

Filodiretto

numero

2

Anno XXVII/ numero 2 marzo - aprile 2009 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Art 2 comma 20/C - L. 662/96 / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico dei Collegi IPASVI delle Province di Bari e BAT

- + Infermieri in ambito clinico
- + Ricerca infermieristica
- + Qualità nella formazione universitaria
- + Infermieri in ambito manageriale

PER MIGLIORI CURE AL CITTADINO



20 maggio 09
INfermieri PIAZZA

in evidenza

**PRIMO
PIANO**

**XV Congresso
Nazionale IPASVI**

**PROFESSIONE
IN AZIONE**

**Sicurezza e salute
nei luoghi di lavoro**

**NURSING &
QUALITÀ**

**Qualità: modelli
organizzativi assistenziali**



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° 2 marzo - aprile 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 22 aprile 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

Antonio Casulli, Daniela Lombardi, Giuseppe Papagni, Giulia Vinella

Foto di Nicola Gadaleta

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

2

EDITORIALE

3

INFERMIERI PUGLIESI IN PIAZZA. I PERCHÉ

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6

ABRUZZO 6 APRILE 2009: SOGNI INFRANTI

Pasquale Nicola Bianco

7

GLI INFERMIERI DEL CIVES

Comitato di Redazione

8

XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI

Idolo Cavaggion

10

UNA NUOVA STAGIONE DI INIZIATIVE

Idolo Cavaggion

PROFESSIONE IN AZIONE

12

SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

Vanessa Manghisi

15

INSUFFICIENZA RENALE E TERAPIE SOSTITUTIVE

Antonio Casulli, Giulia Vinella

21

PER IL DAY SERVICE UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO GESTIONALE

Pasqualina Caramuscio

NURSING & QUALITÀ

QUALITÀ: MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI

Carmela Marseglia

INFORMAZIONE

24

INFERMIERI IN POLITICA

Giuseppe Papagni, Leonardo Di Leo

26

"E' IL CONGRESSO DELLA SVOLTA!"

Daniela Lombardi

INSERTO 2

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Idolo Cavaggion

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



INFERMIERI PUGLIESI IN PIAZZA. I PERCHE'

Saverio
ANDREULA



Il Coordinamento dei Collegi IPASVI pugliesi ha deciso di dare impulso alle soluzioni delle problematiche della professione, problematiche che hanno concorso anche a crea-

re uno stallo nella qualità dell'assistenza infermieristica pugliese. Per fare questo, il coordinamento ha analizzato, come punto di partenza, le varie problematiche, invocando il coinvolgimento di tutti gli infermieri pugliesi, a sostegno delle relative soluzioni di politica sanitaria regionale.

La definizione degli organici delle strutture sanitarie è stata per lungo tempo un problema: essendo il personale uno dei costi principali nei bilanci, la risorsa umana è sempre stata oggetto di attenzione da parte del legislatore, attraverso i classici meccanismi di blocco totale o parziale del turn-over, oppure delle autorizzazioni alle assunzioni, mediante le leggi finanziarie.

Nel nostro Paese, per stabilire le unità infermieristiche da assegnare alle diverse strutture sanitarie sono stati emanati numerosi provvedimenti che, per motivi diversi, ogni regione ha interpretato e messo in atto a modo proprio.

Nella regione Puglia è stato definito un regolamento che "non definisce un coefficiente minimo obbligatorio, ma indica parametri

aleatori lasciati alla libera interpretazione delle singole amministrazioni sanitarie.

PERCHE'

Il Piano della Salute 2008-2010 decisamente attento ai BISOGNI E ALLA TUTELA DELLA SALUTE DEI SUOI CITTADINI (prevenzione, tutela dei soggetti deboli, assistenza domiciliare), non individua con quali strumenti o con quali metodi definire il fabbisogno delle risorse infermieristiche che si debbono far carico di questi bisogni.

PERCHE'

A tutt'oggi infatti, nelle Aziende sanitarie della regione Puglia non sono ancora stati adottati sistemi espliciti e formalizzati di programmazione della dotazione organica.

PERCHE'

La rassegna stampa a livello nazionale mette in evidenza un problema che investe tutta la nostra penisola. I dati forniti dalla Federazione Nazionale Collegi Infermieri evidenziano una carenza di 60 mila infermieri a livello nazionale. Carenza confermata anche dai dati ISTAT riferiti all'anno 2006 (www.ministerodellasalute.it) che stima il rapporto infermieri-abitanti pari a 4,4 ogni 1000 per l'Italia a fronte di una media di 3,2 ogni 1000 per la Regione Puglia. Il rapporto ottimale definito dai parametri OCSE è di 7 ogni 1000 abitanti.

PERCHE'

Dalla ricerca condotta dal Collegio IPASVI: Analisi, Metodi, Bisogni delle Risorse





Assistenziali "A.M.B.R.A.", presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, conclusasi ad ottobre 2008, risulta uno scostamento numerico di n. 600 unità infermieristiche dalla attuale dotazione organica. Un "buco" di forza lavoro preziosa per l'assistenza sanitaria che **non giustifica lo sfruttamento degli infermieri attualmente in servizio**, spesso oberati di lavoro e costretti a fare straordinari più di quanto sia tollerabile, con l'inevitabile rischio di influire negativamente sulla qualità degli standard assistenziali. E' di tutta evidenza che in quasi tutte le strutture sanitarie pugliesi, pubbliche e private, è presente una situazione di deficienza di dotazione organica di risorse umane infermieristiche analoga a quella evidenziata al Policlinico di Bari

PERCHE'

Anche il sistema universitario pugliese che dovrebbe preparare gli Infermieri di domani presenta un'infinità di problematiche.

Attualmente il Corso di Laurea in Infermieristica, presso l'Università degli Studi di Bari, annovera ben quattordici Poli Formativi (Andria-ASL BAT, Acquaviva delle Fonti-Miulli, Bari-Policlinico, Bari-

Di Venere ASL BA, Bari-IRCCS Oncologico, Brindisi-Perrino, Cassano-IRCCS Fondazione Maugeri, Castellana Grotte-IRCCS S. de Bellis, Lecce-Fazzi, Molfetta-ASL BA, Taranto-Marina Militare, Taranto-S.S. Annunziata, Tricase-Panico e Matera) e un numero d'immatricolazioni annuali di ben 787 studenti (ha, di fatto, gli stessi numeri di un'intera Facoltà). Tuttavia, a fronte di questi numeri, **non ha né strutture adeguate né personale dedicato, sia a livello d'Ufficio di Presidenza che a livello periferico, presso i Poli formativi**. Inoltre,

a tutto oggi, e ciò rappresenta un gravissimo limite, mancano Infermieri incardinati nella struttura di Coordinamento del Corso e Professori Infermieri titolari di Cattedra (Med. 45 e Med. 47), determinando ricadute negative sull'attività didattica.

Presso la maggior parte delle sedi formative decentrate mancano molti dei requisiti minimi previsti dalla normativa vigente (D.M. 24 settembre 1994 -Requisiti d'idoneità delle strutture per i D.U. dell'area medica-). Inoltre, il recente incremento delle immatricolazioni, deliberato dalla Regione Puglia, pari all'80% dei posti attuali, previsto anche per la professione infermieristica, rischia, in assenza d'investimenti e di protocolli d'intesa rivisitati e condivisi, di far implodere definitivamente l'esperienza del Corso di Laurea in Infermieristica.

PERCHE'

Nel 2006, per la prima volta, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari, alcuni colleghi infer-

20 MAGGIO IN PIAZZA

PER OTTENERE:

- + Infermieri in ambito clinico/assistenziale e manageriale
- + qualità nella formazione universitaria
- + ricerca infermieristica

mieri hanno conseguito il titolo di Dottori Magistrali in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Nello stesso anno, sempre per la prima volta presso il nostro Ateneo barese, altri colleghi infermieri hanno conseguito il Certificato Master di primo livello in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento. Indubabilmente l'anno 2006, in particolar modo per gli infermieri pugliesi, è da annoverare fra gli anni particolarmente importanti, in quanto, allo stesso tempo, rappresenta, per alcuni versi, il raggiungimento di un traguardo e l'inizio



NUOVO ORGANISMO NAZIONALE DELLA FNC IPASVI

Il Consiglio nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI ha eletto, con votazione a scrutinio segreto, il nuovo Comitato Centrale e il Collegio dei Revisori dei Conti.

SONO RISULTATI ELETTI PER IL COMITATO CENTRALE:

Silvestro Annalisa	(Presidente)
Rocco Gennaro	(V/Presidente)
Mangiacavalli Barbara	(Segretaria)
Vallicella Franco	(Tesoriere)
Bozzi Marcello	(Componente)
Carbone Ciro	(Componente)
Massai Danilo	(Componente)

I presidenti dei Collegi delle province di Bari, Bologna, Cagliari e Palermo per il Collegio dei Revisori dei Conti.

A **Saverio Andreula**, presidente del Collegio IPASVI di Bari, vadano le felicitazioni della redazione di FILODIRETTO per il prestigioso incarico nel Collegio dei Revisori dei Conti della Federazione, che con il C.C. rappresenta le istanze professionali di oltre 350mila Infermieri italiani

della sfida verso la strada della responsabilità, non solo per chi ha potuto raggiungere questi obiettivi ma, anche per l'intera comunità professionale.

A distanza di sei anni dalla promulgazione della L. 251/2000 la Regione Puglia, con propria legge, istituisce i Servizi Infermieristici presso ogni A.S.L. e presso le Aziende ospedaliere ma non si preoccupa di attuarla.

PERCHE'

La legge 43/06, il successivo accordo Stato-Regioni del 1.8.2007, nonché il CCNL in vigore impegna le Regioni alla applicazione delle nuove norme in ambito alle funzioni di coordinamento. In particolare il 3° comma dell'art. 6 della legge 43/06 definisce i criteri e le modalità applicative per l'attivazione della funzione di coordinamento.

Tale atto diventa, quindi, propedeutico per l'applicazione delle nuove regole per l'affidamento dell'incarico di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. Molte sono le Regioni italiane che hanno dato continuità all'impegno assunto in applicazione delle

norme su dette. **In Puglia, attualmente, l'attribuzione delle funzioni di coordinamento, in assenza di indicazioni regionali, sono "gestite" dalle singole Aziende Sanitarie in modo "personalistico".**

- Nessuna Azienda sanitaria ha determinato le modalità istitutive della funzione di coordinamento;
- In alcune Aziende in cui sono presenti in organico le figure di Operatore professionale 1° categoria coordinatore (ex caposala) si continua ad assegnare le funzioni di coordinamento a personale non in possesso dei requisiti richiesti (master di primo livello in management o certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica) e senza attivare nessuna procedura selettiva.

PERCHE'

Il 20 MAGGIO gli Infermieri pugliesi saranno in piazza per ottenere risposte ai perché su indicati. Appuntamento alle ore 9,30 in Piazza G. Cesare di Bari (ingresso monumentale Policlinico).

ABRUZZO 6 APRILE 2009: SOGNI INFRANTI

P. Nicola
BIANCO



Il pensiero in questi giorni va alle persone che a L'Aquila e dintorni, stanno soffrendo per quanto è accaduto, per i loro familiari, per gli amici scomparsi, per i feriti e per una immen-

sa zona distrutta a seguito del movimento tellurico del 6 aprile 2009 e delle continue e infinite scosse di assestamento.

evento sismico, e che purtroppo in futuro assoceranno la festività di quest'anno (Santa Pasqua) al ricordo della perdita di un caro, della propria abitazione, del proprio lavoro, un saluto particolare manifestando la nostra vicinanza, non solo simbolica, ma mettendo a disposizione tutti noi, la nostra sede e le professionalità presenti all'interno del Collegio per affrontare le eventuali particolari situazioni.

Quando una situazione come questa succede, l'impatto sulle professioni è molto alto. Le lezioni imparate, proprio a seguito

sa zona distrutta a seguito del movimento tellurico del 6 aprile 2009 e delle continue e infinite scosse di assestamento.

Tantissime sono le attestazioni di solidarietà da parte del mondo Infermieristico, non solo da parte della Federazione IPASVI ma anche delle Associazioni infermieristiche italiane, europee e mondiali proprio a testimoniare il legame tra gli infermieri, al di là delle culture e delle frontiere.

