

Filodiretto

Anno XXVII/ numeri 3/4 maggio - agosto 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



in evidenza

PRIMO PIANO

IN PUGLIA

IN FORMAZIONE

Gli Infermieri protestano, nostra intervista a Tommaso Fiore

La Puglia spinge sull'acceleratore della formazione

Infermieristica in oncologia



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° 3/4 maggio - agosto 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 4 luglio 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, Michela Cesareo, Vito Frasca, Giovanna Micoli

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 **3/4**

EDITORIALE

3 OLTRE DUEMILA INFERMIERI IN PIAZZA RISPOSTE SUBITO!

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6 AGLI ULTIMI POSTI DELLA CLASSIFICA NAZIONALE LA SANITÀ PUGLIESE!

Idolo Cavaggion

8 GLI INFERMIERI PROTESTANO, NOSTRA INTERVISTA A TOMMASO FIORE

Idolo Cavaggion

10 ELISOCORSO L'UTOPIA DIVENTA PROGETTO... POSSIBILE?

Vito Frasca

IN PUGLIA

12 LA PUGLIA SPINGE SULL'ACCELERATORE DELLA FORMAZIONE

Giuseppe Marangelli

PROFESSIONE IN AZIONE

15 LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI

Antonio Casulli, Giovanna Micoli

17 BLENDED-LEARNING...

Savino Petruzzelli

19 QUANDO LA COMUNICAZIONE DIVENTA UN BISOGNO PRIMARIO

C. Immacolata Sfregola

NURSING & QUALITÀ

21 QUALITÀ' E NURSING: LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Carmela Marseglia

INFORMAZIONE

24 INFERMIERISTICA IN ONCOLOGIA

Michela Cesareo

INSERTO 3 / 4

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Idolo Cavaggion

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



OLTRE DUEMILA INFERMIERI IN PIAZZA RISPOSTE SUBITO!

Saverio
ANDREULA



Sono stati oltre 2000 i colleghi infermieri che mercoledì 20 maggio hanno partecipato alla manifestazione di piazza organizzata a Bari dai collegi pugliesi (Bari, Bat, Foggia e Lecce).

Una iniziativa realizzata per sensibilizzare e richiamare l'attenzione pubblica sulle problematiche della professione infermieristica riportate, a più riprese, all'attenzione di tutti attraverso le pagine di "Filodiretto" ed altri strumenti di comunicazione.

La mancata soluzione alle criticità evidenziate, più volte sollecitata, poiché incide negativamente sull'assistenza erogata ai cittadini pugliesi, ci ha convinti a definire lo slogan stampato sullo striscione di testa del corteo, che è diventato la chiave di lettura dei contenuti

professionali dell'iniziativa. Alla manifestazione ha aderito una folta delegazione di studenti dei Corsi di laurea in Infermieristica delle Università degli studi di Bari e Foggia, oltre che diverse rappresentanze professionali e associazioni di cittadini.

Grazie alla disponibilità di tutta la classe professionale pugliese, l'iniziativa non è stata "letta" solo da chi "non vuole sentire", e da tutti coloro che, con i loro occhi hanno visto 2000 Infermieri sfilare per le vie del centro, ma da tantissimi cittadini ospiti delle strutture sanitarie pugliesi ai quali, nel giorno della manifestazione, è stato distribuito un volantino illustrativo delle ragioni della protesta.

Cinquantamila sono stati i volantini diffusi!! La manifestazione è stata preceduta da una serie di altre iniziative volte a veicolare sul piano comunicativo i motivi della scesa in piazza degli Infermieri.

Il 12 maggio è stata realizzata una conferenza stampa sia per celebrare la "Giorna-



Prende il via a Bari il lungo corteo degli infermieri manifestanti.

ta internazionale dell'Infermiere" che per illustrare ai mass media le ragioni della protesta.

Nella stessa giornata, una delegazione di Presidenti di Collegi IPASVI pugliesi è stata ricevuta dal presidente del Consiglio regio-

SI PROFILA UNA INIZIATIVA DI PIAZZA A ROMA

**Per dire no! alla soppressione del settore disciplinare
"Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche"**

Il Consiglio universitario nazionale (Cun) starebbe definendo, per dare riscontro a quanto previsto nel Decreto legge 180 di riforma dell'Università, la soppressione del Settore scientifico disciplinare "Scienze Infermieristiche Generali Cliniche e Pediatriche". Ciò rappresenterebbe un'ulteriore inaudito attacco alla professione che rischia di subire un'involuzione professionale significativa. Il C. C. della FNC e i Collegi provinciali hanno definito una strategia unitaria per impedire la soppressione del settore disciplinare (Med 45). Tra le altre cose è in corso di definizione una manifestazione nazionale di protesta che impegnerà i Collegi di Bari e Bat nella organizzazione di una folta delegazione di Infermieri. (Cdr)

BARI **INGRESSO MONUMENTALE POLICLINICO**
PIAZZA GIULIO CESARE - ORE 9,30
20 MAGGIO 2009

**PER CHI
NON VUOLE
SENTIRE**



**LA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA PUGLIESE
IN PIAZZA PER OTTENERE:
QUALITÀ NELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA
PIU' RICERCA INFERMIERISTICA
PIU' INFERMIERI IN AMBITO
CLINICO/ASSISTENZIALE E MANAGERIALE
MIGLIORI CURE AL CITTADINO**



IPASVI

BARIBATFOGGIALECCCE Viale Salandra 42 - Tel 0805427333 - Bari

si ringrazia: FP CGIL-FPS CISL-FPL UIL-FIALS-AICO-AIOSS-AISTOM-CID-CNAI-COORD. CAPISALA-FINCO-AI.MED-NURSING UP

Il frontespizio dei volantini e delle locandine della manifestazione degli Infermieri pugliesi

dell'arte della professione infermieristica in Puglia" e una richiesta di convocazione della conferenza dei capigruppo politici per il giorno dell'iniziativa di piazza a conclusione della manifestazione. C'è stato grande entusiasmo attorno all'iniziativa realizzata dai Collegi IPASVI pugliesi. La grande partecipazione è stata accompagnata da numerose attestazioni di condivisione della strada scelta, per mettere "nero su bianco" le criticità che vive la professione infermieristica pugliese. Qualcosa inizia a muoversi: c'è la disponibilità di tutte le forze politiche ad ascoltare le nostre ragioni ed a realizzare piani

nale, Pietro Pepe, al quale sono state consegnate numerose copie di un documento-dossier, all'uopo predisposto, su "Lo stato

di intervento significativi sui punti di criticità evidenziati.

C'è stata, altresì, viste le scadenze elettora-



li, anche tanta voglia di strumentalizzare l'iniziativa e di collocare gli Infermieri in una linea politica ben definita.

***Noi Infermieri pugliesi** attendiamo risposte e sino a quando non le otterremo, metteremo in campo, perché ne siamo capaci, altre iniziative clamorose.*

***Noi Infermieri pugliesi**, abbiamo a cuore gli interessi di una "buona sanità" che i cittadini pugliesi meritano.*

***Noi Infermieri pugliesi** lotteremo per non farci prendere in giro con leggi scritte sulla carta ma mai attuate.*

***Noi Infermieri pugliesi** pretendiamo rispetto. "Chi non vuole sentire" sappia che il peso politico degli infermieri è significativo e schiaccerà tutti coloro i quali evidenziano una sordità funzionale.*

***Noi Infermieri pugliesi** chiediamo e vogliamo risposte, subito!*

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA STRAODINARIA COLLEGIO IPASVI BAT

E' convocata l'Assemblea straordinaria degli iscritti al Collegio IPASVI della BAT, ai sensi del DPR n. 221 del 05/04/50 art. 23 e 24 con all'ordine del giorno:

1) VARIAZIONI AI CAPITOLI DEL BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2009

L'Assemblea è convocata in prima convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42, alle ore 17.00 del 27/07/09 ed in seconda convocazione presso la sala conferenze P.O. "S. Nicola Pellegrino" di Trani alle ore 17.00 del 31/07/09.

Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente
Giuseppe Chiodo

DELEGA PER L'ASSEMBLEA STRAORDINARIA DEGLI ISCRITTI 2009

prima convocazione

seconda convocazione

IL SOTTOSCRITTO _____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DELLA BAT DAL _____

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA STRAORDINARIA 2009

DATA _____

FIRMA _____

AGLI ULTIMI POSTI DELLA CLASSIFICA NAZIONALE LA SANITÀ PUGLIESE!

Idolo
CAVAGGION



Il malessere nelle corsie degli ospedali per carenza nelle dotazioni organiche di infermieri è stato più volte denunciato; sono gli stessi studenti dei Corsi universitari in Infermieristica

che accusano disagi per le inadeguate strutture e i percorsi didattici poco qualificanti; Aziende ospedaliere e ASL sono ancora prive di strutturati Servizi infermieristici: tutte problematiche, queste, che contribuiscono a relegare la Sanità pugliese agli ultimi posti, fra le 20 regioni italiane, per l'efficienza dei servizi ai cittadini, prima solo, fra tutte le regioni, della Campania, della Calabria e della Sicilia, e dopo anche delle confinanti Basilicata e Molise.

Di tali malesseri e delle disfunzioni denunciate si sono fatti doverosamente interpreti i Collegi IPASVI di Bari, della BAT, di Foggia e di Lecce, che hanno redatto un voluminoso quanto articolato dossier su *“Lo stato dell'arte della professione infermieristica in Puglia”*.

