Livello organizzativo: individuazione dei fattori lavorativi che causano stress, loro eliminazione attraverso l'introduzione di cambiamenti nella struttura, nelle pratiche organizzative e nelle caratteristiche fisiche e ambientali. Questi obiettivi si realizzano attraverso interventi di job design, politiche di selezione e gestione del personale, programmi di formazione e sviluppo organizzativo. I requisiti di una struttura sana devono includere il rispetto per l'operatore e per la sua professionalità, il rispetto delle norme contrattuali, un ambiente confortevole, la capacità di dichiarare i propri obiettivi e di coinvolgere tutte le figure professionali nel rispetto dei ruoli ecc.
- Livello interfaccia individuo-organizzazione: interventi che migliorano l'adattamento tra la persona e l'ambiente di lavoro e le relazioni tra colleghi; a questo scopo risultano efficaci: la formazione permanente, i gruppi di supporto per gli operatori in cui gli incontri sono focalizzati sulla discussione dei casi difficili, delle scelte terapeutiche-assistenziali, dei problemi interpersonali con altri colleghi dell'équipe o di équipe diverse.
- Livello individuale: interventi finalizzati a potenziare le risorse individuali necessarie a fronteggiare lo stress, attraverso l'acquisizione di abilità di coping e/o l'apprendimento di tecniche per ridurre i sintomi
- L'elemento importante per la professione diventa la competenza non solo come conoscenza teorica e abilità tecnica ma anche come abilità psicologiche legate alla persona e al saper

Avere cura di sé stessi, oltre che degli altri è molto importante; la vita è anche altrove, fuori dall'ambiente lavorativo; a questo scopo

è utile praticare e coltivare hobby. Esistono poi strategie organizzative e di gruppo. *Prevenzione primaria*: agire sulle strutture di un sistema per eliminarne le caratteristiche patologiche o che comportano peggioramento nella qualità del lavoro e della vita. Individuare fattori stressanti nell'organizzazione del lavoro e quindi risolverli. Infatti, come afferma Spaltro, il costo del lavoro diminuisce e la produttività aumenta se si cambiano gli *stili di gestione del potere, i modi di incentivare, il clima nell'ambiente di lavoro*. Un ambiente lavorativo gratificante dal punto di vista umano allontana il *burnout* così come la condivisione con i colleghi del senso di angoscia e frustrazione. È importante che ai fini dell'organizzazione del lavoro si eviti di caricare la singola persona, così come di creare conflitti di ruolo, il sostegno reciproco diventa aiuto per reintegrare l'energia emotiva esaurita. ***La soddisfazione lavorativa ed il benessere psico-fisico degli operatori sanitari esercitano un ruolo importante nella qualità delle cure fornite.*** Gli infermieri per primi, in quanto professionisti sempre più qualificati, devono essere consapevoli della complessità e ricchezza di sfaccettature della qualità della loro vita professionale, per sapere bene cosa esigere dalla dirigenza aziendale. Devono altresì tenere presente che la riduzione dello stress a livelli accettabili, anzi, addirittura stimolanti, dipende anche dal loro impegno, da una motivazione sempre rinnovata e da un lavoro su se stessi che tenda alla costante ricerca di equilibrio e maturità. Crediamo anche che l'assenza del ruolo guida e di riferimento dei **SERVIZI INFERMIERISTICI AZIENDALI** influisca in maniera determinante nei punti critici che abbiamo evidenziato.

BIBLIOGRAFIA

- Calaprice Muschitello S.: Quali rischi nel processo relazionale? La sindrome del burn-out, in Laneve C.: Il tirocinio e le professioni educative, Pensa Multimedia Editore, Lecce 1999.
- Lang T. A., Hodge M., Olson V., Romano P. S., Kravitz R.L., "Nurse-Patient Ratios, A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes", JONA. Vol. 34, No. 7/8. July/August 2004.
- Editoriale - Il Sole 24 Ore sanità 11-17 dicembre 2007.
- Paola De Lucia et al., "Ospedali magneti ed ospedali non magneti: effetti sui pazienti, sul personale infermieristico e sull'organizzazione. Revisione sistematica della letteratura", Assistenza infermieristica e ricerca, 27(4), 2008, pp. 210-216.