Inoltre, il problema sicurezza in questa triste circostanza è emerso in modo preponderante. A tal proposito il Presidente Napolitano ha evidenziato come malgrado l'esistenza di precise disposizioni normative di legge, il crollo di costruzioni recentemente edificate faccia nascere interrogativi sulla reale applicazione della normativa antisismica. Ai Colleghi della città e della Provincia di L'Aquila e a tutta la popolazione abruzzese, così profondamente segnata dalla morte e dalla distruzione provocate dal drammatico

UNA GIORNATA CHE HA SCONVOLTO IL NOSTRO PAESE

di simili eventi, da infermieri e altri professionisti, sono vitali per affrontare i disastri e prendersi cura delle vittime del disastro. La nostra professione, infatti, direttamente o tramite le Associazioni di Volontariato è stata da subito impegnata nel supporto sanitario e assistenziale delle persone colpite dal tragico evento. A tutti coloro colpiti dal sisma auguriamo la capacità di ricominciare a vivere, per quanto possa essere più facile a dirsi che a farsi. Auguri di cuore.



GLI INFERMIERI DEL CIVES

Situazione Emergenza Abruzzo

Comitato di
REDAZIONE



Dal 10 Aprile CIVES è presente in Abruzzo con 12 infermieri provenienti dai Nuclei provinciali di Chieti, Brescia, **Foggia**, **Lecce** e **Bari**. Due infermieri sono presenti in seno alla DICO-

MAC (Direzione Comando e Controllo) per le attività di coordinamento mentre gli altri infermieri sono stati impiegati per le attività sanitarie all'interno del PMA (Posto Medico Avanzato) dell'ANPAS e per le attività di censimento e valutazione delle persone con disabilità e/o condizioni croniche che necessitano di assistenza, ospitate nelle tendopoli. Quattro infermieri del Nucleo di Chieti hanno anche partecipato al picchetto d'onore in occasione dei funerali di stato delle vittime del sisma. La fase dell'emergenza vera e propria soprattutto dal punto di vista sanitario è in corso di risoluzione: le attività in regime di emergenza/urgenza vengono gestite dal PMA ARES che sostituisce l'attività del presidio ospedaliero aquilano tuttora inagibile. Rimarranno ancora sul posto i PMA delle associazioni maggiori o comunque meglio attrezzati mentre già da domani i PMA più piccoli inizieranno ad essere smobilitati. Il soccorso sta ora transitando nella fase della normalizzazione: sarà necessario garantire i servizi sanitari di base alla popolazione e la valutazione delle risorse necessarie è complessa. CIVES ha offerto i

propri infermieri sia per le attività di coordinamento sanitario presso i vari COM (Centri Operativi Misti) che per l'erogazione dell'assistenza nelle tendopoli a fianco dei medici di famiglia. Permane, quindi, lo stato di attivazione dell'Associazione: i Nuclei Provinciali sono impegnati a ricercare disponibilità per soci in pronta partenza per missioni di 10-15 giorni con preferenza per i soci afferenti all'area critica. Si potrà essere più precisi non appena la Direzione formulerà le richieste e soprattutto comunicherà le necessità operative e la destinazione degli infermieri richiesti.

FINCO VOLA

Domenica 28 giugno 2009, con inizio alle ore 10,00, a Bari, nel Parco "Punta Perotti" (nei pressi della spiaggia "Pane e Pomodoro"), si svolgerà la 4^a Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza, istituita con la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006, (in G.U. n. 186 dell'11 Agosto 2006).

In occasione della "Giornata" l'Associazione pazienti FINCO ospiterà alcuni Club aquilonistici: Volere Volare (Bari), Kitelive (Molfetta), TarantoKite (Taranto), Tako Kichi (Matera), Rosa dei20 (Lecce) e Aquilandria (Andria).

Come avviene in tutte le feste di aquiloni il grande regista sarà il VENTO!

Numero Verde FINCO 800.050415
Tel.: 080.5093389 - fax: 080.5619181
e-mail: finco@finco.org

PER INFO: www.ipasvi.it - sezione CIVES

XV CONGRESSO NAZIONALE IPASVI

Valori, innovazione e progettualità per l'assistenza alla persona

Idolo
CAVAGGION



Sono stati oltre 4500 gli infermieri convenuti a Firenze da ogni parte d'Italia il 26 febbraio scorso, per celebrare il 15° appuntamento congressuale dell'IPASVI. Fra i torrioni di For-

tezza Da Basso della sede congressuale, i dibattiti sullo stato odierno e sul futuro della professione della sanità italiana. Originale coreograficamente l'inaugurazione, con la composizione di un "tricolore umano" formato dai rappresentanti dei Collegi provinciali, mentre risuonavano le note dell'Inno di Mameli. Quindi l'avvio della tre giorni congressuale, aperti dalla relazione della presidente nazionale della Federazione dei Collegi, Annalisa Silvestro.

UN CONGRESSO DI SVOLTA

Il ruolo degli ospedali e dei servizi territoriali, i livelli essenziali di assistenza e la qualità delle cure, le risorse finanziarie e le strategie per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più articolata demograficamente ed epidemiologicamente, i rapporti fra le professioni sanitarie e le grandi problematiche etiche, divenute attuali, legate ai diritti dei pazienti e ai doveri dei professionisti sanitari e alle leggi dello Stato, il momento clou della presentazione del nuovo "Codice deontologico": sono stati questi tutti i temi

di un intenso dibattito, di un Congresso definito "di svolta" dalla presidente Silvestro, che ha proposto, nella sua relazione, del come ripensare il sistema sanitario, la sua organizzazione, la sua gestione e la sua articolazione sul territorio, anche attraverso il ruolo e le funzioni che gli infermieri possono e devono assumere, a fronte delle loro competenze e responsabilità. Quello delle "competenze" e delle "responsabilità" possiamo dire che siano state le parole chiave che hanno animato i diversi interventi congressuali, con esperienze portate anche da rappresentanti del mondo infermieristico di altri Paesi europei. Competenze e responsabilità che hanno portato gli infermieri a rinsaldare il rapporto diretto con il cittadino, deontologicamente e professionalmente strutturato, senza la necessità della mediazione di altri gruppi sanitari professionali. Di qui la rivendicazione degli infermieri, a partire dall'affermazione della loro figura professionale, del riconoscimento legittimo del loro ruolo e della valorizzazione delle funzioni, che possono e devono assumere, a fronte delle nuove competenze e responsabilità della professione, a partire dalla nuova definizione di "governo clinico e assistenziale" quale strumento di orientamento e governo della sanità.

LE INDICAZIONI

Le indicazioni scaturite dal XV Congresso di Firenze sono in sintesi per un nuovo "Patto per la salute", da proporre con forza sul tavolo del confronto con il legislatore, ma che coinvolga tutti i protagonisti e le Istituzioni,



Il "Tricolore umano" con le note dell'inno di Mameli, in apertura dei lavori del XV Congresso Nazionale IPASVI

nel quale confronto tutte le questioni ancora aperte trovino soluzioni concrete, per il rilancio della nostra Sanità. Questioni che vanno: dalla valorizzazione della docenza infermieristica e suo riconoscimento quale elemento ineludibile per la formazione dei futuri infermieri, alla promozione dell'assistenza infermieristica sul territorio, con il superamento dell'attuale settorializzazione – su base esclusivamente medica – delle degenze ospedaliere, a favore dell'aggregazione per complessità assistenziale infermieristica. Altra questione aperta quella del riconoscimento e della valorizzazione della direzione e del management infermieristico in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche e private, ed ancora, il riconoscimento della libera professione infermieristica intramuraria. Ultima questione, non perché meno importante, la trasformazione degli attuali Collegi degli infermieri in Ordine professionale. Richieste che il sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio, intervenuto in una fase dei lavori congressuali, sembra aver raccolto a nome del Governo. Due tavoli tecnici

verranno, infatti, presto attivati per mettere a punto le modifiche che si renderanno opportune in merito agli ordinamenti didattici e alla valorizzazione della docenza infermieristica, con la collaborazione di infermieri docenti e ricercatori. Lo stesso sottosegretario ha annunciato un Disegno di legge sul "governo clinico" e la modifica del Dl. 502/92, per dare giusto riconoscimento alla complessità assistenziale infermieristica, per promuovere la libera professione intramuraria infermieristica, organizzata e gestita dalla direzione infermieristica aziendale, su aree di intervento chiare e definite. Ed infine, il rappresentante del Governo ha assicurato che entro il 2009 la Federazione nazionale dei Collegi IPASVI diventerà "Federazione nazionale Ordini degli Infermieri", entrando dunque a far parte, con pari dignità, nel Comitato unitario nazionale delle Professioni. La tre giorni congressuale di Firenze si è conclusa con l'approvazione di una "mozione", pubblicata integralmente sul sito della federazione www.ipasvi.it, in data 28 febbraio u.s.

IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

"*Professionista*" e non più "*operatore*" dell'assistenza infermieristica: è questa la significativa definizione del ruolo e della funzione dell'infermiere, sancita all'articolo 1 del nuovo Codice deontologico, presentato ai partecipanti al 15° Congresso nazionale IPASVI di Firenze. Codice, approvato dal Comitato Centrale della Federazione il 10 gennaio scorso e poi dal Consiglio nazionale il 17 gennaio, già in vigore dal 2 marzo scorso. In 51 articoli sono dettate le nuove norme deontologiche vincolanti per la professione e la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale di appartenenza, che è il garante della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate nel percorso professionale. Del nuovo Codice deontologico (scaricabile anche dal sito www.ipasvi.it) FILODIRETTO tornerà a parlarne più ampiamente.

UNA NUOVA STAGIONE DI INIZIATIVE

Nostra intervista alla Presidente Silvestro

dal nostro inviato
Idolo **CAVAGGION**

Fierezza, dignità, autonomia e responsabilità: sono le quattro parole d'ordine lanciate dalla presidente **Annalisa Silvestro**, della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, a conclusione dell'articolata, pragmatica e brillante relazione di apertura dei lavori del XV Congresso nazionale, celebrato a Firenze. Quattro parole che vogliono delineare la professione infermieristica nel suo divenire e che ben definiscono una "nuova stagione dell'iniziativa infermieristica" – come ha ribadito la presidente Silvestro nella sua relazione – *per il bene della sanità, per la cura e la presa in carico della persona e per una nuova prospettiva professionale, per tante migliaia di giovani neolaureati infermieri*".

Presidente Silvestro, ascoltando la sua relazione di apertura, ho avuto la sensazione che ella abbia affrontato questo Congresso nazionale con una grinta che fa pensare a rivendicazioni di torti subiti dalla professione infermieristica. E' stata una mia impressione, oppure ho visto giusto?

Il termine torto, che rende bene il concetto che ella mi ha espresso, forse è forte. Riteniamo, invece, di non essere stati utilizzati per quello che noi abbiamo costruito in questo periodo e anche per la disponibilità che abbiamo sempre manifestato nei confronti del sistema sanitario. Per cui diciamo che forse il torto è di ascoltare tante parole a cui non seguono però i fatti, di una valorizzazione degli infermieri e un loro coinvolgimento là dove si prendono le decisioni.

Fra i maggiori ostacoli che incontrano

gli infermieri, sul cammino della crescita professionale, ella ha ricordato "il ritardo culturale" della classe medica. Cosa si può fare per acculturare in tal senso i medici?

Io credo di essere stata, diciamo, molto soft, molto gentile nel denunciare un "ritardo culturale" ancora legato a vecchi schemi. C'è invece dell'altro; nel senso che c'è proprio, da parte della classe medica, un rinchiudersi a riccio dentro spazi che ormai è difficile tenere, in una logica di forte corporativismo, anche di tipo economico e direzionale. Per cui ritardo culturale, è vero da una parte, ma ben altro per il resto.

Altra sua denuncia è la "progressiva disattenzione del mondo politico e istituzionale" nei confronti del nostro sistema sanitario. Dalla denuncia alla proposta, per richiamare le parti politiche ad una maggiore consapevolezza.