Un pregevole lavoro di ricerca e analisi delle varie situazioni di disagio, che ha la peculiarità di proporre anche soluzioni alle problematiche denunciate, sia in tema di formazione della classe infermieristica del domani, che per il grave problema della carenza di infermieri in tutte le ASL

e Aziende ospedaliere pugliesi, che per quanto riguarda le inosservanze di legge sull'istituzione dei Servizi Infermieristici e sulle funzioni di coordinamento.

LA PROTESTA PER DAR FORZA ALLE PROPOSTE

Un dossier che è stato veicolato nelle stanze del potere legislativo della Regione Puglia, grazie alla sensibilità del presidente del Consiglio regionale, prof. Pietro Pepe, e che rappresenta il *vademecum* per azioni di rivendicazione non tanto economiche quanto di dignità professionale degli infermieri pugliesi, per una umanizzazione e una qualità dell'assistenza al cittadino.

Un primo momento di tale azione, alla quale hanno dato l'adesione anche organizzazioni e associazioni professionali del comparto, è stato attuato con una pubblica manifestazione di circa 2.000 infermieri, giunti a Bari da varie province pugliesi, organizzati da quattro Collegi IPASVI, che si sono assunti l'onere di una così articolata iniziativa, a difesa dell'immagine di una professione, che per una buona sanità è figura cardine nel rapporto diretto con i bisogni del paziente.

Una manifestazione arricchita da tanti giovani universitari e animata dalla coreografia di centinaia di bandiere, con il logo dell'IPASVI.

A conclusione di tale manifestazione, una delegazione formata dai presidenti dei Collegi organizzatori e da alcuni esponenti



Un momento della manifestazione degli infermieri e dei giovani universitari in infermieristica.

delle organizzazioni professionali si è incontrata con alcuni presidenti di Gruppi consiliari regionali, ai quali sono state ribadite le ragioni della protesta pubblica degli infermieri.

ASSENZE INGIUSTIFICATE

Hanno avuto la sensibilità di incontrare la delegazione, rappresentativa delle istanze degli oltre 24mila infermieri pugliesi, i presidenti dei Gruppi di Forza Italia, Rocco Palese, di Alleanza Nazionale, Roberto Ruocco, di quello Misto, Giammarco Surico, oltre ai rappresentanti del Gruppo dei Democratici di sinistra, Sergio Povia, e dell'UDC, Giovanni Copertino. Assenti, dunque, anche il responsabile della politica sanitaria regionale, l'assessore Tommaso Fiore, e il presidente della Terza Commissione Sanità, Leonardo Marino.

Per dovere di cronaca va sottolineato che il Coordinamento dei Collegi IPASVI si era preoccupato per tempo di richiedere l'incontro sia a tutti i presidenti dei ben 21 (!?) Gruppi che fanno parte dell'Assemblea legislativa regionale pugliese, sia all'assessore regionale alle Politiche della Salute, che al presidente della terza Commissione Sanità, prima tramite posta elettronica e poi, per maggiore sicurezza, con lettera consegnata a mano ai destinatari da una guardia giurata del Consiglio regionale.

L'impegno comune dei capigruppo che hanno incontrato la delegazione del Coor-

dinamento IPASVI è stata quella di convocare in audizione, dinnanzi ai componenti la Terza Commissione regionale Sanità, le rappresentanze dell'IPASVI, delle Università e il responsabile regionale della politica sanitaria, per approfondire il confronto sulle tematiche contenute nel dossier su "Lo stato dell'arte della professione infermieristica in Puglia" e delineare percorsi di soluzione



Un momento dell'incontro in Regione di alcuni capigruppo consiliari con i dirigenti dei Collegi IPASVI

dei relativi problemi. Da annotare, infine, che ben 50mila volantini sono stati distribuiti nello stesso giorno della manifestazione con presidi di infermieri dinnanzi a varie Aziende ospedaliere, per far conoscere ai cittadini i motivi della protesta degli infermieri.

GLI INFERMIERI PROTESTANO, NOSTRA INTERVISTA A TOMMASO FIORE

Idolo **CAVAGGION**

All'indomani della protesta degli Infermieri pugliesi, abbiamo posto all'assessore regionale alle Politiche della Salute alcuni quesiti che gli stessi Infermieri avrebbero voluto rivolgere personalmente al responsabile della Sanità pugliese. Ringraziamo il prof. Fiore per la sua disponibilità.



L'assessore regionale alle Politiche della Salute, **prof. Tommaso Fiore**, è nato 61 anni fa a Bari. Può considerarsi un tecnico del settore sanità, con vari incarichi a livello universitario della medicina barese e come esperto del Consiglio Superiore della Sanità. Ricco e di rilievo il suo curriculum professionale, didattico e scientifico.

che sia adeguato. Il secondo problema è quello, ovviamente, che la valorizzazione della professione infermieristica sia messa "più avanti" nei costi della politica del personale. Significa, fondamentalmente in questa situazione, riuscire a riequilibrare, con le poche risorse che si hanno, una quota del personale medico con personale infermieristico.

Assessore, come è noto, in Puglia il rapporto infermieri-abitanti è pari a 3,2 ogni 1000, a fronte di una media nazionale di 4,4 infermieri per 1000 abitanti. In che maniera il Governo regionale può attivarsi per superare tale gap?

Siamo legati al patto di stabilità che prevede, tra le altre cose, l'impossibilità di aumentare la spesa per il personale, che abbiamo, in realtà, già sfondato e copriamo con le note tasse aggiuntive dei cittadini pugliesi. Il problema è che il Fondo sanitario nazionale è, per quanto riguarda la Puglia, sottostimato rispetto alle necessità e bisogna assolutamente

La legge 251 dell'agosto del 2000 aveva previsto l'istituzione dei Servizi Infermieristici in ogni Azienda ospedaliera





Una protesta pacifica, con l'orgoglio di vantare giuste richieste a sostegno della "buona salute".

o ASL. A distanza di ben 6 anni, la Regione Puglia recepisce tale legge con un proprio atto legislativo. Tranne qualche rara eccezione, tali norme in Puglia non sono state applicate, nonostante il suo predecessore, l'assessore Tedesco, avesse minacciato un commissario ad acta per ASL e Aziende ospedaliere inadempienti. In tale contesto, è anche disattesa l'applicazione del contratto vigente per il Coordinamento di tali Servizi Infermieristici. Quali azioni il suo assessorato può intraprendere per ovviare a tali inadempienze? Ho dato indicazioni ai direttori generali di procedere e mi auguro, perché così mi riferiscono, che le Aziende ospedaliere universitarie facciano da capofila di queste procedure. Altrimenti, chiaramente, bisognerà fare i commissariamenti.

I Collegi IPASVI pugliesi denunciano numerose criticità nella formazione universitaria dei futuri infermieri, con il rischio reale della scarsa qualità delle competenze dei laureati in Infermieristica. In quali termini è auspicabile una inversione di tale negativa tendenza?

Ovviamente non posso rappresentare l'Università, questa è una questione molto delicata. Posso cercare di coinvolgere le Università, come in qualche modo ho già fatto, perché affrontino, nella loro autonomia, questa problematica che a me sembra molto importante. In realtà le Università fanno un notevole sforzo in questo settore, ma sono un pò condizionate da lacci e laccioli di leggi generali, ed in ogni caso vanno stimolate a fare ancora meglio.

Per concludere, assessore, il federalismo nella Sanità: quali le ricadute possibili sul territorio pugliese?

Guardi, se le cose vanno avanti così, come si comincia a sentire per quanto riguarda calcoli in applicazione del federalismo fiscale, per la Puglia significa la chiusura di molti servizi per l'assistenza e la cura alla salute dei cittadini. Una iattura non solo per la Puglia, ma per tutta l'area del Mezzogiorno, perché in questo Paese si sta perdendo il senso della solidarietà nazionale, dello spirito dell'eguaglianza, che viene sostituito da forme veramente inaccettabili di orgogliosa difesa dei più forti a scapito dei socialmente più deboli.



Una sordità stucchevole e inaccettabile, quella di numerosi amministratori della sanità pugliese.

ELISOCCORSO L'UTOPIA DIVENTA PROGETTO... POSSIBILE?

Vito
FRASCA



È ormai da qualche tempo attivo anche nella città di Bari il sistema di pronto intervento. Il servizio è stato atteso con impazienza sia dalla cittadinanza, che soprattutto dalle strutture

ospedaliere, dopo gli innumerevoli episodi di emergenza in cui era più volte emersa la necessità di disporre sul posto del soccorso, di personale più qualificato, sia medico che infermieristico, per la gestione del paziente critico e non, rispetto ai vari enti di volontariato cui fino a qualche tempo fa era affidato il servizio di 118.

Ritengo tuttavia necessario, sia sulla scorta di esperienze personali come infermiere e soccorritore e inoltre avendo partecipato a diversi stages formativi dedicati, che un potenziamento del servizio di pronto soccorso, attraverso l'integrazione di quei servizi che permettono maggiore possibilità di salvaguardia di vita agli infortunati, sia fondamentale, ad esempio nei casi di codice rosso. Mi riferisco all'integrazione MSA (mezzo di soccorso avanzato) le cui modalità di soccorso sono fornite dall'auto medica o dall'eliambulanza.