LA RICERCA INFERMIERISTICA

Passato, presente, futuro

Concetta
TASSIELLI



Elsa
VITALE



La ricerca offre una base di conoscenze scientifiche e specialistiche, che consentono alla professione infermieristica di prevenire e soddisfare le sempre mutevoli richieste e consentono di preservare l'importanza di un ruolo rilevante all'interno della società.

L'utilizzo della ricerca può essere considera-

to come l'attuazione sistematica nel campo dell'assistenza di un'innovazione, scientificamente fondata e basata sulla ricerca, accompagnata da un processo di valutazione dei risultati conseguiti a seguito del cambiamento. Attraverso gli sforzi compiuti per favorire l'utilizzo della ricerca, il sapere che da quest'ultima deriva si trasforma in pratica clinica e culmina in un tipo di pratica infermieristica fondata sulla conoscenza scientifica. Gli studi scientifici orientati all'applicazione pratica rappresentano un tipo di ricerca, che può contribuire in maniera incisiva a comprovare l'efficacia di determinati interventi infermieristici e migliorare la qualità dell'assistenza. I risultati

di tali studi offrono una base teorica per il processo decisionale, relativo all'erogazione dell'assistenza. In passato, la Ricerca Infermieristica non ha assunto un ruolo rilevante. Il presente lavoro, infatti, ha lo scopo di evidenziare le tappe storiche più salienti, al fine di poterne prevedere quelle future. Molti studi condotti tra il 1900 ed il 1940 erano centrati sulla qualità della formazione da erogare agli studenti di Infermieristica che, in seguito, si è convertita in formazione universitaria. Successivamente, gli studi scientifici iniziarono a focalizzarsi sulle problematiche legate alla professione infermieristica e sulle caratteristiche del percorso formativo, nonché sul grado di soddisfazione dell'infermiere, derivante dalla formazione ricevuta. Durante la prima metà del XX secolo, l'Infermieristica lottò parecchio per acquisire un'identità professionale. A tal fine, la Ricerca Infermieristica si orientò verso l'acquisizione di elementi che potessero far comprendere: l'identità degli infermieri, le competenze da acquisire, i profili psicologici idonei e pertinenti alla professione. Negli anni Cinquanta, la qualità della Ricerca Infermieristica migliorò notevolmente ed in breve tempo. Le forze prominenti di questo rapido sviluppo furono: il possesso del diploma, nonché della preparazione universitaria, l'istituzione della rivista "Nursing Research" e le nuove politiche del governo statunitense promotrici della Ricerca Universitaria. Verso la fine degli anni Cinquanta, fu riconosciuta l'esigenza di indirizzare la Ricerca Infermieristica verso i problemi infermieristici



riscontrabili in campo clinico. Durante gli anni Sessanta, la Ricerca Infermieristica clinica si orientò verso decisioni più economiche e al tempo stesso più pratiche: fu solo allora che tale disciplina si sviluppò in tutto il mondo e nacquero le pubblicazioni sulle prime riviste scientifiche, quali: “International Journal of Nursing Studies” e “Canadian Journal of Nursing Research”. Particolare scalpore suscitò il programma di ricerca di Jeanne Quint Benoliel, in quanto introdusse un forte impatto innovativo nella medicina, nella sociologia e nell’infermieristica. Jeanne Quint Benoliel analizzò per la prima volta le esperienze personali e le percezioni dei pazienti affetti da malattie cronico degenerative. Partendo dall’esperienza dei medici dei primi anni Sessanta che, una volta fatta diagnosi di carcinoma mammario, non esplicitavano alle pazienti tale diagnosi, se non quando la mastectomia fosse necessaria, la Quint analizzò non solo le esperienze personali delle donne che avevano subito un intervento di mastectomia radicale ma anche le sensazioni e le percezioni successive all’intervento, la comunicazione infermiere – paziente e medico – paziente. Tutto questo, secondo Quint, necessitava di un profondo cambiamento. Negli anni Settanta, invece, la rinnovata formazione universitaria e l’incremento della discussione sui metodi teorici e pratici della Ricerca Infermieristica suscitarono la necessità di utilizzare ulteriori tecniche di comunicazione. Altre riviste infermieristiche, in seguito, si focalizzarono sull’importanza della Ricerca Infermieristica, quali: “Advances in Nursing Science”, “Research in Nursing & Health”, “Western Journal of Nursing Research”, “Journal of Advanced Nursing”. In questo decennio vi fu un decisivo cambiamento nell’area dell’insegnamento infermieristico e gli infermieri improntarono le loro ricerche sul “grado di soddisfazione del paziente”, relativo all’assistenza ricevuta durante la degenza. Maggior enfasi fu data