Da quando si è insediato il nuovo Governo, che ha ritenuto di inserire quello che era il Ministero della Salute dentro il più grande Ministero del Welfare, praticamente (e non è un pensiero mio ma di tutti coloro che operano in Sanità) dall'agenda politica le tematiche inerenti la Sanità sono quasi scomparse. E' ben vero che il futuro federalismo fiscale darà alle Regioni il grave carico della organizzazione sanitaria. Però, omogeneità di percorsi e di obiettivi devono essere definiti a livello centrale: cosa che noi oggi non vediamo. Tra l'altro, una interlocuzione a livello centrale che riguardi, nel nostro caso, la



La Presidente Annalisa Silvestro durante la sua relazione di apertura dei lavori del XV Congresso nazionale IPASVI

globalità della professione infermieristica non c'è più. Questa è una cosa che si riverbera negativamente su tutte le politiche che toccano il sistema salute.

si vada a riprendere tutta la partita delle professioni. Ciò significa che per la trasformazione dei nostri Collegi in Ordine, credo, ci vorrà molto tempo.

Infine, presidente Silvestro, la legge 43 del 2006 sui nuovi Ordini professionali è stata praticamente affossata dall'attuale maggioranza di governo nazionale: hanno vinto alcune lobby che siedono in Parlamento, fra le quali anche quelle rappresentative di professioni sanitarie?

Assolutamente sì! Infatti, nella mia relazione ho ricordato che la non concretizzazione delle indicazioni normative, contenute nella legge 43 del 2006, umilia la professione infermieristica e crea molta sfiducia nella classe politica. Una legge dello Stato che non viene resa operativa è molto, molto spiacevole. Nel corso della tavola rotonda tenutasi durante questi lavori congressuali l'on. Stefano Zappalà ha annunciato che probabilmente nel prossimo autunno sarà di nuovo all'attenzione del Governo la riforma delle professioni. Analogo l'impegno pubblico fatto anche dal sottosegretario Ferruccio Fazio durante il suo intervento di saluto a nome del Governo. Questi sono messaggi positivi, ma nello stesso tempo mi preoccupa che

Ultima domanda: perché un nuovo Codice deontologico per gli infermieri?

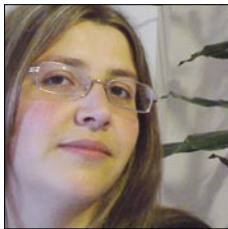
Poiché avevamo deciso di celebrare i dieci anni della legge 42 del 1999 e i dieci anni dell'attuale Codice deontologico, avevamo deciso di fare questo Congresso nazionale a febbraio del 2009, proprio per il decennale. Avevamo anche deciso di analizzare quali contenuti fossero da rivalutare e aggiornare della legge 42 e fra questi appunto il Codice deontologico, che per noi è un documento importantissimo. Del nuovo Codice deontologico, presentato a questo Congresso nazionale e che andrà in vigore il 2 marzo prossimo, principalmente i principi e i valori sono rimasti gli stessi. Ma per il resto dei contenuti, ci siamo resi conto che la nostra professione e i nostri professionisti hanno compiuto percorsi di maturazione anche culturale molto rilevanti e ci pareva, dunque, indifferibile che il Codice deontologico dovesse rappresentare al meglio tale maturazione. I risultati sono ora di lettura e analisi per tutti.



SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

Unico testo normativo per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

Vanessa
MANGHISI



Siamo oramai a un anno dall'emanazione del D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008 "testo unico" sulla sicurezza anzi "Unico testo normativo" come recita l'articolo 1 del predetto decreto (pubblicazione

sul Supplemento n. 108/L alla Gazzetta Ufficiale n.101 del 30 aprile 2008 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro") che riforma ed integra il D. Lgs 626/94 che ha rappresentato, fino ad allora, il punto di riferimento della normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Dopo trent'anni di attesa, finalmente una legge fondamentale, e preziosa, per promuovere più sicurezza sul lavoro. Il D.Lgs. n. 81/2008 è entrato in vigore il 15 maggio 2008 per quasi tutti gli obblighi (15 giorni dopo la pubblicazione).

La normativa in materia di sicurezza e salute sul lavoro è il risultato di una progressiva stratificazione di fonti assai diverse ed eterogenee tra loro, subentrati senza soluzioni di continuità dagli anni '50 ad oggi. Ne è derivato, quindi, un *quadro regolatorio* particolarmente complesso, in cui i provvedimenti di recepimento delle direttive comunitarie di "nuovo approccio" si sono sommati a disposizioni vecchie di decenni

e di ben diversa logica, dando vita a una difficile *compresenza*. Per porre rimedio è stato pubblicato il Testo Unico (D. Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008).

Dunque il D.Lgs. n. 81/2008 coordina, riordina e riforma tutte le principali norme vigenti sostituendole con un nuovo "codice" unico di 306 articoli e 51 allegati.

Non è un testo perfetto, e privo di difetti, ma è comunque un importante passo in avanti verso una cultura del lavoro, dell'organizzazione e della gestione della sicurezza nelle aziende più avanzata.

Un'occasione da non perdere per rimettere in moto una tutela delle lavoratrici e dei lavoratori in materia di sicurezza, salute e prevenzione dei rischi lavorativi ispirata al principio del miglioramento continuo, garantito nel tempo attraverso uno specifico programma che è parte essenziale e decisiva del documento di valutazione dei rischi (art. 28 c. 1 lett. c del D.Lgs. n. 81/2008).





La prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la promozione della salute negli ambienti di lavoro sono obiettivi prioritari dell'attività del Servizio Sanitario Nazionale. Gli infortuni sul lavoro e le patologie correlate al lavoro rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica, che pone come priorità il mettere in atto strategie di intervento e azioni volte alla loro riduzione. Tutto ciò richiede un'azione congiunta di tutti gli "attori" del "sistema prevenzione", sia per la multifattorialità dei fattori di rischio implicati, sia perché senza una reale partecipazione, multidisciplinare e multistituzionale. In questi ultimi anni vi è stata una ricca produzione di norme legislative miranti a migliorare le capacità di affrontare e di individuare soluzioni circa le problematiche di salute nei luoghi di lavoro.

L'attività di prevenzione deve basarsi su due principali cardini: il sistema informativo, finalizzato all'individuazione dei bisogni anche sulla base di evidenze epidemiologiche, e la programmazione e pianificazione degli interventi migliorativi. Fondamentale è la sinergia e la collaborazione tra i numerosi soggetti istituzionali che concorrono alla prevenzione dei rischi e dei danni da lavoro attivando azioni il più possibile congiunte ed integrate. Gli obiettivi che la normativa in tema di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro si pone sono rivolti alla ricerca sistematica dei rischi lavorativi e alla loro eliminazione o quantomeno al contenimento e riduzione, prima che producano effetti indesiderati ai lavoratori.

La prevenzione dei rischi lavorativi può essere raggiunta non limitandosi più al semplice rispetto della legislazione vigente, da parte dei soggetti individuati, ma richiedendo loro di modificare i propri atteggiamenti e passare da un ruolo passivo ad un ruolo in cui essi stessi sono soggetti attivi per la valutazione dei rischi e per l'individuazione delle misure di sicurezza atte a garantire l'integrità psicofisica dei lavoratori.

La Pubblica Amministrazione ha il dovere e l'obbligo di applicare la normativa per la

sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro. A volte si ha la percezione che il problema non esiste, forse perché il pericolo e gli effetti non sono evidenti e non sono mai immediati. La salubrità degli ambienti lavorativi, in molte circostanze, è messa duramente alla prova e incide sul benessere dei lavoratori.

**“Gli iscritti ai
Collegi IPASVI
delle varie province italiane
sono 370.641**

I lavoratori, attenti a queste problematiche, attendono un segnale di una inversione di tendenza da parte delle amministrazioni pubbliche. Si tratta di un provvedimento avanzato, nell'in-

sieme positivo e innovativo, che migliora e unifica la normativa vigente, consentendo, laddove correttamente e realmente applicato (e questa è la circostanza più difficile da garantire), significativi miglioramenti delle condizioni di lavoro e di esposizione al ri-



schio lavorativo. Le maggiori novità contenute nel D. Lgs n. 81 sono:

- a) l'ampliamento del campo di applicazione delle disposizioni in materia di salute e sicurezza adesso sono riferite a tutti i lavoratori che si inseriscono in un ambiente di lavoro, senza alcuna differenziazione di tipo formale;
- b) il rafforzamento delle caratteristiche delle rappresentanze in azienda, in particolare di quelle dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;
- c) la rivisitazione del sistema delle sanzioni;
- d) il finanziamento delle azioni promozionali private e pubbliche;





- e) l'informazione, la formazione e l'addestramento;
- f) l'attenzione verso anche i rischi "immateriali" del lavoro, sulle malattie psichiche, sui disturbi di ansia, depressione, disturbi post traumatici da stress, sulle reazioni emozionali, sul disagio lavorativo. La valutazione dei rischi allarga il campo: il datore di lavoro dovrà considerare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, tenendo in debita considerazione, a tal proposito, i contenuti dell'accordo quadro europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi" (art. 28 c. 1 d.lgs. 9 aprile 2008). Elaborare, quindi, un documento contenente:
- una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;
 - l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati, a seguito della valutazione;
 - il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
 - l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;
 - l'indicazione del nominativo del respon-

sabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio;

- l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.



Concludendo, è possibile affermare che l'entrata in vigore di questo "testo unico" costituisce un'occasione unica per mettere in moto un meccanismo che veda concorrere aziende, sindacati, datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, rspp, consulenti, medici competenti e organi di vigilanza, teso al miglioramento continuo dell'organizzazione del lavoro e della gestione partecipata della sicurezza.

E' necessario passare *dalla tutela della salute intesa come assenza di malattia*, al concetto più generale di *benessere lavorativo* inteso come capacità di un'organizzazione di sviluppare e promuovere un adeguato grado di tutela della condizione psicofisica delle lavoratrici e dei lavoratori.

BIBLIOGRAFIA:

- D. Lgs n. 81 del 9 aprile 2008 "testo unico" sulla *sicurezza* (pubblicato sul Supplemento n. 108/L alla Gazzetta Ufficiale n.101 del 30 aprile 2008);
- INAIL, fascicoli "La sicurezza in ospedale - Strumenti di valutazione e gestione del rischio".

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*



DOPO LA CONTESTAZIONE DISCIPLINARE IL DATORE DI LAVORO NON HA L'OBBLIGO DI ASCOLTARE IL LAVORATORE

Il titolo potrebbe creare equivoci, un po' come accade sui quotidiani, dove a fronte del titolone nel seguente testo c'è poco o nulla, se letto velocemente. Infatti, il datore di lavoro, una volta proceduta alla contestazione disciplinare, non ha l'obbligo di ascoltare il dipendente se questi non lo chiede con corretta domanda ex art. 7 della L. 300/1970. La lettura della norma non lascia spazio a dubbi interpretativi e, infatti «Il datore di lavoro non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del lavoratore senza avergli preventivamente contestato l'addebito e senza averlo sentito a sua difesa»: che tecnicamente, però, non prevede alcun onere di convocazione a carico dell'azienda al fine di consentire al dipendente incolpato di esporre le proprie difese riguardo al comportamento attribuitogli. Resta ferma, ovviamente, la facoltà del lavoratore di inoltrare per iscritto le proprie giustificazioni, ma non è prevista come obbligatoria nemmeno la presenza di un difensore legale. È quanto emerge dalla sentenza 4546/09 con cui la Cassazione ha confermato un verdetto di licenziamento disciplinare inflitto a due ispettori di polizia municipale per l'attività estorsiva da loro realizzata ai danni di alcuni venditori ambulanti e per la quale era intervenuta anche sentenza di patteggiamento. Senza successo è stato sostenuto che non era stato ascoltato a difesa con l'assistenza di un legale, ma fu solo compilato un modulo col ricevimento delle sue difese.

LA PREVENZIONE DEI RISCHI SUL POSTO DI LAVORO

Il tema della sicurezza sul posto di lavoro e soprattutto della prevenzione dei rischi è oggetto di numeri vostri quesiti ma viene anche trattato da tutte le parti in causa, e senza fare qualunquismo, (datori di lavoro, sindacati e lavoratori) in maniera superficiale salvo correre ai ripari quando avvengono disgrazie. Il tutto merita un approfondimento. Seguire alla lettera le indicazioni normative e i protocolli probabilmente non ridurranno allo zero i percen-

tuali rischi ma sicuramente aiuterà alla messa in sicurezza dello stesso lavoratore. Partiamo dal banale presupposto che qualsiasi attività lavorativa, anche la più elementare o la più semplice, racchiude in sé una dose di pericolo che, in modo più o meno accentuato, può variamente incidere nel tempo sulla salute dei singoli e ciò indipendentemente da ogni misura di prudenza o di prevenzione eventualmente adottata.