L'importanza dell'auto medica in ausilio dell'ambulanza sta dando ottimi risultati sanitari ai fini della prestazione come problematiche di urgenza. Purtroppo restano

ancora irrisolti i problemi dell'eliambulanza nella nostra regione (vedi legge DPR 27/3/92). Questo mezzo di pronto intervento è ancora oggi inesistente nella nostra regione, soprattutto nonostante la grande rilevanza del territorio e quindi del fattore tempo/distanza. Lo scopo primario del servizio di elisoccorso è, infatti, quello di far arrivare nel più breve tempo possibile la equipe specialistica sul luogo dell'evento attraverso personale specializzato. Pertanto ogni elicottero deve avere uno staff tecnico costituito dal pilota e dal suo assistente (assistente di volo HEMS) e dal tecnico specialista coadiuvato da uno staff sanitario costituito da un medico anestesista rianimatore e da un infermiere entrambi con esperienza in area critica. Le missioni di soccorso con l'eliambulanza le possiamo distinguere in 2 categorie:

- A) interventi primari ovvero sul luogo dell'infortunio o della patologia grave;
- B) interventi secondari ossia quei casi di trasferimento di pazienti già ospedalizzati in centri più attrezzati.

Intervento "primario": l'elicottero decolla entro un massimo di tre minuti dalla chiamata, atterra sul luogo dell'emergenza entro un massimo di 15-20 minuti, l'equipe sanitaria di bordo esegue sul posto tutti gli interventi rianimatori del caso, stabilizza il paziente, lo affida ad un'autoambulanza se il caso non è gravissimo, lo carica a bordo, se invece le condizioni lo impongono, al fine di trasportarlo non necessariamente all'ospedale più vicino, bensì a quello più attrezzato per la patologia specifica. Duran-



te il volo, se del caso, vengono continuate le cure, utilizzando il volo stesso come “momento terapeutico”.

INDICAZIONI

Quando i primi soccorritori si trovano di fronte ad una persona con alterazioni respiratorie, cardiocircolatorie e/o neurologiche che possono trarre giovamento solo dall'immediata ospedalizzazione, e che ogni ritardo in tal senso può comprometterne la sopravvivenza dell'infortunato. In tale situazione, allora, si deve considerare l'opportunità di abbreviare i tempi del trasporto chiedendo l'intervento dell'Eliambulanza. Benché le disposizioni locali possano variare, generalmente l'elitransporto viene richiesto quando il

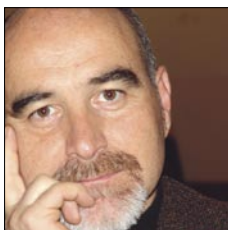
tempo per arrivare con l'ambulanza all'ospedale supera i 20 minuti. Situazioni logistiche o viabilistiche particolari, come quelle proprie delle aree montane, o quelle delle zone ad alta densità di traffico, possono trovare solo nell'elicottero la soluzione adeguata per un soccorso e una evacuazione in tempi brevi. L'impiego dell'elicottero può anche essere necessario per l'evacuazione rapida in presenza di materiali pericolosi e in caso di catastrofi. Da non sottovalutare è, la possibilità di usare questo velivolo anche per trasporti sanitari inter-ospedalieri, garantendo il trasporto protetto dei pazienti critici da ospedali periferici a centri specializzati, abbassando così la mortalità e gli esiti invalidanti in caso di patologia traumatica, cardiaca o cerebro-vascolare.



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

LA PUGLIA SPINGE SULL'ACCELERATORE DELLA FORMAZIONE

Giuseppe
MARANGELLI



La Regione Puglia, con deliberazione della Giunta Regionale n. 93 del 3 febbraio 2009, ha istituito un apposito Organismo Regionale che si occuperà di formazione in ambito sanitario.

La deliberazione rispetta la volontà già espressa dal legislatore regionale mediante la L.R. n. 23 del 19 settembre 2008, meglio conosciuta con il nome di "Piano regionale di salute".

L'Università, in detto Organismo, avrà il ruolo di coordinare tutte le attività di formazione al fine di garantire l'adeguatezza dei processi informativi alla tipologia degli individui da formare, sviluppando i filoni dell'andragogia e dell'apprendimento delle organizzazioni".

In particolare la "mission" dell'Organismo è quella di attivare meccanismi che permettano alle organizzazioni aziendali, attraverso gli uffici formazione, di trasformarsi in un "learning centre", cioè una organizzazione capace di creare, acquisire e trasferire conoscenze, trasformare queste ultime in competenze e rispondere alle esigenze di tutti gli attori che ruotano intorno al Sistema Sanitario Regionale. Per fare ciò è necessario sviluppare un progetto di formazione aziendale che sia conforme agli obiettivi strategici dell'azienda ed a quello del piano sa-

nitario regionale e nazionale, che affronti globalmente i problemi posti al personale, che favorisca una circolazione capillare di conoscenze di difficoltà progressivamente crescenti, che sia condiviso dai dipendenti dell'azienda ospedaliera, favorendone l'interazione.

Tale struttura, con propria autonomia gestionale costituisce una vera e propria struttura di lavoro, viene individuata come Organismo Regionale ed è funzionalmente incardinata nell'organizzazione dell'Assessorato alle Politiche della Salute.

L'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria ha il compito di svolgere importanti e molteplici attività:

- 1) verificare la presenza dei requisiti per l'accreditamento dei provider delle aziende sanitarie;
- 2) effettuare l'analisi dei bisogni formativi, ridisegno del sistema dell'offerta formativa e rilettura delle organizzazioni per individuare le figure sulle quali investire per la realizzazione di un Piano di Formazione Regionale, espressione dei Piani Formativi delle aziende sanitarie;
- 3) avviare il processo di sviluppo professionale continuo;
- 4) rilevare i dati degli uffici di formazione per la stesura del Rapporto Regionale sulla formazione nelle aziende sanitarie e diffondere l'informazione scientifica;
- 5) costruire una banca dati comprensiva dei bisogni espressi e delle attività svolte, in grado di fornire, attraverso



- dei parametri di riferimento, le indicazioni per incrementare l'efficacia e la qualità del nostro Sistema formativo, anche attraverso una più attenta distribuzione delle risorse pubbliche;
- 6) rendere l'offerta più congrua e finalizzata a differenti percorsi di aggiornamento professionale del personale sanitario operante nelle strutture e nel territorio di competenza;
 - 7) razionalizzare ed ottimizzare le risorse strutturali ed i fondi assegnati alle singole Aziende Sanitarie, in considerazione di percorsi formativi omogenei distribuiti su tutto il territorio regionale;
 - 8) ottimizzare la gestione dei fondi a disposizione per la Formazione Continua;
 - 9) attivare sinergie tra l'ambito sanitario, l'ambito accademico, gli istituti di ricerca, le società scientifiche, gli ordini professionali, le associazioni professionali e l'AReS;
 - 10) programmare, coordinare ed organizzare progetti di Alta Specialità interaziendali ed aziendali di formazione residenziale, a distanza (FaD) ed attuata nelle singole sedi di appartenenza del personale;
 - 11) creare uno standard omogeneo del modello FaD in tutta la Regione;
 - 12) attivare programmi di educazione alla salute sia per i professionisti della sanità che per i cittadini attraverso delle campagne informative;
 - 13) programmare percorsi formativi dedicati ai Formatori, con l'obiettivo di assicurare congruenza ed uniformità dei processi di formazione continua e obbligatoria del personale sanitario;
 - 14) programmare ed attivare, in sinergia con l'Assessorato Regionale al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale e con altre realtà locali ed extra-regionali, Corsi di Formazione Manageriale per promuovere e facilitare l'applicazione di nuovi modelli gestionali-organizzativi previsti dalla programmazione regionale;
 - 15) verificare la ricaduta della formazione sull'organizzazione del sistema socio-sanitario;
 - 16) monitorare i risultati professionali ot-

tenuti con "il cambiamento", che si traducono in valore aggiunto per l'organizzazione.

Tutti ormai concordano sul fatto che la formazione e l'aggiornamento permanente rappresentano uno strumento operativo importante per modificare modelli assistenziali obsoleti e per affrontare la sfida del cambiamento imposto da variazioni demografiche, della politica aziendale e dalle innovazioni scientifico-tecnologiche. Pertanto con questa scelta la Regione Puglia si è posta l'obiettivo di "attivare" un processo culturale con modelli formativi innovativi capaci di favorire la conoscenza di metodi, tecniche di management che rafforzino la capacità di tutta la struttura dirigente, di promuovere nella società valori importanti, intesi in termini ampi e multidimensionali, di benessere e qualità della vita.

L'ultima riforma sanitaria del 1999, ha sancito l'importanza che la formazione continua ha per il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Essa è un elemento irrinunciabile per garantire la crescita del livello qualitativo di erogazione delle prestazioni in favore dell'utenza.

La Regione Puglia, con la L.R. n. 25/2006 e la L.R. n. 23/2008, ha avviato un modello di sistema sanitario che punta molto sulla persona e sulla possibilità di valorizzare la formazione sul campo per incoraggiare la trasformazione dell'attività formativa in un processo di "sviluppo professionale continuo".