**“Il sapere si trasforma in pratica
clinica e culmina
in un tipo di pratica infermieristica”**

alla Ricerca Infermieristica nella pratica clinica. Un primo articolo di Stetler e Marram, nel 1976, offrì una guida su come espletare una ricerca nella pratica infermieristica. Un riscontro di tale periodo è rappresentato dalla ricerca condotta da Kathryn Bernard. Tale studio permise la svolta dell’area neonatale e promosse lo sviluppo del nursing relativo all’infanzia. Il suo programma di ricerca si focalizzò sull’identificazione e la valutazione dei bambini, rispetto al rischio di sviluppare problemi di salute, come nel caso di bambini abbandonati o vittime di abusi o maltrattamenti. La sua ricerca contribuì al lavoro di intervento sui bambini affetti da disabilità e alla promozione della psicologia dello sviluppo. Negli anni Ottanta, molti eventi dettero maggior impeto alla Ricerca Infermieristica, di particolare importanza fu l’istituzione del “National Center for Nursing Research”, NCNR, inglobato nel “National Institutes of Health”, NIH. Lo scopo del NCNR era quello di promuovere e finanziare i supporti di ricerca clinica, basati sulla cura del paziente. Nel 1983, inoltre, fu creato il “Center for Research for Nursing” dall’American Nurses Association, con la missione centrale di sviluppare e coordinare un programma di ricerca che potesse rappresentare una risorsa di informazioni nazionali per la professione. Negli ultimi anni Ottanta, alcuni fondi statali furono disponibili in Canada, grazie al “National Health Research Development Program”. Gli infermieri, quindi, iniziarono a condurre ricerche rigorose e a promuovere lo sviluppo di nuovi programmi di ricerca. In questo periodo, fu pubblicata una nuova importante rivista scientifica: l’“Applied Nursing Research” che includeva reports su ricerche di particolare rilevanza nella pratica infermieristica, mentre in Australia fu pubblicato l’“Australian Journal of Nursing Research”. In Canada, un gruppo del McMaster Medical School in Canada applicò una strategia clinica definita Evidence-Based Medicine: EBM. L’EBM promulgava il pun-



to di vista delle scoperte della ricerca che risultavano superiori alle opinioni delle autorità ed erano basate su decisioni cliniche. Ciò rappresentò un profondo cambiamento nella pratica medica e produsse un maggior effetto sulla pratica dei professionisti della salute. Nel 1989, il governo statunitense istituì la “Agency for Health Care Policy and Research”, AHCPR. L’AHCPR, rinominata nel 1999 come “Agency for Healthcare Research and Quality”, AHRQ è una Istituzione Federale che si occupa elettivamente di ricerca per la promozione della qualità di cura, al fine di ridurre i costi relativi all’assistenza, migliorando il grado di soddisfazione del paziente.

Negli Stati Uniti, la Ricerca Infermieristica fu posta in massimo rilievo dall’istituzione del NCNR come massima istituzione del NIH. La nascita del “National Institute of Nursing Research”, NINR, aiutò la Ricerca Infermieristica ad avere maggior rilievo alla stregua delle altre ricerche scientifiche nel campo della salute. Anche in Canada fu istituito il “Canadian Institutes of Health Research”. Molte altre riviste scientifiche iniziarono a pubblicare in campo infermieristico, quale: il “Qualitative Health Research”, il “Clinical Nursing Research”, il “Clinical Effectiveness”. Un altro contributo importante per la ricerca fu dato dall’istituzione della “Cochrane Collaboration” nel 1993.

Negli anni Novanta la Ricerca fu parzialmente guidata da priorità stabilite da importanti Ricerche Infermieristiche, promosse da “Conferences on Research Priorities”, CORP, condotte grazie al “National Center for Nursing Research”, NCNR. Le priorità stabilite da “Conferences on Research Priorities”, CORP, includevano alcune tematiche fondamentali, quali: il basso peso alla nascita, le infezioni da HIV, le cure a lungo termine, la gestione dei sintomi, la promozione della salute. Nel XXI secolo la Ricerca Infermieristica continua a svilupparsi e probabilmente nel prossimo futuro, la Ricerca

Infermieristica darà priorità alle eccellenze della Scienza Infermieristica.