Il rischio è, infatti, inevitabile corollario del lavoro. Chi abitualmente esercita una professione è, pertanto, costantemente esposto a rischi che, qualora avvengano, comportano sempre situazioni di bisogno tali da richiedere interventi particolari volti o a compensare il danno patito o a favorire il ripristino delle condizioni di salute alterate. Il che incide sulle tasche di noi contribuenti) Non a caso la Costituzione nel sancire in via generale il diritto del lavoratore a fruire di mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso d'infortunio sul lavoro, di malattia o d'invalidità, pone a carico dello Stato l'obbligo di promuovere ogni opportuna azione finalizzata alla "specificata" tutela del lavoro in ogni sua forma o applicazione e alla protezione "globale" del lavoratore per fini sociali e di interesse generale. (cfr. art. 38).

In tale situazione si appalesano, pertanto, di assoluto rilievo le iniziative volte a tutelare la salute nei luoghi di lavoro ed al risanamento dei relativi ambienti; la ricerca epidemiologica dei fattori di rischio e degli agenti patogeni;

La predisposizione di strumenti atti a fronteggiare, ove necessario e in modo adeguato, ogni situazione di bisogno eventualmente insorta a seguito del manifestarsi del rischio considerato.

Per far fronte a tali situazioni l'ordinamento vigente ha approntato, nel tempo, strumenti appropriati di tutela sanitaria ed economica (l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali di cui al D.P.R. n° 1124/1965 e al D. Lgs. n° 38/2000) e promosso, ai sensi dell'art. 32, 1° comma, della Costituzione Italiana, una pluralità di interventi essenzialmente mirati alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (vedi, per ultimo, il Decreto Legislativo n° 81/2008). Con tale ultimo decreto il Legislatore,

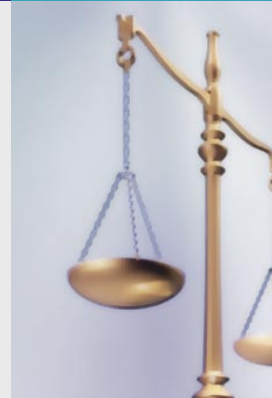


nel recepire diverse direttive comunitarie attinenti la salute e la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro ha riordinato e coordinato in unico testo normativo, alla luce anche delle convenzioni internazionali in materia, il complesso delle disposizioni vigenti riguardanti ogni “aspetto” della sicurezza sul lavoro. La salute sul luogo di lavoro rappresenta oggi, certamente, uno degli aspetti più importanti e avanzati della politica sociale. I risultati, però, non si ottengono solo con l’emanazione e l’applicazione di norme e procedure, ma anche, e soprattutto, con l’assimilazione nella cultura di ciascuno di tutti quei comportamenti positivi che possano evitare l’insorgere di malattie professionali o causare infortuni lavorativi. In tale ambiente “prevenzione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali” e “promozione della salute e della sicurezza” sono indicati, dal citato decreto, quali indiscussi fattori di crescita e di miglioramento perché chiamati, da un lato, a promuovere nel lavoro le iniziative più idonee e appropriate per evitare o, almeno, ridurre in modo efficace i rischi professionali legati all’esecuzione di attività lavorative e, dall’altro, ad attivare, con la partecipazione e il coinvolgimento di tutti (Istituzioni, aziende, lavoratori e parti sociali), programmi e interventi finalizzati a migliorare certamente le condizioni di salute e di sicurezza dei lavoratori. Non a caso, la norma sopra citata prevede una serie d’interventi obbligatori ai quali né il datore di lavoro né gli stessi lavoratori possono sottrarsi. In via esemplificativa le attuali norme prevedono la valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza presenta in ambito lavorativo:

- L’eliminazione dei rischi o la loro riduzione al minimo, il rispetto dei principi ergonomici nell’organizzazione del lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro;
- La riduzione dei rischi alla fonte con la sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o che sono meno pericoloso;
- L’utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici sui luoghi di lavoro, la priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale;

- Il controllo sanitario dei lavoratori, l’allontanamento del lavoratore dall’esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti alla sua persona e l’assegnazione dello stesso, ove possibile, ad altra mansione;
- la formazione e l’informazione adeguate per i lavoratori, i dirigenti, i preposti e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (designati questi ultimi dagli stessi lavoratori);
- La partecipazione e la consultazione periodica dei lavoratori e dei loro rappresentanti e altro ancora.

Non sono delle semplici enunciazioni di principio o d’intenti ma trattasi di norme che trovano la loro fonte non solo nella costituzione ma anche nell’art. 2087 codice civile che, come noto, pone a carico dei datori di lavoro (pubblici e privati) l’obbligo di “adottare nell’esercizio dell’impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l’esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutela dell’integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro”. Nel dettaglio si ha, pertanto, che il datore di lavoro è tenuto a osservare non solo le precauzioni obbligatoriamente imposte dalla legge (e sono tantissime), ma anche quelle dettate dall’esperienza o direttamente suggerite dal progresso della tecnica. Esaminati gli obblighi del datore di lavoro, occorre anche specificare che il lavoratore non è immune da doveri (anche e soprattutto di denuncia). E, infatti, art. 20 del dlgs 31/2008 sancisce il dovere di ogni lavoratore di prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione professionale ed ai mezzi forniti dal datore di lavoro. Ogni lavoratore deve: contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti ed ai preposti, all’adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro e dai suoi collaboratori ai fini della protezione collettiva e individuale, utilizzare correttamente ed in modo appropriato le attrezzature di lavoro, le sostanze ed i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto



nonché i dispositivi di sicurezza e di protezione a disposizione, segnalare immediatamente al datore di lavoro e ai suoi collaboratori le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui prima nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui viene a conoscenza, partecipare attivamente ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro, sottoporsi ai controlli sanitari previsti da disposizioni di legge o, comunque, disposti dal medico competente. La norma, si come per i datori di lavoro, rafforza gli obblighi per il lavoratore come derivanti dall'art. 2104 c.c. secondo cui il lavoratore "deve usare la diligenza richiesta dalla natura della prestazione dovuta, dall'interesse dell'impresa e da quello superiore della produzione nazionale" e "osservare le disposizioni per l'esecuzione e per la disciplina del lavoro impartite dall'imprenditore e dai collaboratori di questo dai quali gerarchicamente dipende". Un'accelerazione hanno avuto anche le norme inerenti la c.d. sorveglianza sanitaria (art. 41) che deve verificare l'effettiva compatibilità tra le condizioni psicofisiche del lavoratore e gli specifici rischi individuali connessi alla sua destinazione lavorativa ed alle sue mansioni. Deve essere curata dai "medici competenti" (sui quali ricadranno le responsabilità per eventuali certificazioni "leggere" o "superficiali") e comprende, nel rigoroso rispetto delle indicazioni di cui all'art. 41. In via esemplificativa la sorveglianza consisterà nella visita medica preventiva volta a constatare, all'atto dell'assunzione, l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica, visite mediche periodiche per controllare lo stato di salute dei lavoratori stessi ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica, visita medica su richiesta del lavoratore qualora si registri o si temi un peggioramento delle condizioni di salute imputabile all'attività lavorativa espletata, visita medica in occasione del cambio di mansione (e unità operativa) onde verificare l'idoneità alla "nuova" mansione specifica. Il medico competente, sulla base delle visite mediche di cui sopra e dell'esito degli accertamenti espletati (esami clinici e biologici, indagini diagnosti-

che, ecc.), esprime, sempre con riferimento alla mansione specifica espletata dal lavoratore, un giudizio che, a secondo dei casi, può essere di: idoneità, idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni; inidoneità temporanea assoluta, inidoneità permanente assoluta. Un ultimo aspetto resta analizzare ed attiene alla responsabilità. Le norme dettate in tema di prevenzione degli infortuni sul lavoro in quanto volte ad impedire l'insorgenza di situazioni pericolose, sono dirette a tutelare il lavoratore non solo dagli incidenti occasionali e imprevedibili o derivanti dalla sua disattenzione, ma anche quelli ascrivibili ad imperizia, negligenza ed imprudenza dello stesso con la conseguenza che il datore di lavoro è sempre responsabile dell'infortunio occorso al proprio dipendente sia quando ometta di adottare le misure protettive, cui è tenuto obbligatoriamente, sia anche quando non accerti e vigili che di queste misure venga fatto effettivamente uso da parte del lavoratore. Il mancato rispetto dell'obbligo ex art. 2087 c.c., qualora determini per il lavoratore una esposizione indebita ad un rischio dal quale derivi per lo stesso un aggravamento delle sue condizioni di salute, un infortunio o una malattia professionale comporta per il datore di lavoro inadempiente specifica responsabilità con l'obbligo per quest'ultimo di risarcire sia i danni patrimoniali che i danni non patrimoniali (danno biologico per la menomazione, anche il danno morale). Dall'eventuale inadempimento deriva per il datore di lavoro una responsabilità anche penale comportante, ove accertata nelle competenti sedi, l'irrogazione di sanzioni e, nei casi di particolare gravità, anche di pene detentive. Per completezza va, per ultimo, sottolineato che anche il lavoratore può incorrere in responsabilità qualora il danno subito o arrecato a terzi sia stato provocato da una sua condotta atipica, imprevedibile e irrazionale rispetto al normale procedimento lavorativo e alle direttive ricevute tale, in ogni caso, da costituire causa esclusiva dell'evento lesivo fermo restando che il datore di lavoro non sia incorso, a sua volta, in "inosservanza" del dovere di sicurezza e che abbia adottato, in tempo, nel rispetto delle norme poste a tutela della salute



dei lavoratori nei posti di lavoro, ogni opportuna misura protettiva, dettata anche dalla normale prudenza e dall'esperienza, volta ad evitare, per quanto possibile, l'insorgenza di situazioni pericolose o fortemente a rischio.

GIUSTO IL LICENZIAMENTO ANCHE SE IL LAVORATORE sottrae MATERIALE DI SCARSO VALORE ECONOMICO

Il tema è sempre di attualità tanto che la Corte di Cassazione sezione lavoro, è tornata a pronunciarsi con una sentenza, la n. 7705/2009. Il caso ha riguardato un pubblico dipendente che aveva sottratto merce dal posto di lavoro e per tale motivo era stato licenziato. Il ricorso alla Corte di Cassazione è giustificato per la mancata esposizione del codice disciplinare e per la modesta entità del furto.

Per quanto concerne la mancata esposizione del codice disciplinare è appena il caso di ripetere che determinate condotte –come il non rubare- non richiede di essere elencate in un codice disciplinare rientrando nei doveri minimi di un dipendente e che quindi la mancata esposizione dello stesso e/o il non essere contenuta tale disposizione nel detto codice disciplinare non potevano essere causa di nullità e illegittimità del licenziamento.

Per quanto attiene il secondo motivo e ossia la modesta entità del furto bisogna ripetere il principio secondo cui il furto, di qualsiasi entità sia, fa venir meno il rapporto fiduciario tra datore di lavoro e dipendente tanto che la Corte di Cassazione ha ripetuto, ove mai necessitasse che per stabilire in concreto l'esistenza di una giusta causa di licenziamento ... occorre valutare da un lato la gravità dei fatti addebitati al lavoratore, in relazione alla portata oggettiva e soggettiva dei medesimi, alle circostanze nelle quali sono stati commessi e all'intensità dell'elemento intenzionale, dall'altro la proporzionalità fra tali fatti e la sanzione inflitta, stabilendo se la lesione dell'elemento fiduciario su cui si basa la collaborazione del prestatore di lavoro sia in concreto tale da giustificare o no la massima sanzione disciplinare".