La deliberazione della Giunta Regionale n. 93/2009, oltre a istituire, l'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria, prevede anche la costituzione di due organismi:

- Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) presieduta dall'Assessore alle Politiche della Salute, che assicura le attività tecnico-scientifiche per la elaborazione di linee

“Tutti ormai concordano sul fatto che la formazione e l'aggiornamento permanente rappresentano uno strumento operativo importante per modificare modelli assistenziali obsoleti”

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 93 DEL 3 FEBBRAIO 2009

Composizione della Consulta Regionale per la Formazione in Sanità:

- il Presidente: l'Assessore regionale alle Politiche della Salute o suo delegato;
- il vice Presidente: il Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria;
- l'Assessore Regionale al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale o un suo delegato;
- il Rettore dell'Università degli Studi di Bari o suo delegato;
- il Rettore dell'Università degli Studi di Foggia o suo delegato;
- il Rettore dell'Università degli Studi di Lecce o suo delegato;
- il Rettore del Politecnico dell'Università degli Studi di Bari o suo delegato;
- il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari o suo delegato;
- il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia o suo delegato;
- due rappresentanti degli Ordini Provinciali Pugliesi dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
- **due rappresentanti del Coordinamento Regionale dei Collegi I.P.A.S.V.I**
- un rappresentante regionale:
 - degli Ordini Provinciali Pugliesi dei Farmacisti;
 - degli Ordini Provinciali Pugliesi dei Medici Veterinari;
 - del Coordinamento Regionale dei Collegi delle Ostetriche;
 - delle Associazioni delle professioni dell'area della riabilitazione;
 - delle Associazioni delle professioni dell'area tecnico-sanitaria;
 - delle Associazioni delle professioni dell'area della prevenzione;
 - dell'Ordine Nazionale dei Biologi;
 - dell'Ordine Regionale degli Psicologi;
 - degli Ordini Provinciali dei Chimici;
- un amministrativo dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, con funzioni di segretario.

di indirizzo in tema di definizione degli obiettivi formativi regionali;

- Consulta Regionale per la Formazione in Sanità presieduta dall'Assessore Regionale alle Politiche della Salute che è costituita dall'Assessore Regionale al Lavoro, Cooperazione e Formazione Professionale o un suo delegato, da rappresentanti designati dalle Università, dagli Ordini, dai Collegi, dalle Associazioni professionali del ruolo sanitario della

regione e dagli istituti di ricerca.

La sanità pugliese, attraverso questi nuovi organismi, riuscirà certamente a stimolare il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini-utenti. Il raggiungimento di tali obiettivi, in termini di tempo, dipenderà molto dagli investimenti che gli attori coinvolti metteranno in campo. La professione infermieristica pugliese sicuramente, anche in questa occasione, saprà fattivamente contribuire al raggiungimento di tali obiettivi.

BIBLIOGRAFIA:

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 626 del 21 aprile 2009;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 93 del 3 febbraio 2009.

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*

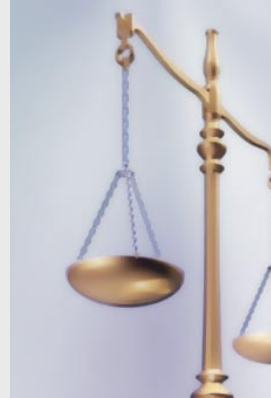
LAVORO STRAORDINARIO

Il lavoro straordinario reso dai dipendenti pubblici è retribuibile a condizione che sia stato preventivamente autorizzato nei modi dovuti. Così ha affermato il Consiglio di Stato, sezione V, nella sentenza 4 giugno 2009, n. 3460. Il caso ha riguardato un dipendente comunale, il quale con ricorso al Tar competente si era visto riconoscere il pagamento, con contestuale condanna del Comune interessato, delle prestazioni di lavoro straordinario, che lo stesso aveva dimostrato di aver svolto, nel corso di alcuni anni, in conformità a prove documentali fornite dal medesimo. Il Comune ha proposto ricorso al Consiglio di Stato, che ha ribaltato l'esito della sentenza impugnata, fissando i presupposti fondamentali che stanno alla base del pagamento del lavoro straordinario negli enti locali e in generale in tutte le pubbliche amministrazioni. Il Collegio ha ricordato che i contratti collettivi degli Enti locali (come anche per la sanità pubblica e privata) condizionano lo svolgimento del lavoro straordinario da un lato a una precisa programmazione sulla base della valutazione di esigenze eccezionali debitamente motivate, dall'altro alla presenza di una preventiva formale autorizzazione allo svolgimento dello stesso, che consente di verificare le ragioni di pubblico interesse che rendono opportuno il ricorso a prestazioni lavorative eccezionali. Questi principi, sanciti negli accordi sindacali degli anni '80 (recepiti con relativi DPR) sono stati riproposti nella contrattazione collettiva dopo la c.d. "privatizzazione" del pubblico impiego. Invero, le contrattazioni collettive nel premettere che "le prestazioni di lavoro straordinario" sono rivolte a fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali e pertanto non possono essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro", conferma il principio secondo cui la prestazione di lavoro straordinario deve essere "espressamente autorizzata dal dirigente (non necessariamente dalle Direzioni Generali!), sulla base delle esigenze organizzative e di servizio individuate dall'ente." In merito, l'Alto Consesso nella sentenza in esame ricorda come la pacifica giurisprudenza amministrativa ha frequentemente affermato che non è retribuibile il lavoro straordinario senza la preventiva autorizzazione nei modi dovuti, atteso che occorre verificare in concreto la sussistenza delle ragioni di pubblico interesse

che rendono necessario il ricorso a dette prestazioni. In assenza di autorizzazione non si può pretendere il pagamento delle ore lavorate in eccesso a quelle ordinarie nemmeno sperando una generica azione d'indebito arricchimento nei confronti della p.a., poiché, precisa il Consiglio di Stato, secondo l'indirizzo confermato anche dalla Cassazione, tale azione differisce da quella ordinaria, perché presuppone non solo il fatto materiale dell'esecuzione di un'opera o di una prestazione vantaggiosa per l'Amministrazione stessa, ma anche il riconoscimento, da parte di questa, dell'utilità dell'opera o della prestazione. Detto riconoscimento si può manifestare in maniera esplicita, cioè con un atto formale, oppure può essere in modo implicito, da atti o comportamenti della p.a. dai quali si desuma inequivocabilmente un effettuato giudizio positivo circa il vantaggio o l'utilità della prestazione promanante da organi rappresentativi dell'amministrazione interessata, ma non può essere desunta dalla mera acquisizione e successiva utilizzazione della prestazione stessa. Tale principio si desume da altre pronunce nelle quali, sulla base del fatto che la pubblica amministrazione aveva in talune circostanze beneficiato di un'utilità, il dipendente, quindi, per l'azione civilistica dell'arricchimento senza causa di cui all'art. 2041 cc, aveva ottenuto il diritto di essere indennizzato, percependo la dovuta retribuzione. Per completezza si ricordano le altre due ipotesi contemplate dalla giurisprudenza per il legittimo pagamento del lavoro straordinario, in assenza di una preventiva autorizzazione formale: la prima, quando lo svolgimento dell'attività lavorativa non rappresenta una libera scelta del dipendente, ma deriva da un obbligo scaturente da ragioni organizzative cogenti e in qualche modo ascrivibili a scelte dell'amministrazione, la seconda, quando, in situazioni del tutto eccezionali, verificata in concreto la sussistenza di ragioni di pubblico interesse, l'amministrazione emana un provvedimento postumo allo svolgimento della prestazione di lavoro straordinario resa, tendente a "sanare" l'assenza dell'autorizzazione preventiva.

USO PRIVATO DEL TELEFONO AZIENDALE

Avuto riguardo a un malvezzo non ancora reciso come l'uso privato del telefono dell'ufficio da parte del pubblico dipendente interessante una recente



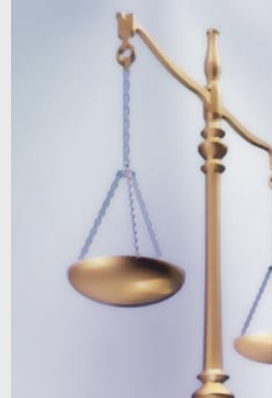


pronuncia giurisprudenziale secondo cui tale azione integra il reato di peculato di cui all'art. 314 c.p. Così ha stabilito la Corte di Cassazione, sezione penale, nella sentenza del 20 maggio 2009, n. 21165. Il caso ha riguardato un dipendente amministrativo di un ospedale, il quale, nell'arco di un biennio, aveva compiuto numerose telefonate di natura privata, anche verso paesi stranieri. L'interessato contestava il reato di peculato addebitatogli, ritenendo, tra l'altro, che l'uso dell'utenza telefonica darebbe luogo solo all'addebito di somme per la pubblica amministrazione non costituendo quindi un'appropriazione di un bene pubblico. Non è stata dello stesso avviso la Corte di Cassazione, la quale nel rigettare il ricorso, richiamando la giurisprudenza maggioritaria ha affermato che "l'uso degli apparecchi telefonici comporta l'appropriazione (non restituibile) delle energie necessarie alla comunicazione, di cui l'impiegato ha disponibilità per ragioni d'ufficio, e configura l'ipotesi del reato di cui al primo comma dell'art. 314 c.p.". Al riguardo, la giurisprudenza aveva già avuto modo di chiarire che nell'ipotesi in cui il dipendente pubblico, avendo l'utenza telefonica intestata all'Amministrazione, la utilizza per compiere chiamate d'interesse personale, il fatto lesivo si sostanzia non nell'uso dell'apparecchio telefonico quale oggetto fisico, bensì nell'appropriazione - conseguita attraverso tale uso - delle energie necessarie (formate da impulsi elettronici) per conversazioni telefoniche, che non sono "immediatamente restituibili". Ne consegue che l'ipotesi delittuosa è inquadrabile astrattamente nel "peculato-ordinario". Lo stesso indirizzo maggioritario in più occasioni ha precisato invece che è esclusa la configurabilità del reato di peculato solo quando il pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio compie telefonate personali "per infrequenti e occasionali esigenze private, riconducibili, quindi, alla nozione di «caso eccezionale», espressamente riconosciuto dall'ordinamento come idoneo a giustificare la deroga al generale divieto di uso personale del telefono da parte del pubblico dipendente". Il suddetto orientamento trova conferma anche nel Decreto del Ministero della funzione pubblica, del 31 marzo 1994, (Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni) il quale all'art. 10, comma 5 stabilisce che "salvo casi eccezionali, dei quali informa il dirigente

dell'ufficio, il dipendente non utilizza le linee telefoniche dell'ufficio per compiere telefonate personali". Con tale disposizione si autorizza, dunque, a usare il telefono dell'ufficio per comunicazioni private, solo in situazioni eccezionali, di carattere sporadico ed episodico, con l'obbligo comunque di informare il dirigente.