Alcuni trends dell’inizio del XXI secolo ben evidenti sono:

- **Importanza dell’Evidence Based Nursing** nel tradurre le scoperte scientifiche nella pratica clinica e nell’assicurare assistenza infermieristica ad altissimi livelli.
- **Profonde conoscenze, attraverso conoscenze multiple.** La Ricerca Infermieristica non può essere accettata per cambiare una procedura o adottare una innovazione sulla base di un singolo, isolato studio. La conferma è di solito necessaria attraverso una deliberata conferma che si ottiene ripetendo lo stesso studio con pazienti differenti, in differenti posti e in tempi differenti.

• **Un’integrativa rivisitazione delle conoscenze infermieristiche** considerate il caposaldo dell’Evidence Based Practice, in modo da conoscere il peso di ciascuna evidenza, per poter integrarla con altre informazioni e ridisegnare le conclusioni.

- **Aumento dell’enfasi della collaborazione multidisciplinare.**
- **Espansione dei risultati della ricerca.** Internet ha un forte impatto sulla disseminazione delle informazioni della ricerca.
- **Aumento degli interessi sui risultati della ricerca.** Tali risultati sono utili nei servizi alla salute. Il numero crescente di studi, caratterizzati da importanti risultati, anche in termini di costi, senza comprometterne la qualità.
- **Enfasi per la Ricerca Infermieristica e miglioramento nella visibilità della Ricerca Infermieristica.** Molti, infatti, credono che la Ricerca Infermieristica sia oggetto di studio degli studenti o dei ricercatori. Baldwin e Nail (2000) hanno evidenziato: “le Ricerche Infermieristiche sono dei mezzi per raggiungere i migliori risultati clinici, ma molto spesso non sono riconosciuti per la loro esperienza”.

“Le ricerche infermieristiche sono mezzi per raggiungere i migliori risultati clinici”



Le future priorità della Ricerca Infermieristica riguarderanno, secondo il "National Institute of Nursing Research", NINR:

1. il cambiamento dei comportamenti di vita per migliorare la salute,
2. il miglioramento della gestione assistenziale delle malattie croniche,
3. l'identificazione di strategie efficaci per ridurre le disparità nella cura della salute,
4. l'aggiornamento delle tecnologie più avanzate per soddisfare i bisogni dei pazienti.

Soltanto con la perseveranza di un rigoroso approccio scientifico alle decisioni assisten-

ziali, gli infermieri potranno porre sempre più attenzione su quanto di incerto esiste nell'assistenza infermieristica e sulle tante domande rimaste tali o lasciate alle consuetudini. Per erogare assistenza infermieristica basata sull'evidenza, anziché sulla tradizione, è necessario far assumere e rispettare gli obblighi dagli infermieri verso la società. Per mantenere alta credibilità di fronte ad altre professioni sanitarie è giusto costruire una base di conoscenze infermieristiche, che potrà, in futuro, essere adottata per influenzare decisioni sia a livello aziendale che a livello governativo, regionale e nazionale.

BIBLIOGRAFIA

1. Baldwin, K. M., & Nail, L. M. (2000). Opportunities and challenges in clinical nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 163-166.
2. Dewar, A. (2003). Boosting strategies: Enhancing the self-esteem of individuals with catastrophic illness and injuries. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41, 24-32.
3. Donaldson, S. K. (2000). Breakthroughs in scientific research: The discipline of nursing. *Annual Review of Nursing Research*, 18, 247-311.
4. Funk, S., Tonquist, E., Campagne, M. (2008). Barriers and facilitators for research utilization: an integrative review. *Nursing Clinics of North America*, 30, 395-407.
5. Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2005). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications.
6. Hinshaw, A.S., Feetham, S.L., & Shaver, J.L. (2008). *Handbook of Clinical Nursing Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
7. Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
8. Pera"la", M. (ed.). (2007). *The Direction of Nursing: A Strategy for Quality and Effectiveness*. Project group on nursing. Ministry of Social Affairs and Health. Saarij"rvi: Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyva"skyl"a".
9. Quint, J. C. (2002). Delineation of qualitative aspects of nursing care. *Nursing Research*, 11, 204-206.
10. State and Standard of Finnish Sciences Health Research. (2007). Research Council for Health of the Academy of Finland. *Publications of the Academy of Finland*, 11, 345 - 354.
11. Stetler, C. B., & Marram, G. (2006). Evaluating research findings for applicability in practice. *Nursing Outlook*, 24, 559-563.
12. Tierney, A. (2009). The development of nursing research in Europe. *European Nurse*, 2, 73-84.
13. Vassiliki, L. (2007) Nursing research, a vehicle for change. *Cancer Nursing* 10, 15-19.