IL LICENZIAMENTO IN CASO DI SOPRAVVENUTA INIDONEITÀ FISICA DEL LAVORATORE

La sopravvenuta inidoneità fisica del lavoratore, a causa di malattia, fa sì da rendere legittima la risoluzione del rapporto di lavoro. Tale fattispecie è denominata come licenziamento per giustificato motivo oggettivo di licenziamento. Quindi, l'eventuale, comprovata e poi accertata impossibilità di adibire il lavoratore a mansioni confacenti al suo stato fisico o psichico, può costituire valido motivo di recesso datorile. E ancora, in tale ipotesi il datore di lavoro non è tenuto nemmeno ad aspettare l'esaurimento del periodo di comporto, perché tale periodo deve essere rispettato per legge in caso di malattia temporanea non permanente. In pratica, di fronte all'irreversibilità della malattia e, quindi, dell'inidoneità fisica la prestazione del lavoratore è diventata impossibile e l'azienda può legittimamente recedere dal rapporto. In tal modo si è espressa la Corte di Cassazione sezione lavoro (sentenza 7701/09) con cui ha respinto il ricorso di un dipendente legittimamente licenziato perché, al rientro in azienda dopo una grave malattia, era stato dichiarato inidoneo dalla commissione medica adita dal datore (ex articolo 5 dello Statuto). Tale inidoneità, infatti, era stata confermata dal consulente tecnico con riferimento al momento del licenziamento ed era palesemente riscontrabile in relazione alle complesse mansioni ricoperte dal lavoratore. Per la Suprema Corte è stato ritenuto impossibile anche il *repechage* del dipendente poiché l'azienda aveva dimostrato l'assenza di qualsiasi mansione compatibile con lo stato di salute del lavoratore. Sul punto è stato rimarcato un principio spesso frainteso. Nel caso d'inidoneità fisica del lavoratore a svolgere le mansioni assegnategli «il difetto d'interesse alla prosecuzione del rapporto va valutato alla luce dei criteri previsti per la configurabilità del giustificato motivo oggettivo del licenziamento, senza necessità di attendere l'esaurimento del periodo di comporto, atteso che la disciplina dettata dall'articolo 2110 Cc presuppone la diversa ipotesi dell'impedimento temporaneo del lavoratore affetto da malattia, tale da consentire, una volta che questa sia cessata, la ripresa del lavoro senza rischi di altra usura dell'integrità fisica».



INSUFFICIENZA RENALE E TERAPIE SOSTITUTIVE

Le nuove acquisizioni

Giulia
VINELLA



Anche quest'anno è stato organizzato dalla Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi di Putignano diretta dal Dr. M. Giannattasio, il 6° corso di Nefrologia della Terra dei Trulli e delle Grotte, dedicato al personale Infermieristico. Il corso si è svolto il 12-13 febbraio presso la "Chiusa di Chietri" di Alberobello

con la partecipazione di Saverio Andreula, presidente del Collegio IPASVI di Bari. Nonostante la breve nevicata sono intervenuti numerosi specialisti del settore con lo scopo di ottimizzare l'approccio del personale infermieristico al paziente affetto da Insufficienza Renale.

I reni hanno diverse e importanti funzioni: l'attività emuntoria, la regolazione dell'equilibrio acido-base, la regolazione dell'equilibrio idro-salino, attività ormonale come la produzione di Eritropoietina e Vitamina "D" nella forma attiva, il sistema renina-angiotensina per la regolazione della pressione intrarenale e sistemica. Sembra chiaro che una ridotta funzionalità renale comporta

alterazioni che vanno oltre la sola incapacità di depurare il sangue, proprio perché il rene interviene in altri meccanismi importanti. La ridotta funzionalità renale può presentarsi con due modalità:

1. l'Insufficienza Renale Acuta (IRA) determinata da forme primitive e quindi da fattori renali (glomerulari, interstiziali, infettive, tossiche), e da forme secondarie che sono invece riconducibili ad ostruzione delle vie urinarie, oppure a malattie sistemiche come il diabete, l'ipertensione, etc;
2. l'Insufficienza Renale Cronica (IRC) che è caratterizzata da un esordio subdolo in assenza di particolari disturbi clinici, talvolta è solo durante un controllo ematologico di routine che si evidenzia una ridotta funzionalità renale.

Le modalità di controllo degli indici di funzionalità renale consistono prevalentemente nella misurazione sierica dell'Urea e della Creatinina (sCr) e della clearance della creatinina. Attualmente esistono altre metodiche per valutare la funzionalità renale con più precisione, come ad esempio con la clearance dell'inulina, le clearances con l'utilizzo dei radioisotopi, però alla complessità dell'indagine si deve aggiungere anche l'elevato costo della metodica. Bisogna tenere presente che l'insufficienza renale, viste le proporzioni dell'incidenza, richiede metodiche di diagnosi rapide e poco costose: attualmente il dosaggio della creatinina, dell'urea e della clearance rimangono i test più utilizzati. A tale riguardo prezioso è stato il contributo del ricercatore dr. Giuseppe





Stefano Netti (del dipartimento di Scienze Biologiche, Sezione di Nefrologia, Università degli Studi di Foggia) che ha presentato una relazione sulle nuove prospettive nella diagnosi precoce della IRA mediante il dosaggio urinario di biomarkers, come l'IL-8, NGAL e KIM-1, i cui livelli urinari aumentano più precocemente rispetto alla creatinina sierica. Con tali prospettive in futuro si potrà precocemente diagnosticare e trattare l'insufficienza renale acuta con maggiori potenzialità di recupero del rene.

Spesso l'IRA subentra secondariamente

in pazienti affetti già da patologie renali sia in pazienti sani.

Anche nei soggetti sani l'ipotesi di un danno renale da mezzo di contrasto non è esclusa; la comparsa di IRA dopo tale indagine è di scarsa rilevanza clinica e con recupero nei successivi 3-5 giorni.

Più importante è la valutazione del rischio nei pazienti con preesistente patologia renale o con altri fattori di rischio (ad esempio: scompenso cardiaco, malattia diabetica con insufficienza renale, mieloma multiplo). Il danno da mezzo di contrasto si esplica mediante ischemia renale e mediante l'azione tossica diretta sul rene, entrambe le cause conducono all'Insufficienza Renale Acuta.

Il Dr. M. Giannattasio, Direttore della Struttura Complessa di Nefrologia di Putignano, durante la sua presentazione ha ribadito che al fine di prevenire l'IRA da mezzo di contrasto, si devono necessariamente identificare i pazienti a rischio per attuare provvedimenti atti a ridurre significativamente i rischi di insorgenza della patologia. In primis la scelta della metodica meno dannosa e comunque risolutiva sotto l'aspetto diagnostico, ad esempio effettuare una Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) al posto di una TAC con contrasto oppure utilizzare trattamenti preventivi con soluzioni di bicarbonato di sodio in soluzione salina e/o acetil cisteina, prima ad eventuali indagini contrastografiche.

La cultura della donazione d'organo è stata amplificata durante l'incontro, coinvolgendo anche il personale infermieristico nella diffusione della necessità e importanza della donazione.

Il dott. Aldo Calò (anestesista) ha dichiarato che bisognerebbe valutare i rischi a cui sottoporre un ricevente:

- *rischio calcolato*, in cui un eventuale presenza di agente patogeno presente nel donatore è uguale nel ricevente;
- *rischio inaccettabile*, in cui ci sono condizioni di sieropositività, neoplasie maligne, infezioni sistemiche;
- *rischio aumentato ma accettabile*, in cui ci sono condizioni cliniche o urgenti del ricevente;
- *rischio standard*, dove ci sono tutte le condizioni ottimali per l'eventuale trapianto.

L'approccio del paziente nefropatico al trat-



Il Presidente dell'IPASVI Saverio Andreula, relaziona al corso di Nefrologia

nei pazienti affetti da sepsi con funzionalità renale abbastanza compromessa tale da richiedere trattamento emodialitico, ciò accade maggiormente in quei pazienti ospedalizzati in terapie intensive.

Il Dr. A. Ramunni nella sua presentazione ha evidenziato l'importanza dell'endotossina (frammento della parete dei gram negativi) come responsabile dell'insorgenza dell'IRA in corso di sepsi, dove la presenza massiva di citochine è chiaramente uno dei fattori che determina l'insorgenza della patologia renale. A tale scopo le tecniche di aferesi terapeutica con l'utilizzo di membrane sintetiche con capacità d'adsorbimento (depurazione extracorporea con rimozione di endotossine toraymyxin), riducono i livelli di citochine in circolo, migliorando la prognosi e le possibilità di recupero.

Il largo uso di metodiche di indagine contrastografiche ha sollevato il problema dell'incidenza della nefropatia da contrasto sia



tamento conservativo, al trattamento emodialitico e al trapianto comporta anche dei risvolti psicologici importanti, e per tale motivo la Dr.ssa Lorusso (Psicologo Psicoterapeuta consulente presso la SC di nefrologia di Putignano) ha portato alla luce un aspetto molto importante che coinvolge tali pazienti e in particolar modo ha esplicito il concetto di "compliance". Per compliance intendiamo il rispetto delle prescrizioni mediche, al fine di migliorare la qualità della vita del paziente, ed è importante che l'educazione e il rispetto delle prescrizioni si ot-

A tal fine possono essere utilizzate metodologie come la vulnerability assessment e la risk analysis, che permettono di valutare lo stato dei sistemi informativi e informatici, ottimizzando i sistemi dal punto di vista della sicurezza. Nella strutturazione di un centro dialisi un ruolo primario è costituito dal sistema di produzione dell'acqua, alla quale negli ultimi anni si è data enorme importanza nel rispetto del concetto di biocompatibilità. Per tale motivo la qualità dell'acqua prodotta deve necessariamente rispettare tutte le caratteristiche fisico-chimiche

e batteriologiche che sono regolamentate da linee guida internazionali. Il rispetto delle suddette caratteristiche ha portato in questi ultimi anni a dei standard qualitativi elevati, riducendo significativamente tutte quelle vecchie complicanze che hanno corollato le sedute dialitiche per molti anni (sindrome dell'acqua dura, contaminazione da parte di endotossine etc.).

Il Sig. Baorda, tecnico del centro di dialisi di S. Giovanni Rotondo, ha spiegato la tipolo-

gia del sistema di erogazione centralizzato del concentrato utilizzato nel suo centro dialisi. L'utilizzo di concentrati per emodialisi ad erogazione centralizzato con sistema di trattamento dell'acqua, purificata con sistema di biosmosi ad anello in acciaio inox 316L, consente di assicurare ai pazienti un trattamento depurativo di qualità. Il sistema di erogazione centralizzato del concentrato on-line, garantisce un migliore aspetto igienico, consentendo una flessibilità nelle prescrizioni dialitiche con assenza di concentrati residui. Con il sistema centralizzato di erogazione del concentrato è inoltre possibile diminuire i carichi di lavoro, ridurre le problematiche di stoccaggio del materiale nel magazzino e migliorare l'impatto ambientale con una significativa diminuzione della quantità di materiale plastico da smaltire.



Scorcio della platea dei corsisti

tengano mediante la collaborazione tra personale medico/infermieristico e paziente. A tal proposito il Dr. Miani (Medico Legale), ha chiarito alcuni importanti aspetti legali della professione infermieristica, nel coinvolgimento in responsabilità civile (responsabilità oggettiva in cui al danno risponde l'equipe con somme di denaro) e/o penale (responsabilità soggettiva). Il personale infermieristico, a parità di quello medico, deve condividere e preservare la sicurezza dei dati in ambito sanitario, così come ha denotato il Dr. Cacciapaglia. I professionisti sanitari, pur condividendo la filosofia fondata sulla centralità del paziente e l'utilizzo dell'informazione clinica formalizzata per una gestione trasparente, possono intervenire sulla privacy dei pazienti, con eventuale perdita dei dati sensibili del paziente stesso.