L'ASPETTATIVA DEL LAVORATORE

Di particolare interesse la pronuncia della Suprema Corte che interviene sul delicato tema tra aspettativa del lavoratore per motivi di salute e interesse del datore alla reintegrazione psicofisica, confermando un orientamento giurisprudenziale ormai più che decennale. Il caso de quo riguarda la pronuncia della Cassazione adita da una clinica napoletana privata a seguito di ricorso presentato nel 2006 avverso la sentenza della Corte di appello di Napoli. Tralasciano il tecnicismo della sentenza cassata con rinvio ad altra sezione della corte d'appello la Corte di Cassazione ha fissato un principio di diritto interessante. La vicenda nasce intorno al 2002 a seguito di ricorso di un aiuto medico specialista in geriatria con rapporto di lavoro a tempo parziale di 30 ore settimanale con la suindicata clinica privata, ma che in contemporanea e fino a una certa data ricopriva il ruolo di direttore sanitario, circostanza ben nota però alla clinica. Durante un periodo di malattia successivo a un precedente periodo di aspettativa per motivi di salute il medesimo si era visto contestare degli illeciti disciplinari non archiviati anche a seguito delle contro deduzioni e culminati con il licenziamento per giusta causa inflittigli dalla clinica. Il medico aveva impugnato il licenziamento chiedendo al Tribunale la reintegra nel posto di lavoro e il risarcimento del danno per avere riportato una crisi di tipo ansioso depressivo a causa del licenziamento. Il Tribunale aveva però respinto la domanda dell'attore rivolta principalmente alla reintegra ma la Corte di appello a parziale riforma della sentenza di primo grado, aveva invece ordinato la reintegrazione e la corresponsione delle retribuzioni "medio tempore" maturate, ma non riconoscendo il danno richiesto dall'attore. La Cassazione ritiene pertanto che sia erroneo il giudizio in base al quale questi comportamenti (guida della moto, andare al mare, ecc.) non furono ritenuti idonei a compromettere l'interesse del



datore di lavoro a una pronta guarigione del lavoratore. Il principio enunciato dalla Corte di Cassazione è il seguente “l’espletamento di altra attività lavorativa ed extralavorativa da parte del lavoratore durante lo stato di malattia è idonea a violare i doveri contrattuali di correttezza e buona fede nell’adempimento dell’obbligazione, posto che il fatto di guidare una moto di grossa cilindrata, di recarsi in spiaggia e di prestare una seconda attività lavorativa, sono di per sé indici di una scarsa attenzione del lavoratore alla propria salute ed ai relativi doveri di cura e di non ritardata guarigione, oltre che dimostrativi del fatto che lo stato di malattia non è assoluto e non impedisce comunque l’espletamento di un’attività ludica o lavorativa”.

LA PRIVACY ... QUESTA SCONOSCIUTA

In un periodo come l’attuale in cui su tutti i media ed in molte procure lo spiare dal buco della serratura i fatti altrui, intercettare a strascico conversazioni telefoniche di chiunque, è divenuta l’attività principale ritengo particolarmente interessante/paradossale una decisione del Garante della Privacy che è intervenuta accogliendo la richiesta di accesso di un dipendente con mansioni di conducente di automezzi per il trasporto di persone nei confronti di una Società trasporti pubblici pugliese. Come è noto la materia della gestione dei dati relativi al rapporto di lavoro è regolamentata oltre che dalle disposizioni generali evincibili dall’art 112 del Codice di trattamento dati, da specifiche deliberazioni del Garante. La questione decisa dal Garante è sorta a seguito della istanza suindicata formulata dal dipendente e finalizzata ad ottenere la comunicazione in forma intelligibile dei dati personali che lo riguardavano, con particolare riferimento ai turni di servizio giornalieri (ivi compresa la specificazione degli orari di inizio e di fine turno, del luogo di partenza e di destinazione e della relativa distanza) effettuati in un dato lasso temporale. L’azienda si era difesa negando l’accesso e sostenendo in primo luogo che la documentazione richiesta non sarebbe rientrata, fra i dati personali di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali “giacché attiene esclusivamente alle condizioni e modalità di espletamento dell’attività lavorativa”; inoltre la medesima ha sostenuto che tale accesso avrebbe comportato un gravoso onere a suo carico, dovendo la

medesima comportare per la società la “ricostruzione dell’impegno lavorativo quotidiano dell’interessato per un arco temporale di oltre 10 anni”. Infine tra gli altri motivi che avevano indotto al rigetto della istanza la asserita sussistenza nella “fattispecie delle condizioni per il differimento dell’accesso di cui all’art. 8, comma 2, lett. e) del Codice” atteso che lo stesso ricorrente aveva dichiarato che era necessario produrre i turni in questione nel giudizio da promuovere innanzi al Tribunale del Lavoro per il riconoscimento di una indennità sostitutiva per ogni mancato riposo giornaliero e/o settimanale, già riconosciuto in numerose sentenze a favore di altri dipendenti. La delibera del Garante ritenendo infondate la difesa della azienda ha invece, accolto il ricorso dell’interessato ordinando alla Società trasporti di consentire all’interessato entro e non oltre il 28 febbraio 2009, nei limiti e secondo le modalità di cui all’art. 10 del Codice, l’accesso ai dati personali che lo riguardano relativi all’ordinaria gestione del rapporto di lavoro, con particolare riferimento ai turni di servizio giornalieri.

LA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA

La riduzione della capacità lavorativa (intesa come quella che permette di espletare un’attività che garantisce, ai sensi dell’art. 36 Cost., una retribuzione sufficiente idonea ad assicurare a sé ed alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa) è condizione che consente, nelle misure ed alle condizioni previste dalla legge, la concessione di un assegno di invalidità. Su tale fattispecie, di recente, si è espressa la Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, nella sentenza 12 maggio 2009, n. 10860, che ha respinto il ricorso di un soggetto a cui era stato negato l’assegno d’invalidità ed ha affermato un principio, seppur complesso, pienamente condivisibile ed ossia: “poiché il lavoratore ha diritto ad una retribuzione in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé ed alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa (art. 36 Cost.). La normativa della fissazione della riduzione (di capacità), indennizzabile con l’assegno di invalidità, presuppone che la residua capacità lavorativa: a) di per sé sola non sia sufficiente ad assicurare a sé ed alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa è qualità propria di



ogni lavoro; b) conservi tuttavia la potenzialità per conseguire una parte di questa retribuzione; c) esiga, nella misura della propria insufficienza, l'integrazione. L'assegno ha questa funzione integrativa, come copertura dell'accertata incapacità. In tal modo il riconoscimento dell'assegno è normativa qualificazione della residua capacità lavorativa come insufficiente a far conseguire al lavoratore una retribuzione che assicuri un'esistenza libera e dignitosa".

LEGITTIMO IL LICENZIAMENTO DEL LAVORATORE CHE SOTTRAE MERCE AZIENDALE

Anche se sembra ovvio, e non lo è, importante il principio fissato dalla Corte di Cassazione secondo cui è legittimo il licenziamento per il lavoratore che sottrae della merce nel posto in cui lavora, anche se la stessa è di modico valore. Così ha stabilito la Suprema Corte di Cassazione, sezione lavoro, nella sentenza 30 marzo 2009, n. 7705. Il caso ha visto coinvolto un lavoratore addetto alla vendita il quale aveva sottratto della merce nel supermercato dove prestava attività lavorativa (ma può riguardare anche un infermiere che sottrae materiale sanitario tipo garze, cerotti, medicinali, traverse ecc. ecc). Per tal motivo l'era stata inflitta la sanzione del licenziamento per giusta causa, contro il quale aveva proposto ricorso. Tra i motivi eccepiti dallo stesso – respinti dal giudice di merito – sono da evidenziare la mancanza dell'affissione del codice disciplinare, ritenuto comunque irrilevante poiché il fatto addebitato costituiva illecito penale e la circostanza che il danno fosse per il datore di modesta entità, che non era stato giudicato idoneo, per il comportamento, per i suoi modi e per le mansioni assegnate, a impedire di causare la lesione dell'elemento fiduciario nell'ambito del rapporto. Risultando soccombente sia in primo sia in secondo grado, l'interessato adiva in Cassazione. La Corte, nel richiamare conforme giurisprudenza (Cass. 11.3.04 n. 5013; Cass. 7.4.04 n. 6823; Cass. 19.8.03 n. 12161), ha ricostruito il corretto iter logico-giuridico per l'esistenza di una giusta causa di licenziamento, secondo cui si deve valutare la gravità dei fatti addebitati al lavoratore, riguar-

do alla portata oggettiva e soggettiva dei medesimi, alle circostanze nelle quali sono stati commessi e all'intensità dell'elemento intenzionale. E ancora, 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. Riguardo all'accertamento della gravità dei fatti – ha proseguito la Corte – lo stesso è un punto riservato all'apprezzamento del giudice di merito, il quale può essere censurabile in sede di legittimità, solo per vizi di motivazione ovvero, in riferimento alle pattuizioni collettive, per violazione dei canoni legali di ermeneutica contrattuale.