SITOGRAFIA

1. <http://www.ninr.nih.gov/>, data di accesso: marzo 2009.
2. <ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/tmr/docs/lifsocnursinhg>, data di accesso: marzo 2009.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Idolo **CAVAGGION**

■ **Carcinoma prostatico: ricerca barese**

Una nuova terapia per combattere il cancro alla prostata è stata messa a punto dal prof. Pasquale Ditunno, associato della Clinica urologica dell'Ateneo barese, diretta dal prof. Francesco Paolo Selvaggi. Il trattamento con il farmaco a base di bicalutamide, e successivamente con terapia ormonale, consente migliore qualità di vita ai pazienti, evitando vari effetti collaterali, propri dell'esposizione ad altre terapie ormonali. Il protocollo di sperimentazione è stato effettuato con successo in numerosi altri centri clinici italiani su pazienti con carcinoma prostatico non metastatico.

■ **Cellule staminali: ricerca di nostri emigrati**

E' Huwel il gene che aiuta le cellule staminali a svilupparsi e a diventare adulte. La scoperta, che offre anche nuovi scenari di terapie contro i tumori, è della coppia Antonio Iavarone e Anna Lasorella di Noicattaro (BA), marito e moglie costretti ad emigrare presso il Columbia University Medical Center di New York, dal nepotismo imperante dell'Ateneo romano, ove avevano iniziato le loro ricerche.

■ **Al "Miulli" nuovo robot**

Si chiama "da Vinci" il nuovo sistema robotico a quattro bracci, di ultima generazione, a disposizione dei chirurghi dell'Ospedale ecclesiastico "F.Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA). Un robot con cui hanno familiarizzato con successo gli specialisti di urologia e di chirurgia generale. L'uso di tale nuovo sistema di intervento chirurgico consente massima precisione, ottimizzazione di procedure e risultati, rispetto dei tessuti anatomici e delle loro funzioni, meno sanguinamento, meno dolore, recupero veloce della qualità della vita del paziente.

■ **Sistema DOBI**

Rivoluzionario sistema per la mammografia acquisito dalla LILT. E' la metodica DOBI "totalmente digitale" - ha ricordato il presidente della Lilt, il se-

nologo Francesco Schittulli - che consente esami più veloci fornendo nuovi dati fisiologici funzionali, che l'esame clinico o altre metodologie non sono in grado di fornire al medico". Tale apparecchio è già a disposizione della sede barese della Lega Tumori.

■ **Riconoscimenti da "Onda"**

Tre bollini rosa, il massimo dei riconoscimenti previsti dall'Osservatorio "Onda" (Osservatorio naz.le sulla Salute della donna), sono stati assegnati quest'anno al presidio ospedaliero "S. Paolo" di Bari e un bollino rosa all'Ospedale "don Tonino Bello" di Molfetta (BA). Tali riconoscimenti premiano gli sforzi di quelle amministrazioni sanitarie che fanno prevenzione e ottimizzano le cure di patologie che interessano il mondo femminile.

■ **Spese farmaceutiche in calo**

La spesa farmaceutica convenzionata ha mostrato un trend di decrescita, anche se aumenta il numero di ricette. E' l'analisi raccolta sul territorio nazionale per il 2008 da Federfarma. In Puglia la spesa a carico del SSR è diminuita del 4,1%. Due i motivi, secondo il presidente di Federfarma di Terra di Bari, Arnaldo Tempesta. Il primo è dovuto alla riduzione delle prescrizioni dei farmaci da parte dei medici di base; il secondo motivo è da addebitare al frequente ricorso dell'acquisto dei medicinali "equivalenti", meno onerosi per il SSN e per le tasche del cittadino.

■ **Campionaria di settembre**

Quella barese è l'ultima delle Campionarie italiane con la caratteristica di Fiera internazionale. Infatti, ai 695 espositori italiani della 73ma Fiera del Levante (edizione 2009) sono da aggiungere i 145 espositori di quasi 50 Paesi esteri, sia europei che extraeuropei. Ben 84 gli eventi congressuali che hanno offerto conoscenze e riflessioni sull'andamento socioeconomico italiano ed estero, mentre 5 km di gallerie commerciali hanno attratto circa un milione di visitatori.