PER IL DAY SERVICE UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO E GESTIONALE



Pasqualina
CARAMUSCIO

Arriva anche in Puglia un modello organizzativo assistenziale di tipo funzionale, alternativo al ricovero ospedaliero, al day hospital e al day surgery che permette al cittadino di com-

piere un percorso diagnostico-terapeutico in breve tempo e completamente gestito dai servizi sanitari. La Giunta Regionale con Deliberazione del 27 gennaio 2009, n. 35 ha approvato l'istituzione del "DAY SERVICE" e le modalità operative e organizzative dello stesso. Il provvedimento ha alla base l'elaborazione e l'attuazione di norme sanitarie di seguito riportate:

- Il D.P.C.M. 29/11/2001 nella "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" mette in evidenza la necessità di trattare, in un diverso setting assistenziale, con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse, casi trattati inappropriatamente in regime di ricovero ordinario o di Day hospital;
- il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, nell'ambito del Progetto Mattone ha elaborato il documento "Evoluzione del sistema DRG nazionale. Forme alternative alla degenza: definizione (Day hospital, day surgery, Day service) e relativi flussi informativi" (relazione del 19 luglio 2006) nel quale

vengono definite, tra l'altro, le caratteristiche della modalità assistenziale di Day service;

- Il Piano regionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, adottato con DGR 4 agosto 2006, n.1200, ha auspicato l'adozione di adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto dell'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza e di urgenza delle prestazioni, imponendo una strategia che orienti, tra l'altro, verso una definizione di percorsi assistenziali che migliorino l'appropriatezza degli accessi dei cittadini ai servizi sanitari;
- La l.r. 31 dicembre 2007, n. 40, all'art. 3, comma 26 ha, tra l'altro, stabilito che: "La Giunta regionale, su proposta dell'Assessorato alle Politiche della Salute, con il supporto dell'Agenzia regionale Sanitaria, è delegata ad adottare i necessari atti finalizzati all'introduzione della modalità di erogazione di prestazioni mediante pacchetti di prestazioni ambulatoriali Day service".
- La l.r. 19 settembre 2008, n. 23, "Piano Regionale di Salute 2008-2010" nel prevedere i modelli assistenziali ha definito le forme alternative di assistenza al fine di avviare il processo di de-ospedalizzazione previsto dalla normativa vigente in materia e nella esigenza di garantire al cittadino le prestazioni necessarie al proprio bisogno di salute, semplificando l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative.



Tra i modelli organizzativi alternativi di tipo funzionale è previsto, appunto, il Day service che è un modello organizzativo per l'erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale funzionale alla gestione di patologie complesse per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma che richiedono la gestione assistenziale nell'arco della giornata o in tempi necessariamente brevi. Il Day service è una modalità assistenziale, attuabile in ambito ospedaliero e in strutture specialistiche ambulatoriali territoriali, che affronta problemi clinici, diagnostici, terapeutici e di follow up che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse tali da non richiedere, per tutta la durata del singolo accesso, sorveglianza ed osservazione medica ed infermieristica protratta. La novità della proposta consiste nella impostazione organizzativa del modello: analogamente al regime di ricovero ordinario o di Day hospital, l'intervento del professionista è centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione; diversamente dalla degenza in Day hospital, però, il paziente non ha bisogno né di allettamento, né di assistenza medico infermieristica protratta e sorveglianza per più ore nel corso della giornata. Il *Day service* permette di migliorare la qualità dell'attività specialistica ambulatoriale garantendo al paziente la possibilità di ottenere una diagnosi o una terapia effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali o le prestazioni terapeutiche necessarie in un solo giorno o in un numero limitato di accessi; offre al medico specialista la possibilità di utilizzare tutte le potenzialità diagnostiche e terapeutiche presenti in ospedale o nella struttura ambulatoriale polispecialistica, in modo da poter formulare, in tempi brevi, la diagnosi o effettuare terapie che richiedono interventi multidisciplinari ma che escludono la necessità di sottoporre il paziente ad osservazione clinica in regime di ricovero ordinario o di Day hospital e consente all'Azienda Sanitaria di ridurre il sovraccarico gestionale determinato dal frazionamento di prenotazioni delle singole prestazioni ambulatoriali e di ridurre i tassi di ospedalizzazione, con particolare riferimento ai Day hospital da trasferire progressivamente in Day service.

Le attività in Day service si caratterizzano per:

- la presenza contemporanea nella struttura di tutti gli specialisti necessari per assicurare una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente;
- l'effettuazione di atti medici o di indagini diagnostiche e/o interventi terapeutici complessi (di tipo invasivo o con l'utilizzo di farmaci specifici) appartenenti a varie discipline specialistiche con la necessità di una gestione unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico predisponendo il percorso diagnostico-terapeutico;
- la formulazione tempestiva di una diagnosi o l'esecuzione di una terapia con un numero limitato di accessi.

La modalità di Day service riguarda esclusivamente una casistica programmata ed esclude il trattamento delle urgenze.

Le problematiche che devono essere affrontate in Day service richiedono l'individuazione, a priori, dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici elaborati a livello regionale, anche su proposta delle Aziende Sanitarie, da una apposita Commissione tecnica in collaborazione con le Società Scientifiche regionali e professionisti esperti. Poiché il Day service prevede la possibilità di avvalersi, in tempi brevi, della consulenza di tutti i servizi presenti in ospedale o nel poliambulatorio territoriale, è necessario realizzare relazioni strutturate con i servizi di diagnosi e gli specialisti anche se ubicati in altre sedi, in modo da assicurare la presa in carico dell'utente per tutta la durata del percorso sia per la parte assistenziale che per quella gestionale riguardante l'accettazione, le prenotazioni, il calcolo dell'eventuale ticket dovuto e la rilevazione dei dati anagrafici e clinici. Le incombenze delle prenotazioni non sono a carico dell'utente ma della struttura erogatrice. L'attivazione del Day service deve tener conto dell'impatto organizzativo che avrà sugli altri servizi coinvolti, nel rispetto dell'ordine delle priorità assistenziali: ricovero ordinario, Day hospital, Day service e specialistica ambulatoriale.

I requisiti strutturali del Day service sono quelli previsti per la specifica attività ambulatoriale svolta. Dovranno, inoltre, essere individuati ulteriori spazi per le attività collaterali che consentano il corretto funzionamento del Day service:

- un punto di accoglienza con funzioni di





- accettazione e prenotazione dei pazienti;
- una sala di attesa e sosta, dotata di servizi igienici e confort, idonea a garantire ai pazienti la permanenza in Day service per il tempo necessario ad effettuare le prestazioni programmate.

L'accesso al Day service è deciso dal medico specialista di strutture ospedaliere o ambulatoriali territoriali pubbliche che, a seguito di una visita ambulatoriale richiesta dal Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta o da altro specialista, valuta la necessità di avviare il paziente al Day service. Lo specialista, quindi, qualora lo ritenga

opportuno, attiva il Day service e lo comunica al medico curante indicando il percorso diagnostico terapeutico

“ Il 25,4% degli infermieri italiani lavora nelle regioni del Nord-Ovest, il 21,4% in quelle del Nord-Est, il 20,6% al Centro, il 21,9% al Sud e il 10,8% nelle Isole”

previsto.

In ambito di Direzione Sanitaria del presidio sanitario è identificato un ufficio a staff del Responsabile della modalità organizzativa, coordinamento e verifica di tutte le attività organizzate in Day service nell'ambito delle Aziende sanitarie.

L'episodio di diagnosi e/o cura non può protrarsi, di norma, per più di tre accessi.

Alla struttura di Day service non si accede mediante il Centro Unificato di Prenotazione ma, a seguito della valutazione dello specialista cui si ricorre, attraverso i punti di accoglienza, in modo da agevolare l'accesso dell'utente alle prestazioni richieste.

L'organizzazione del Day service compete alle singole unità operative che provvedono alla registrazione delle prenotazioni e a programmare tutte le attività assistenziali, logistiche ed amministrative necessarie. Il Day service comporta la predisposizione, per ciascun episodio, di una cartella clinica specifica identificata da un codice nell'ambito di una numerazione progressiva aziendale, che raccolga dati anagrafici e clinici e si concluda con una breve relazione riepilogativa da consegnare al paziente per il successivo inoltro al medico curante. I servizi di diagnosi e cura sono tenuti, pertanto, ad inviare al responsabile del Day service

i referti relativi alle prestazioni richieste. La cartella clinica dovrà essere archiviata e conservata secondo le vigenti disposizioni, dovrà inoltre garantire, attraverso la codifica delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (codici DM 22.07.1996 e s.m.i.) il flusso informativo ministeriale (NSIS) e regionale (SISR).

La struttura organizzativa del Day service richiede l'individuazione di:

- a) Un referente medico responsabile della presa in carico dell'assistito: ha il compito di organizzare i percorsi diagnostico-terapeutici definendo, in particolare, i rapporti con i servizi di diagnosi, e quello di valutare, a distanza di tempo, la reale efficacia degli stessi anche al fine di un aggiornamento o sospensione degli stessi. Tale figura ha anche l'incarico di garantire il governo clinico relativamente ai percorsi diagnostico-terapeutici seguiti ed al loro monitoraggio.
- b) Un referente amministrativo: ha il compito di verificare la correttezza della documentazione (esenzioni, modulistica, ecc.) ed il percorso di questa, al fine di assicurare i vari adempimenti in modo tempestivo e completo fornendo la necessaria assistenza ai pazienti. Inoltre verifica che le prenotazioni delle prestazioni previste avvengano sulla base del percorso stabilito.

Occorre individuare la commissione tecnica che, in collaborazione con le Società Scientifiche regionali, deve definire i percorsi diagnostico-terapeutici e le relative tariffe, erogabili nell'ambito dei modelli di assistenza previsti dalla l.r. n.23/2008 "Piano Regionale di Salute 2008-2010": • Day hospital; • Day surgery; • Chirurgia ambulatoriale; • Pacchetti di prestazioni ambulatoriali complesse; • Day service; • Care service Pathways (Servizio di presa in carico). Tale commissione è composta dal Dirigente dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, dal Dirigente e da un funzionario del Servizio Assistenza Specialistica ed Ospedaliera, da quattro dirigenti dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Puglia, da un Dirigente sanitario di Presidio e un membro delle Società Scientifiche regionali in base al percorso da trattare.



QUALITÀ: MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI

Carmela
MARSEGLIA



ricorre per soddisfare i bisogni dei nostri assistiti. Infatti, i modelli organizzativi si prefiggono di rappresentare, nel modo più appropriato, la realtà, anche se non possono essere riconosciuti come la realtà stessa, che appare nelle organizzazioni ben più complessa di qualsiasi modello. Ad oggi ci confrontiamo con una sanità altamente complessa con risvolti assistenziali, legali, etici ed economici che impongono ai professionisti un nuovo modo di lavorare e di rapportarsi all'interno di gruppi organizzati. Florence Nightingale considerava l'assistenza infermieristica di tipo professionale, cioè basata sull'assegnazione a un singolo infermiere "ben preparato" di un gruppo di pazienti in cui lo stesso si occupava complessivamente dei problemi relativi alla salute e all'igiene e forniva supporto alla famiglia. In Italia l'assistenza infermieristica è ancora erogata attraverso il modello organizzativo assistenziale per compiti o modello funzionale basato sulla routine. Questo modello è ormai obsoleto sia per quanto riguarda il profilo professionale dell'infermiere e la *mission* delle aziende sanitarie e ospedaliere,

Nell'esercizio di una professione i modelli concettuali, le metodologie e le tecniche a disposizione sono le grandi risorse a cui, insieme all'esperienza e alla sensibilità di ciascuno, si

sia per quanto riguarda il paziente e la sua famiglia. Gli infermieri svolgendo il loro lavoro per compiti non hanno una visione completa del processo di cura e non sono in grado di rispondere in maniera adeguata alle richieste del paziente. In questo articolo esamineremo brevemente l'evoluzione che hanno avuto i modelli organizzativi assistenziali al fine di migliorare il livello di comprensione e di lettura dei bisogni della persona.

I modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica:

1. Il Modello Funzionale o per Compiti;
2. Team Nursing o per Piccole Equipe;
3. Primary Nursing;
4. Case Management.

1) Il modello funzionale o per compiti è un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica che prevede l'assegnazione di specifici compiti al personale di assistenza in ogni turno.

Si ispira all'organizzazione industriale Tayloristica degli inizi del secolo scorso con lo scopo di raggiungere la massima produttività. Non esiste attività di pianificazione dell'assistenza, solo i coordinatori hanno una visione d'insieme.