VACANZA DEL POSTO DIRIGENZIALE

Con la sentenza del 7 gennaio 2009, n. 54, la sezione lavoro della Suprema Corte di Cassazione ha stabilito che determinati profili lavorativi non ricomprendano tra le proprie funzioni l'espletamento di quelle di reggenza della superiore posizione lavorativa dirigenziale per vacanza del relativo posto, atteso che – in base al principio di cui all'art. 1362 c.c., secondo cui il principale strumento interpretativo della volontà delle parti è costituito dalle parole ed espressioni del contratto – deve ritenersi che i contraenti, omettendo l'indicazione della reggenza tra le mansioni proprie la qualifica di alcune posizioni, abbiamo inteso consapevolmente escludere tale figura dalla relativa declaratoria. Il mancato riferimento alla reggenza è tanto più evidente se si pone a raffronto la declaratoria della posizione economica con la declaratoria della corrispondente ex nona qualifica funzionale secondo cui il personale della nona qualifica "sostituisce il dirigente in caso di assenza o impedimento" e "assume la reggenza dell'ufficio in attesa della designazione del dirigente titolare". Il silenzio della norma contrattuale in esame sulla reggenza non può essere superato facendo rientrare la "reggenza" nella "sostituzione", quest'ultima espressamente prevista dalla declaratoria, trattandosi d'istituti diversi, giacché la reggenza presuppone vacanza della titolarità dell'ufficio dirigenziale, mentre la sostituzione è prevista solo temporaneamente per il caso di assenza o impedimento del titolare dell'ufficio superiore.



LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI

Giovanna
MICOLI



In Italia il 10% della popolazione soffre di una malattia renale. E' stato anche stimato che l'1% dei pazienti con malattia renale è in trattamento sostitutivo della funzione renale (emodialisi o peritoneodialisi) o è stato sottoposto a trapianto renale. Ogni anno vengono mediamente avviati alla terapia dialitica circa 9.000 pazienti. La

dialisi è ormai conosciuta e garantita a tutti i pazienti in uremia terminale ma, nonostante le attuali innovative ed efficaci tecnologie che garantiscono trattamenti dialitici sempre più adeguati e biocompatibili, si possono verificare una serie di eventi avversi anche gravi. A questo scenario occorre aggiungere il preoccupante continuo aumento dei pazienti nefropatici ed il conseguente incremento dei costi sociali sostenuti. Precedenti stime avevano ipotizzato il raddoppio dei pazienti nefropatici entro il 2020. Per ridurre il numero dei pazienti che necessitano di dialisi occorre:

1. attuare programmi di prevenzione;
2. effettuare diagnosi precoci delle nefropatie;
3. ricercare nuovi presidi terapeutici per ral-

lentare la progressione della malattia;
4. promuovere la cultura della donazione di organi.

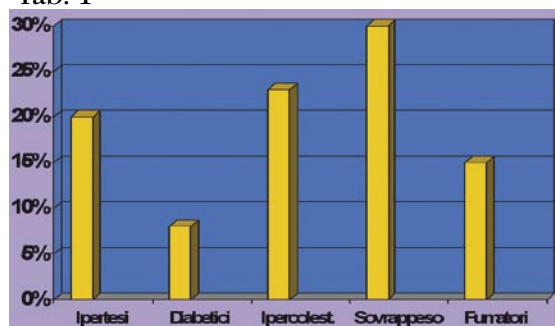
LA PREVENZIONE

Per poter limitare l'incremento delle malattie renali, quello che certamente possiamo e dobbiamo realizzare è un efficace programma di prevenzione e di diagnosi precoce delle malattie renali. La *prevenzione primaria* è essenziale per evitare l'insorgenza della malattia. Occorre pertanto articolare dei programmi di informazione capillare e di educazione sanitaria finalizzati ad evitare o quantomeno ridurre significativamente i fattori di rischio come l'ipertensione, il fumo, l'obesità, il diabete, l'ipercolesterolemia, l'alimentazione non equilibrata. Altri significativi fattori di rischio sono determinati da infezioni ricorrenti delle vie urinarie, calcolosi renali ed uso incontrollato di farmaci, specialmente antinfiammatori non steroidei. E' evidente che se i fattori di rischio si sommano il rischio si moltiplica. Spesso si verifica che la malattia renale altera anche la funzione cardiaca e viceversa, infatti le funzioni di cuore e rene sono strettamente legate tra loro, non a caso entrambi gli organi condividono gli stessi fattori di rischio. Con la *diagnosi precoce* è possibile rallentare in modo significativo la progressione della malattia renale verso la compromissione irreversibile del danno. Infatti, con la terapia conservativa basata soprattutto su una dieta adeguata associata a terapia farmacologica e controllo costante dei fattori di rischio che potrebbero determinare un peggioramento della funzione renale, è possibile conservare una seppur minima funzione renale anche per

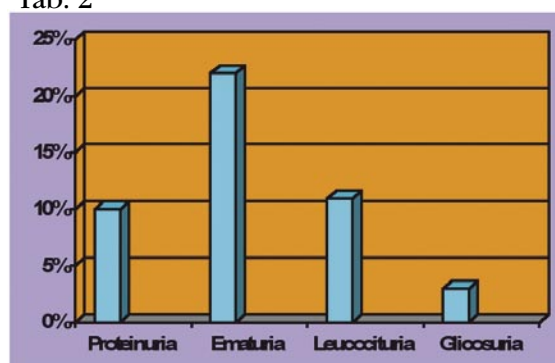


decenni mediante una continua sorveglianza clinica. Dati emersi dalla "Giornata Mondiale del Rene" La S.C. di Nefrologia e Dialisi di Putignano diretta dal dott. M. Giannattasio attua un sistematico programma di prevenzione e tra le altre iniziative, nel mese di Marzo u.s. per il 4° anno consecutivo, ha aderito alla "Giornata Mondiale del Rene" (GMR) istituita e promossa da due grandi organizzazioni internazionali quali l'*International Society of Nephrology* e l'*International Federation of Kidney Foundation*. La *Società Italiana di Nefrologia* e la *Fondazione Italiana del Rene* hanno sostenuto la GMR coordinando le iniziative ed inviando opuscoli e presidi necessari. Lo scopo fondamentale della GMR è stato quello di informare, sensibilizzare l'opinione pubblica ed effettuare degli screenig con rilievi di alcuni parametri (peso corporeo, altezza, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, circonferenza addome) essenziali per valutare condizioni di rischio. E' stato anche effettuato uno stick reattivo su campioni di urine per escludere eventuali alterazioni delle funzioni renali in atto. Un'equipe di nefrologi ed infermieri dislocati su 5 postazioni "progetto piazze" (Putignano, Gioia del Colle, Turi, Conversano e Polignano) e 3 postazioni "progetto scuole" (2 su Putignano e 1 su Gioia del colle) ha esaminato quasi 500 partecipanti che hanno aderito al progetto sottoponendosi ai controlli previsti. I dati emersi sono importanti ed hanno confermato una significativa prevalenza (35%) di soggetti con alterazioni della funzione renale e/o delle vie urinarie per i quali sono stati chiesti degli approfondimenti diagnostici. E' evidente che non tutte le suddette alterazioni sono riconducibili a danno renale irreversibile e ad insufficienza renale cronica e solo gli approfondimenti diagnostici richiesti potranno accertare la natura delle anomalie riscontrate. Solo i pazienti con insufficienza renale accertata saranno successivamente inseriti in un programma per controlli periodici ed eventuali aggiornamenti terapeutici così come previsto dai protocolli validati dalla comunità scientifica. Una importante percentuale dei soggetti esaminati ha evidenziato una condizione di rischio (vedi tab. 1). In altri soggetti sono emerse anomalie evidenziate con l'esame delle urine (vedi tab. 2). I dati riportati nelle tab. 1 e 2 riguardano i partecipanti al "progetto piazze" mentre per gli alunni testati negli edifici scolastici "progetto scuole" (20% del

Tab. 1



Tab. 2



totale) l'incidenza di alterazioni riscontrate è stata decisamente inferiore.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La nostra partecipazione alla GMR è stata vissuta con grande entusiasmo ed i dati emersi sono risultati utili ed interessanti. Abbiamo però potuto constatare che un'alta percentuale dei soggetti che hanno aderito al progetto di prevenzione si sottoponevano periodicamente a controlli sanitari ed una buona parte di essi conosceva e controllava i relativi fattori di rischio. Probabilmente c'è un'altra gran parte della popolazione che per motivi incomprensibili non ritiene di dover fare prevenzione e pertanto non si sottopone ai controlli sanitari. Noi pensiamo, ma è nostra personalissima opinione, che molti soggetti sono erroneamente convinti di rinviare l'esordio della malattia ritardandone la diagnosi altri credono che sia opportuno aspettare i primi sintomi per avviare le opportune indagini. Tutti sappiamo che la prevenzione è anche *diagnosi precoce* ma soprattutto che le peggiori insidie sono dovute a patologie che si manifestano con un esordio subdolo. Riteniamo pertanto utile che le istituzioni sanitarie preposte promuovano costantemente programmi di prevenzione delle malattie renali con l'obiettivo di coinvolgere tutti i cittadini o quantomeno fasce di popolazione sempre più ampie.



associate alla formazione in aula compensano ad alcuni bisogni formativi, come l'aggiornamento di competenze tecniche specifiche e/o il trasferimento di istruzioni per lo svolgimento di attività standardizzate.