■ **SONENDO LIVE**

San Giovanni Rotondo, 6-7 Novembre 2009

INFO: Meeting Planner

Tel: 080 9905360 Fax: 080 9905359

e-mail: info@meeting-planner.it

■ **MALATTIA DI PARKINSON:
ANCORA QUALCOSA DA DIRE?
CORSO TEORICO - PRATICO SU
RECENTI TECNICHE DIAGNOSTICHE E
TERAPEUTICHE NELLA MALATTIA DEL
PARKINSON E PARKINSONISMI**

Taranto, 13-14 Novembre 2009

INFO: Ressa Gabriella

Tel: 099 4732294 Fax: 099 4732250

e-mail: urp@cittadellacarità.it

■ **XIII CONGRESSO NAZIONALE
U.S.A.S.I "I TUMORI DELLE VIE BILIARI
E DEL PANCREAS"**

Bari, 20 novembre 2009

INFO: Universo Sanità

Tel: 080 5022849 Fax: 080 5022849

e-mail: universo sanità@libero.it

■ **RIFORMA
NURSING AVANZATO:
LESIONE CUTANEE E MEDICAZIONI**

Bari, 29 ottobre 2009

INFO: Riforma

Tel: 080 9640712 Fax: 080 9640717

e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **RIFORMA
LA VALUTAZIONE DELLA
PERSONA ASSISTITA**

Bari, dal 16 novembre al 05 dicembre 2009

INFO: Riforma

Tel: 080 9640712 Fax: 080 9640717

e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **II SIMPOSIO OSTUNESE
DI MEDICINA ONCOLOGICA FOCUS ON:
NEOPLASIE, NUOVI FARMACI
E NUOVI ORIENTAMENTI TERAPEUTICI**

Ostuni, 14 Novembre 2009

INFO: Plenum Nardelli Luisella

Tel: 080 4301213 - Fax: 080 4301213

e-mail: info@plenum.it

■ **CARDIO-VASCULOPATIE POLMONARI**

Sannicandro di Bari, 25-26-27 Novembre 2009

INFO: Morrone & Partners sas

Tel: 080 5037364 Fax: 080 5008861

e-mail: education@morrone-partners.com

■ **NURSING E TECNICA
RADIOLOGICA
IN RADIOLOGIA
INTERVENTISTICA**

Taranto, 18-19-20 Novembre 2009

INFO: Mastromarino Arcangelo

Tel: 099 4585664 Fax: 099 4585455

e-mail: maurizio.resta@libero.it

■ **RESPONSABILITA'
E COMPETENZE
DEL COORDINATORE
INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE
DEL RISCHIO CLINICO**

Foggia, 7 Novembre 2009

INFO: Di Bari Nunzia

Tel. 0881884436 Fax: 0881733093

e-mail: cncfoggia@libero.it

■ **CONOSCERE ED ASSISTERE
IL PAZIENTE NEFROPATICO**

Manfredonia, 14 Novembre 2009

INFO: Promoter in eventi

Tel: 0882242151

Fax: 0882242151

e-mail: promoter_in@libero.it

■ **OSTETRICIA E GINECOLOGIA
UP TO DATE - INTEGRAZIONE
OSPEDALE E TERRITORIO**

Bari, 18 -19-20 Novembre 2009

INFO: CIC sud

Tel: 080 5043737

Fax: 080 5043736

e-mail: info@cicsud.it

■ **CORSO TEORICO PRATICO
DI P.B.L.S - D. PEDIATRICO E SUE
APPLICAZIONI NEGLI
AMBULATORI VACCINALI**

Molfetta, 13-14 Novembre 2009

INFO: Meeting Planner.it

Tel: 080 99053360 - Fax: 0809905359

e-mail: info@meeting-planner.it

■ **EVIDENZE SCIENTIFICHE
E PRATICA CLINICA
NELL'APPLICAZIONE
DI PROCEDURE TERAPEUTICHE:
AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ
DELL'INFERMIERE**

Conversano, 11-12 Dicembre 2009

INFO: dott. G. Marangelli

cell. 339 1191238

e-mail: tampone@nursingazzurro.it