PUNTI DI FORZA

- minore impiego di risorse sia strumentali che umane;
- minore stress per gli operatori perché, basato sulla ripetitività degli atti da compiere e perché comporta un'area di minore responsabilità.

PUNTI DI DEBOLEZZA

- minore gratificazione per gli operatori;
- la ripetitività degli atti può determinare





nel tempo un minore livello di attenzione, con aumento degli eventi critici;

- perdita della visione individuale e globale dei bisogni della persona;
- difficoltà del paziente ad individuare le figure assistenziali di riferimento.

2) Team nursing o modello per piccole equipe è un sistema di erogazione dell'assistenza ad un gruppo di pazienti da parte di un team composto in genere da infermieri e personale collaborante sotto la direzione e supervisione di un infermiere responsabile durante uno specifico turno.

Basa i suoi principi organizzativi sull'assegnazione dei pazienti secondo alcuni criteri:

- topografici (suddivisione degli utenti per numero di camere di degenza);
- nosologici (redistribuzione dei degenti in base alla patologia);
- grado di dipendenza (in riferimento alla domanda assistenziale).

PUNTI DI FORZA

- migliore individuazione dei bisogni dei pazienti;
- maggiore personalizzazione e continuità delle cure;
- facilità nella verifica dei risultati raggiunti;
- maggiore area di autonomia operativa;
- maggiore gratificazione sia del personale sia dei pazienti.

PUNTI DI DEBOLEZZA

- maggiore impiego di risorse sia strumentali che umane rispetto al modello funzionale;
- maggiore rischio di coinvolgimento emotivo del personale;
- maggiore stress legato a un aumento delle responsabilità connesse al risultato assistenziale da conseguire.

3) Il Primary nursing è un sistema di erogazione dell'assistenza infermieristica in cui un infermiere assume la responsabilità dell'erogazione di tutta l'assistenza richiesta da un determinato gruppo di pazienti per tutta la durata dell'ospedalizzazione.

Ritroviamo una assistenza diretta dove il principio organizzativo attribuisce ad ogni infermiere un numero ristretto di persone di cui si prende cura globalmente e diventa il principale referente per tutto l'arco del contatto con il servizio e dove di fondamentale importanza è la pianificazione assistenziale. Il Primary Nursing risulta es-

sere uno dei modelli assistenziali infermieristici maggiormente accreditati. Attraverso una presa in carico globale dell'utente, esso permette di gestire l'intero percorso assistenziale, dal momento del primo ricovero al momento della stabilizzazione, totale o parziale, del quadro clinico. Il *Primary nursing* può rappresentare il ritorno al punto centrale del nursing, al cuore dell'assistenza infermieristica, un'evoluzione dell'assistenza infermieristica modernamente intesa, da Nightingale in poi.

PUNTI DI FORZA

- aumento della motivazione degli operatori;
- elevata personalizzazione, autonomia e responsabilizzazione negli interventi;
- aumento del grado di soddisfazione dei pazienti.

PUNTI DI DEBOLEZZA

- necessità di una "situazione ideale" di risorse umane;
- elevato stress legato alla piena responsabilità professionale connessa al risultato assistenziale da conseguire.

4) Il case management è un sistema in cui un professionista (case manager) assume il ruolo di gestore del singolo caso diventando la figura di riferimento per il paziente, i familiari e altri operatori sanitari con la funzione di spiegare il percorso, garantirne e coordinarne l'applicazione, aiutare a superare i punti critici. Il Case management rappresenta una metodologia di organizzazione dei servizi basati sulla centralità dell'utente avente l'obiettivo della massima integrazione degli interventi richiesti, erogati al livello della maggiore appropriatezza possibile. La gestione del caso richiede l'adeguamento delle figure sanitarie tradizionali a ruoli di nuova responsabilità ove la caratteristica principale è costituita dalla capacità di valutare i bisogni, di pianificare gli interventi e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori e la rete informale dell'assistito (Familiari, amici, volontari). Il Case Managers ha la funzione operativa che va oltre la qualifica e funzione esercitata in seno al processo diagnostico terapeutico e si concentra nell'attenzione alla appropriatezza delle decisioni operative cercando di evitare duplicazioni di interventi, ridondanze, attese e quindi riducendo i costi.



PUNTI DI FORZA

- maggiori soddisfazioni per pazienti e staff;
- migliore qualità assistenziale;
- continuità nelle cure e conoscenza più approfondita delle persone.

PUNTI DI DEBOLEZZA

- richiede un maggior numero di infermieri;
- richiede indipendenza e responsabilità;
- richiede un'organizzazione complessiva per percorsi.

In America l'ossessivo controllo dei costi dei servizi sanitari, la ricerca d'integrazione sulla base della centralità dei bisogni del cittadino, hanno fatto sì che il case management è uscito dalla sfera unica dei servizi socio-sanitari destinati a clienti con bisogni molteplici e con percorsi assistenziali molto lunghi, per approdare con successo anche negli ospedali per acuti. La diffusione del modello, oltre che alle spinte economiche, è legata al cambiamento dei ruoli del personale di cura, alla riforma assistenziale, alle richieste di maggiore qualità dell'assistenza da parte dei clienti; il case management è infatti un modello di erogazione dell'assistenza che integra la soddisfazione del cittadino e dell'organizzazione ed è nello stesso tempo un metodo per la gestione olistica ed individuale dei problemi di salute. In Italia i recenti cambiamenti avvenuti all'interno del servizio sanitario nazionale quali l'aziendalizzazione degli Ospe-

dali e delle ex Usl, lo sviluppo dei servizi sanitari territoriali, dei distretti comincia a rendere concrete le prime esperienze di case management. Per poter rilevare i bisogni dell'utente è *necessario* possedere un modello di riferimento e un sistema che permetta di raccogliere i dati necessari. Il modello organizzativo è un'assistenza infermieristica incentrata sull'appropriatezza degli interventi rispetto alle necessità clinico-assistenziali, sulla tempestività e sulla continuità della cura, sulla comunicazione con i pazienti. Di contro si ritiene che per un efficace ed efficiente modello organizzativo aziendale risulti più che mai necessaria l'istituzione ed attivazione del Servizio Infermieristico. Infatti, un ospedale che voglia mantenere o raggiungere un'elevata considerazione professionale, scientifica e tecnica deve operare tenendo conto sia delle esigenze di ogni singolo utente, quindi attenzione alla personalizzazione dell'assistenza, che della evoluzione delle diverse specialità diagnostico-terapeutico-assistenziali, quindi complessità delle prestazioni.

Centro congressi PUGNOCHIUSO

INFERMIERISTICA
TRA SOLIDARIETÀ E FEDERALISMO

31 maggio - 3 giugno '09

iscrizione online www.gimaxcongressi.it

A.I.Med.
Associazione Infermieri del Mediterraneo

Col patrocinio di

Federazione Nazionale IPASVI

In collaborazione con

Collegi IPASVI:
BARIBAT CASERTA
RIMINI FOGGIA
MODENA PALERMO
L'AQUILA FROSINONE
CAGLIARI

01 MEDIA

CREDITI FORMATIVI RICHIESTI
E.C.M.

CONTACT
T 345 21 66 113
F 080 22 09 268
M segreteria@gimaxcongressi.it

Presidenza Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche
Università BARI, AQUIA, PALERMO, FOGGIA, BOLOGNA, Polo formativo di Rimini

Comitato Scientifico
Saverio ANDREULA Giulia GHEZZI

Segreteria Organizzativa
GIMAX
eventi@congressi.it

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Tesi di diploma. Modelli organizzativi assistenziali a confronto per un reale cambiamento nella pratica infermieristica. Università degli studi di Padova;
- Atti Convegno "Infermiere Case Manager" 19 settembre 2007 Bologna;
- Atti Convegno "La ricerca ed il management" 21-23 febbraio 2008 Orvieto.
- www.evidencebasednursing.it;
- www.infermiericasemanager.it;
- www.gimbe.org.



INFERMIERI IN POLITICA

Leonardo
DI LEO

Di frequente ci rapportiamo alle istituzioni ed alla politica con sfiducia e diffidenza.

Negare però, che l'uomo non possa rimanere lontano dalla politica è un inganno; tirarsene fuori, è solo un'illusione.

La politica, è noto, dovrebbe concorrere alla costruzione e alla progettazione del bene collettivo, come

si fa a starne fuori? Frequentemente abbiamo l'idea che chiunque abbia una funzione pubblica o si impegni verso gli altri, lo faccia per avere un tornaconto personale. Il giudizio investe anche chi, semplicemente, possiede senso del dovere o svolge con coscienza la propria funzione. Si tratta di capire per quale politica vale la pena impegnarsi, per quale non ne vogliamo assolutamente sapere.

In questi ultimi anni stiamo assistendo a profondi cambiamenti nella società, che, di conseguenza, influenzano anche la vita politica. Questa evoluzione, che va delineandosi tra gli schieramenti politici, sta portando ad un'apparente semplificazione, dovuta

agli accorpamenti tra partiti; ciò ha portato gli schieramenti a riconoscersi in tre coalizioni distinte, con l'intento di dare risposte più chiare a quelli che sono i problemi e i bisogni dei cittadini.

La nascita di queste coalizioni, inoltre, ha fatto sì che sia i liberi cittadini, che le associazioni potessero confrontarsi, con lo scopo di tutelare gli interessi dei propri associati.

Tutelare gli interessi degli infermieri, cercando di portare avanti quelle che sono le rivendicazioni di una professione che negli ultimi anni ha dimostrato, più delle altre professioni sanitarie, di saper accettare le sfide della modernità, dell'innovazione in una sanità che è diventata più complessa e più esigente, è diventata una priorità. Tutelare gli interessi degli infermieri significa anche prendere atto del fatto che, specie nel nostro meridione, è ancora forte lo stereotipo (e non solo) dell'infermiere "subordinato", con capacità limitate alle attività alberghiere e che lavora all'ombra del medico, in quanto è solo a quest'ultimo che appartiene il sapere clinico e gestionale per la tutela della salute.

Su questo tema è fondamentale impegnarsi per il *riconoscimento sociale dell'infermiere*.

Questa considerazione deriva anche da una constatazione di fatto che purtroppo vede l'infermiere assente dalle cariche politiche che contano, se non in alcuni casi sporadici (il dott. Vittorino Cenci, infermiere eletto nel Consiglio regionale del veneto nel 2007) ed è quindi impossibilitato a dare il



suo contributo come professionista. Inoltre, essere uniti è una condizione essenziale per l'infermiere che deve continuare un percorso iniziato soprattutto con il passaggio alla formazione universitaria.

Ecco perché oggi si ritiene necessario affiancare alle associazioni infermieristiche, esperienze di colleghi che attraverso un percorso culturale e professionale si trovano ad affrontare la loro esperienza politica, esponendosi in prima persona in competizioni elettorali. Per l'intera comunità infermieristica è opportuno, quindi, sostenere i colleghi che scelgono la strada politica: essi sicuramente porterebbero all'interno della propria organizzazione la loro esperienza lavorativa, dando visibilità all'intera professione. Il nostro sostegno politico e sociale deve essere

tale da far superare quella fase di pregiudizio ed egoismo che ha portato ad inutili lotte intestine indebolendo il nostro gruppo professionale. Il dott. Cenci, ad esempio, ha espresso la propria opinione, comune a tutti gli infermieri, in ambito regionale veneto, dove fu suggerito di modificare le mansioni degli O.S.S. per sopperire alla carenza infermieristica: egli ha affermato, infatti, l'importanza di questa figura come supporto all'infermiere, soprattutto in attività svolte da quest'ultimo in maniera impropria (su questo punto, quello di cui abbiamo bisogno è un riassetto organizzativo del lavoro all'interno delle Unità Operative!). In breve, c'è la necessità di essere sempre più presenti nelle

stanze dove si decidono le scelte politiche riguardanti la sanità. Come mai, però, ci sono così pochi infermieri in politica, rispetto ad altri professionisti sanitari? Una motivazione potrebbe essere ricercata nella preparazione culturale. L'infermieristica negli ultimi anni ha dato molteplici input a favore del confronto e della curiosità, stimolando nuova Conoscenza.