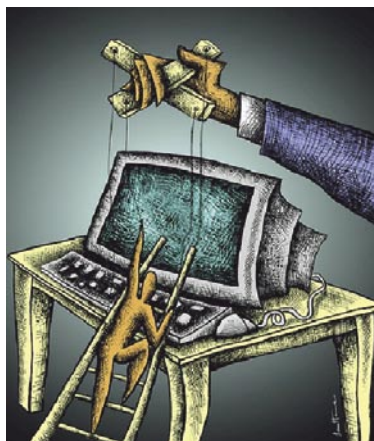
In particolare ci si sta rendendo conto che molti vantaggi derivano dall'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione a professionisti che lavorano nell'ambito sanitario che sono:

- la possibilità di veicolare le medesime informazioni e conoscenze ad un elevato numero di partecipanti;
- la possibilità di fruire del corso di formazione direttamente a casa del professionista che lavora, evitando problemi di spostamenti per aggiornamenti professionali;
- abbattimento dei costi di formazione per il personale sanitario;
- riduzione del gap tra personale sanitario (specie infermieristico) ed organico a disposizione;
- problemi di copertura dei turni di servizio.

È quindi utile una formazione che non sia solo un veicolare di contenuti ma che sia sempre più un fornire strumenti per imparare ad apprendere, per aumentare la capacità dei discenti ad essere soggetti attivi e responsabili del proprio processo di apprendimento-miglioramento del servizio sanitario. L'aggiornamento degli operatori

sanitari è il migliore investimento che un Paese possa fare per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie dei cittadini. Lo sviluppo delle risorse umane è il maggiore valore da perseguire al fine di erogare prestazioni di qualità. I protocolli devono essere condivisi a livello multidisciplinare, approvati dagli Organi istituzionali, adeguati alle caratteristiche della struttura, facilmente consultabili e periodicamente aggiornati, oltre che continuamente verificati per quanto riguarda la loro adozione ed i risultati ottenuti, secondo i principi di governo clinico localmente adottati. La scelta da effettuare è

legata ad un esame comparativo che tiene conto, da un lato, la rispondenza dei contenuti alle esigenze formative dello specifico progetto; dall'altro, dell'impegno economico che viene richiesto. La possibilità di introdurre il blended-learning nei processi formativi degli operatori sanitari permetterà soluzioni rapide, facilmente diffondibili, a prezzi competitivi rispetto alla formazione tradizionale.



In un contesto in evoluzione come quello attuale, il professionista che opera nella Sanità non deve farsi cogliere impreparato, ma deve formarsi e aggiornarsi continuamente, puntare sulla ricerca e sperimentazione di strategie che consentono all'infermiere di offrire prestazioni efficaci e appropriate.

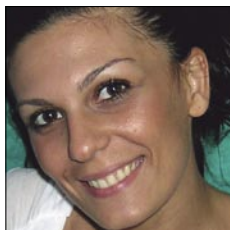
BIBLIOGRAFIA

- Benigno V., Trentin G., "La valutazione nella formazione a distanza" in Trentin G., *Telematica e formazione*, 1999.
- Calvani A. e Rotta M., *Fare formazione in internet: manuale di didattica online*, Erickson, 2000.
- Boccolini M. e Perich C. *I costi dell'e-learning: metodi e applicazioni per l'analisi costo-efficacia*, Erickson, 2004.
- Sweeney, N., Saarmann, L., Seidman, R., & Flagg, J. The design, marketing, and implementation of online continuing education about computers and nursing informatics. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 2006, 24(5), 269-279.
- Nelson, R., Meyers, L., Rizzolo, M. A., Rutar, P., Proto, M. B., & Newbold, S. The evolution of educational information systems and nurse faculty roles. *Nursing Education Perspectives* 2006, 27(5), 247-253.



QUANDO LA COMUNICAZIONE DIVENTA UN BISOGNO PRIMARIO

C. Immacolata
SFREGOLA



Questa affermazione deriva da studi e riferimenti antropologici che fanno dell'infermieristica una scienza che abbraccia molte discipline, agendo in vari ambiti dell'umano. I percorsi formativi dedicati alla professione hanno dimostrato ed esperito che l'infermieristica si fonda sul soddisfacimento dei bisogni di salute della persona. La salute non è solo un valore, ma è pure un diritto fondamentale dell'uomo che, normalmente, viene espresso con la comunicazione.

La comunicazione rappresenta uno dei momenti fondamentali di scambio interculturale; attraverso la comunicazione si diventa attori sociali che costruiscono un'immagine di sé, esprimendo la conoscenza scientifica in un ambito e manifestando qualcosa che va oltre il mero contenuto di ciò che si dice o viene

Ogni uomo è "DIVERSO DA SE", per cui ciascuno concepisce il proprio stato di malessere/benessere diversamente, in quanto non esiste una realtà oggettiva e assoluta di tali stati; questa affermazione deriva da studi e riferimenti antropologici che fanno dell'infermieristica una scienza che abbraccia molte discipline, agendo in vari ambiti dell'umano. I percorsi formativi dedicati alla professione hanno dimostrato ed esperito che l'infermieristica si fonda sul soddisfacimento dei bisogni di salute della persona. La salute non è solo un valore, ma è pure un diritto fondamentale dell'uomo che, normalmente, viene espresso con la comunicazione.

fatto. Lo sguardo, il timbro della voce, la pausa sono tutti accessori utilizzati per comunicare e servono pure per ottenere attenzione. Ma quando nasce la comunicazione? In passato la comunicazione avveniva coi simboli e tra gli esseri viventi l'Homo sapiens, in maniera quasi esclusiva, ha utilizzato il simbolo e il segno per comunicare; infatti studi etnografici e la stessa archeo-antropologia hanno evidenziato che la capacità cranica di questi ominidi fosse più grande di tutte le altre parti del corpo. Ciò ha permesso alla nostra specie di adattarsi all'ambiente, mostrando altresì come tale spaziosità si allargasse man mano che l'organo del linguaggio si sviluppava. Solo nel

corso del ventesimo secolo è emersa una chiara relazione tra cervello e linguaggio; infatti, tutto ciò che si sa a tal proposito deriva dagli studi sull'afasia. L'afasia è la perdita parziale o totale della capacità fonatoria, conseguente a un danno cerebrale, che spesso volte si manifesta senza la

**“La comunicazione
rappresenta uno dei momenti
fondamentali di scambio
interculturale”**

perdita della capacità di muovere i muscoli dell'eloquio. I Greci ed i Romani erano fermamente convinti che la parola fosse controllata dalla lingua e che i problemi della fonazione nascessero lì e non nel cervello; infatti, un traumatizzato cranico con perdita della parola veniva curato tra l'altro con speciali





gargarismi e massaggi alla lingua. Nel sedicesimo secolo si notò che una persona poteva presentare difficoltà dell'eloquio senza paralisi della lingua; ciononostante il trattamento prevedeva mutilazione della lingua, salassi e sanguisugio. Alla fine del '700 l'afasia veniva descritta come l'incapacità di associare immagini o idee astratte con i rispettivi simboli verbali; finalmente, agli inizi del 1800 si cominciò ad affermare che il linguaggio è controllato da un'area corticale del lobo frontale. Oggi sappiamo che l'area del linguaggio si trova nell'emisfero sinistro del cervello; la sua porzione anteriore sembra essere associata all'interpretazione di varie modalità di stimoli e alla programmazione dei dotti verbali, mentre quella posteriore è associata a un unico tipo di stimolo e presiede al coordinamento degli organi coinvolti nella riproduzione della pa-

a questi possiamo aggiungere il fattore velocità, al fine di poter dare qualità.

Per risparmiare tempo potremmo adottare una comunicazione "facile", quella che fa uso di s.m.s. o e-mail. Qualcuno potrebbe rimanere dispiaciuto perché negli ospedali non si possa comunicare in tal modo! Comunicare richiede ascolto e l'ascolto richiede tempo, che non è mai abbastanza.

Ma un paziente come interpreta quei passi che fanno rumore nella corsia?

Quelle mani che lavorano sul proprio corpo per medicare, prelevare e rilevare dati?