Il Sapere, infatti, sta portando all'evoluzione della professione, ad una capacità di comprendere le differenze e quindi di confrontare elementi e situazioni sempre nuove. Ciò che si intende sottolineare è che nella vita, ed anche in politica, maggiori sono le conoscenze e le esperienze, più possibilità si hanno per affermarsi e migliorarsi. Infatti, a prescindere dalle attitudini personali, possedere

un buon bagaglio culturale permette anche di comprendere meglio i problemi di chi abbiamo di fronte; allo stesso tempo ciò permette di essere in grado di proporre soluzioni per "organizzare meglio la società". La nostra professione ha valori, progetti, capacità e potenzialità da offrire, che spesso, però, non trovano realizzazione, in quanto non si riesce a far sentire la propria voce nel momento delle decisioni importanti. È importante in conclusione, che gli infermieri abbiano sempre più rappresentanti politici e che possano portare avanti le loro proposte e tutelare la professione. Finora ci siamo dovuti affidare perlopiù agli altri, ma è chiaro che gli altri non possono fare per l'infermieristica tanto quanto l'infermieristica potrebbe fare per se stessa.

**“... è opportuno, quindi,
sostenere i colleghi
che scelgono la strada politica”**

IN OCCASIONE DELLE ELEZIONI AMMINISTRATIVE PER LA NUOVA PROVINCIA BAT SCENDONO IN CAMPO I COLLEGHI:

PER COMUNISTI ITALIANI - NENNA COSIMO

Infermiere di pronto soccorso del Presidio Ospedaliero di Trani

PER IL PDL - RIZZI GIUSEPPE ANTONIO

Strumentista del gruppo operatorio del Presidio Ospedaliero di Barletta

PER L'UDC - ZINGARO PASQUALE

Infermiere del gruppo operatorio del Presidio Ospedaliero di Andria

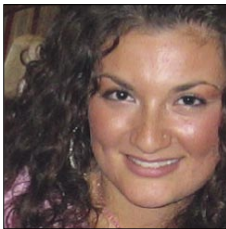
PER LA BUONA POLITICA - SALERNO PRESIDENTE - BALLARINO SALVATRICE

Infermiere del Presidio Ospedaliero di Barletta



“E’ IL CONGRESSO DELLA SVOLTA!”

Daniela
LOMBARDI*



Ho partecipato al XV Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI tenutosi a Fortezza da Basso, Firenze, nei giorni 26/27/28 Febbraio 2009.

Durante tale congresso è avvenuta la “pro-

clamazione” ufficiale del nuovo Codice Deontologico degli infermieri italiani. La sua innovazione condurrà la professione infermieristica verso una ulteriore evoluzione. L’articolo 1, appartenente al Capo I, enuncia che: “l’infermiere è il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica”; la figura dell’infermiere, pertanto, vuole essere il secondo pilastro fondamentale dell’assistenza al servizio dei cittadini. E’ con queste parole che la Presidente *Annalisa Silvestro* ha evidenziato i valori e l’etica morale dell’infermiere “*Non vogliamo diventare medici, ma vogliamo essere e fare gli infermieri! -I medici devono lasciare l’insegnamento all’ordine infermieristico, perché è l’infermiere che deve insegnare tale professione agli studenti universitari! Altro argomento non di secondaria importanza ha riguardato gli stipendi. Nella sua relazione, la Presidente ha affermato infatti che in Italia, lo stipendio della categoria degli infermieri è una mortificazione, dal momento che rappresenta soltanto un quarto rispetto a quello medico*”.

Dalle suddette affermazioni si può dedurre con quanta umiltà e con quanta forza di volontà la Presidente desideri raggiungere un giusto equilibrio tra medici e infermieri.

Per realizzare tutto ciò, è necessario che il numero degli infermieri cresca, che ognuno di loro abbia alle spalle un buon bagaglio culturale ed esperienziale e che, di grande importanza, si tenga conto del punto di vista del singolo paziente. L’innovazione e la progettualità per garantire un’assistenza efficace e continua anche al di fuori dell’ambito ospedaliero, inoltre, è necessaria. Un’assistenza continua (in questo caso si parla di assistenza domiciliare integrata (ADI), infatti, non può essere garantita solo dal medico, ma anche dall’infermiere. Valutando il percorso in continua evoluzione di quest’ultima, è fondamentale che tale professione debba essere svolta con impegno e dedizione, affinché si realizzi una cura efficace ed efficiente del paziente. Alla base della conoscenza ci deve essere sempre la curiosità: bisognerebbe essere continuamente desiderosi di sapere-conoscere e far conoscere, per poter aiutare al meglio chi ha bisogno. Mi auguro che, con gli interventi che hanno caratterizzato tale Congresso, la posizione dell’infermiere italiano assuma maggiore considerazione, prestigio, autorevolezza. Questo può essere considerato come il Congresso della SVOLTA: si spera che tali propositi raggiungano l’obiettivo e che non si tratti esclusivamente e semplicemente di un augurio, ma di una NUOVA REALTA’!!!

* Corso di laurea in Infermieristica. Polo Formativo di Barletta (BT)



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di

Idolo **CAVAGGION**

Presentiamo, in estrema sintesi, alcuni progetti ed esperienze di eccellenza promossi e attuati da infermieri, nella logica di un cambiamento eticamente responsabile dell'assistenza e del sistema salute, a favore dei cittadini-utenti.

■ Napoli

Gli infermieri della ASL5 di Napoli hanno promosso un progetto di rianimazione teleassistita tra il centro di rianimazione dell'Ospedale di Castellammare di Stabia e i pazienti assistiti domiciliariamente. Il progetto attuato rende possibile un collegamento interattivo audio-video col paziente e con le macchine che effettuano la terapia. Con l'adozione del nuovo strumento, nel 2007 sono stati domiciliati 17 pazienti, registrando un incremento di quelli dimessi in assistenza domiciliare del 70%. Inoltre sono stati azzerati gli accessi medici extra, mantenendo quasi invariata la spesa per l'assistenza.

■ Torino

Gli infermieri del Presidio Pediatrico Regina Margherita dell'Ospedale "S. Anna" di Torino hanno messo a punto un progetto per assicurare la continuità assistenziale dei bambini affetti da disabilità, attraverso un servizio di cure domiciliari. Tale progetto ha permesso di aumentare il numero dei piccoli pazienti assistiti domiciliariamente, soprattutto in ambito di insufficienza respiratoria cronica, con riduzione dei ricoveri inappropriati in ospedale per acuti e con la possibilità di favorire il reinserimento della famiglia e del bambino nella comunità sociale, con conseguente progressiva riduzione dell'assistenza e il ritorno al lavoro dei genitori.

■ Roma - San Donà di Piave

Gli infermieri dell'Ospedale "Sandro Pertini" di Roma e quelli dell'Azienda Socio Sanitaria locale 10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave hanno realizzato uno studio per dimostrare l'utilità di una visita-colloquio del paziente con un infermiere di sala operatoria, prima dell'intervento chirurgico. I risultati hanno dimostrato che un colloquio informativo-conoscitivo tra un infermiere di sala operatoria e il paziente riesce a ridurre gli stimoli stressanti. Infatti, tra i pazienti che hanno avuto il

colloquio con l'infermiere, solo il 18,6% ha avuto problemi rilevati in sala operatoria, contro il 42,1% di coloro che non hanno avuto l'incontro.

■ Firenze

Gli infermieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze attivano modelli innovativi per la gestione delle malattie croniche nei servizi territoriali, con percorsi di assistenza basati sulla personalizzazione, con stratificazione del rischio e valutazione del livello di gravità.

Questi i principali risultati: consapevolezza e presa di coscienza in gruppi di popolazione dell'importanza delle modifiche degli stili di vita per la rimozione delle condizioni di rischio salute; riduzione dei ricoveri ospedalieri ripetuti; allungamento delle fasi di stabilità in patologia conclamata dell'assistito, con elevati livelli di presa in carico e personalizzazione delle cure; aumento della soddisfazione degli assistiti e delle famiglie per il supporto educativo ed il sostegno emotivo.

■ Il PAL dell'ASL/Ba

Sette macrostrutture ospedaliere, a cui fanno riferimento 14 plessi ospedalieri, con l'assistenza extraospedaliera di un territorio di 3.825 kmq diviso in 14 Distretti socio-sanitari per un milione e 251mila abitanti: questi i dati in estrema sintesi del nuovo Piano attuativo (PAL) dell'ASL/Bari, scaturito dalla concertazione con la Conferenza dei sindaci dei 41 Comuni della provincia di Bari. Il nuovo PAL dell'ASL/Ba (analogamente a quelli di tutte le ASL della Regione, così come previsto dal nuovo Piano Sanitario) passerà al vaglio della Giunta regionale per la sua approvazione.

Sono previsti investimenti per ammodernamenti o nuove strutture sanitarie pari a 134 milioni di euro, con altri 180 milioni programmati per il prossimo triennio. In previsione anche nuove assunzioni di personale tecnico e sanitario.

a cura di
Loredana
CAPPELLI

C
O
R
S
I
E
C
O
N
V
E
G
N
I

■ **ITUMORI DEL TRATTO DIGESTIVO**

Bari, 11-12-13 Giugno 2009
INFO: Biscardi Francesca
Tel: 080 5212194 Fax: 080 521117
spertichino@incontritaliacongressi.it

■ **L'ALIMENTAZIONE NON SOLO PER NUTRIRE MA ANCHE PER CURARE**

Bisceglie, dal 05 al 13 Giugno 2009
INFO: Lippolis Caterina
Tel: 3332162050 Fax: 080 8984160
segreteria@aimed.it

■ **ATTUALITA' NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA DELLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI**

INFO: Meeting Planner
Trani, 30 Maggio 2009
Tel: 080 9905360 Fax: 080 9905359
info@meeting-planner.it

■ **GIORNATE PNEUMOLOGICHE GARGANICHE**

INFO: Meeting Planner
Vieste, 29-30 Maggio 2009
Tel: 080 9905360 Fax: 080 99053359
info@meeting-planner.it

■ **CORSO TEORICO-PRATICO INTENSIVO SU: ANESTESIA, ANALGESIA REGIONALE**

Putignano, dal 2 al 4 Giugno 2009
INFO: Melloni Gabriella
Tel: 051 227276
Fax: 051 2600660
info@studio-g.com

■ **SIMPOSIO SALENTINO DI MEDICINA ONCOLOGICA NUOVI ORIENTAMENTI TERAPEUTICI**

Francavilla Fontana, 13 Giugno 2009
INFO: Nardelli Luisella
Tel: 339 5820148
Fax: 080 4301213
info@plenium.it

■ **CORSO DI FORMAZIONE DI 2^ LIVELLO DECONTAMINAZIONE E LAVAGGIO DEI DISPOSITIVI MEDICI: APPROFONDIMENTI**

Roma, 23 maggio 2009
INFO: Govoni Ramona
Tel: 051 765357 Fax: 051 765195
info@csrcongressi.com

■ **2° CORSO CORSO DI AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA E RIABILITAZIONE**

Cassano Murge - Fondazione Maugeri
22 giugno 2009
INFO: Dott. D. Antonelli
Tel: 080 7814260 Fax: 080 7814387
domenico.antonelli@fsm.it

■ **NURSING AVANZATO: LESIONI CUTANEE E MEDICAZIONI**

Bari, 22 maggio 2009
INFO: Riforma
Tel: 3288159934 Fax: 0809640717
ricerca.formazione@email.it

■ **LA CARTELLA CLINICA ED IL CONSENSO INFORMATO: ASPETTI MEDICO LEGALI**

Bari, 21 Maggio 2009
INFO: Longo Maria
Tel: 0805555141 fax: 0805555141
m.longo@oncologico.bari.it

■ **INFERMIERISTICA TRA SOLIDARIETA' E FEDERALISMO**

Pugnochiuso (FG) 31 maggio, 3 giugno
INFO: Gimaxcongressi www.gimaxcongressi.it
Tel: 3452166113 - 0802209268
segreteria@gimaxcongressi.it

■ **NURSING AZZURRO 2009 COLLOQUI FRA INFERMIERI PER AGGIORNARSI CON PIACERE**

Dal 25 al 30 maggio 2009
Sala Congressi Hotel Club Astor
Torre San Giovanni - Ugento (Le)
INFO: tamponegiuseppe@libero.it
Tel. 0885/840370
Fax 0885/324735
Cell. 3335686868