Riporto di seguito un sunto di una lettera scritta da una paziente anziana, ricoverata in U.T.I.C. che forse può aiutare gli Operatori della salute a meglio comprendere come, spesse volte, la comunicazione può diventare fondamentale per favorire e concretizzare

**NON GUARDARMI E BASTA!
IL MIO CORPO E' BRUTTO, INVECCHIATO...
HO GIA' I MIEI ANNI CHE ME LO RICORDANO,
CON TUTTI GLI ACCIACCHI CHE MI PORTO DIETRO.
TI VEDO CAMMINARE
PER QUESTA TERAPIA INTENSIVA,
CORRERE QUANDO C'E' UN'URGENZA,
LAVORARE IN SILENZIO
E SODDISFARMI NEI MIEI BISOGNI.
PERO' ... ASCOLTAMI,
FORSE, SE TI PARLO, POSSONO SEMBRARE MIGLIORI
ANCHE QUESTI MOMENTI,
CHE È TUTTO CIÒ CHE MI RESTA!**

Una paziente ricoverata nel P. O. Barletta

rola: la sua posizione è fisicamente prossima ad aree del cervello dedicate al controllo dei movimenti. Una lesione di quest'area determina l'afasia motoria, con conseguente perdita della capacità dell'emissione del linguaggio. In questa società post-industriale si è abituati a ragionare in termini qualità e prodotto, e se

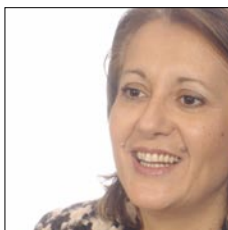
un servizio alla persona adeguato scientificamente, ma che sia soprattutto umano.

Ecco quindi che la comunicazione può diventare un bisogno primario nei processi di guarigione, facendo in modo di ricordare che tra i compiti del SSN c'è anche quello di insegnare a vivere meglio la malattia.



QUALITÀ' E NURSING: LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Carmela
MARSEGLIA



La Pubblica Amministrazione sta vivendo una stagione di profonde riforme con l'obiettivo del cambiamento; per renderla più semplice, più snella, più vicina ai cittadini.

A tal fine sono state avviate molteplici iniziative per migliorare il rapporto con i cittadini e la qualità dei servizi erogati mediante uno sforzo prodotto, in parte per impulso di provvedimenti normativi, in parte dietro le sollecitazioni degli stessi utenti, più esigenti e desiderosi di ottenere attenzione e partecipare alle scelte. In particolare, sotto il profilo normativo, il recente Decreto leg.vo 30 luglio 1999 n. 286 concernente la qualità dei servizi pubblici recita all'art. 11:

“I servizi pubblici nazionali e locali sono erogati con modalità che promuovono il miglioramento della qualità ed assicurano la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione, nelle forme, anche associative, riconosciute dalla legge, alle inerenti procedure di valutazione e definizione degli standard qualitativi...”. In questo pro-

cesso i servizi sanitari occupano un posto centrale sia per l'importanza che essi hanno per i cittadini, sia per il valore paradigmatico della riforma sanitaria nei riguardi di un effettivo decentramento e di una nuova concezione della Pubblica Amministrazione come azienda di servizi.

Il mandato istituzionale dell'azienda sanitaria deve essere interpretato attraverso un sistema di valori che guidano lo sviluppo dell'offerta dei servizi sanitari e che nascono da una percezione globale del bisogno di salute.

Essi si riferiscono in prima istanza ad una lettura antropologica del paziente, che deve essere accolto dal sistema nella sua interezza di uomo e non solo come portatore di patologie. I processi decisionali sono spesso percepiti dal pubblico come oscuri e lontani. Inoltre, l'invecchiamento della popolazione, le nuove

tecnologie biomediche, le disuguaglianze di salute introducono nuovi elementi nelle politiche sanitarie in termini di cultura delle prestazioni e di modalità di fornitura di servizi. Le autorità politiche e i fornitori di servizi avvertono l'esigenza di coinvolgere i cittadini nei processi decisionali con lo scopo di rinnovare l'interesse per una più diretta interazione fra i cittadini e coloro che sono responsabili delle politiche pubbliche, incluse quelle relative al sistema sanitario.

**“I processi decisionali
sono spesso percepiti
dal pubblico
come oscuri e lontani”**





Diverse ricerche hanno cercato di esplorare le esperienze e le aspettative dei pazienti e dei cittadini attraverso questionari, interviste, focus group. I pazienti interpellati formulano richieste che qualche volta ribaltano il concetto tradizionale di assistenza, con priorità non ovvie: per esempio al paziente è gradito un rapido intervento in caso di emergenza, ma ugualmente importanti sono aspetti come la riservatezza, la possibilità di partecipare a conferenze e congressi sulla propria patologia, o la spiegazione dello

scopo di un test diagnostico.

La dimensione «politica» della partecipazione si ha quando i cittadini inter-

vengono direttamente nelle scelte, discutono di standard, cercano di influenzare le discussioni sull'allocazione delle risorse, si esprimono sulle priorità, propongono nuovi servizi o interventi di miglioramento degli stessi, tentano di praticare forme di controllo o di rivendicazione o di contrattazione.

L'aumentato coinvolgimento, la capacità di costruire insieme, la creazione di una sfera pubblica per il dialogo sono stati antidoti alla crescita di individualismo osservata negli anni ottanta e debbono rappresentare oggi l'opportunità sulla quale costruire **solidarietà' e federalismo sanitario.**

Il coinvolgimento dei pazienti e della comunità può avvenire a diversi livelli:

- può riguardare la salute dei singoli pazienti e le scelte terapeutiche;
- può riferirsi alla presenza e alla qualità dei servizi sanitari;
- accesso alle strutture ospedaliere e agli ambulatori;
- disponibilità delle terapie;
- riduzione delle liste d'attesa;
- miglioramento dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri;
- contributo alla ricerca clinica e alla spe-

rimentazione di farmaci;

- può coinvolgere la collettività e i pazienti nella scelta di priorità, nella pianificazione e organizzazione dei servizi.

Coloro che sottolineano l'importanza del coinvolgimento credono che la partecipazione contribuisca a migliorare e rendere più accessibili i servizi e a migliorare la salute e la qualità della vita dei pazienti. Oltre a queste ragioni, ne esistono altre, legate all'esigenza di coinvolgere i cittadini nelle scelte operate dai sistemi sanitari nazionali, di costruire un consenso partecipato intorno all'organizzazione e alle modalità di fornitura dei servizi.

Un importante ruolo nel coinvolgimento dei pazienti in sanità è giocato dalle Associazioni di Tutela* e dalle Associazioni dei Pazienti^.

“Un importante ruolo nel coinvolgimento dei pazienti in sanità è giocato dalle Associazioni di Tutela e dalle Associazioni dei Pazienti”

CITTADINANZATTIVA

È una organizzazione non governativa fondata nel 1978, «movimento federativo democratico che opera nell'ambito della tutela dei diritti dei cittadini e della promozione della partecipazione civica». E' presente su tutto il territorio nazionale con oltre 200 sedi. Per la tutela del diritto alla salute ha fondato, nel 1980, il Tribunale per i diritti del malato. Nel 2001, per confrontare le esperienze e rafforzare la collaborazione con le istituzioni nazionali ed europee ha istituito il Network Active Citizenship (ACN) con l'adesione di 70 organizzazioni civiche di 30 paesi membri o candidati dell'Unione Europea. Cittadinanzattiva attribuisce un valore strategico alla scelta di coinvolgere i cittadini nel produrre una propria valutazione, tecnicamente strutturata, sulla qualità dei servizi.

Le due esperienze di Cittadinanzattiva, riferite ai servizi sanitari, che hanno prodotto i più importanti sviluppi metodologici della valutazione civica (una forma innovativa di intervento dei cittadini nella società) sono Ospedale sicuro e Audit civico.

L'Audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni di cittadini, è riconosciuto dal Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri come strumento per la valutazione dei servizi dal punto di vista dei cittadini.



ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI

Queste organizzazioni sono aumentate negli ultimi anni e hanno spesso partecipato alla progettazione e organizzazione dei servizi. Sono accomunate dalla nascita come risposta a una malattia e dallo sviluppo in risposta ai successivi bisogni. I loro scopi sono:

- fornire informazioni e supporto ai membri e al pubblico;
- sensibilizzare amministratori e politici alle loro esigenze;
- mettere a fuoco eventuali carenze nei servizi;
- promuovere l'uso di particolari trattamenti e farmaci;
- attività di advocacy e di lobbying svolte a livello nazionale e internazionale per ottenere l'emanazione di norme e linee guida che tutelino i diritti dei pazienti e migliorino i servizi a loro destinati.

Il processo di consultazione non può prescindere da trasparenza e apertura nelle procedure di decisione. I servizi devono nascere dal contributo dei pazienti, ma questi ultimi devono avere fiducia nelle autorità, negli operatori e non devono sottovalutare la complessità che caratterizza l'attività sanitaria, preparandosi adeguatamente al coinvolgimento che intendono promuovere o al quale sono chiamati. La "Commission on Global Governance" delle Nazioni Unite, nel 1994, ha presentato un rapporto in cui si afferma che gli Stati non possono più portare da soli l'intero peso della soluzione dei problemi della società, ma devono considerare come forze di governo anche altri attori, capaci di incidere significativamente sui risultati. A ciò si è giunti non solo per le considerazioni già espresse, ma anche per il nuovo ruolo di corresponsabilità e di partecipazione diretta che si attribuisce ai cittadini, al fine di garantire soluzioni ai problemi concreti e affermare il rispetto dei propri diritti.

BIBLIOGRAFIA

- Decreto Legislativo n. 229 del 19.6.1999 "Norme per la razionalizzazione del SSN a norma dell'art. 1 della L. 30.11.1998 n. 419, Supplemento G.U. s.g. n. 165 del 16.7.1999.
- Programma PNLG Nazionale "Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità" 2006.
- Kenneth Bailey, Metodi della ricerca sociale, Il Mulino, 1998.
- Claudio Bozzi-Mauro Palombo, Questionari e dintorni, Arnaud-Gramma, 1995.



INFERMIERISTICA IN ONCOLOGIA

Michela
CESAREO



La ricerca infermieristica in oncologia è uno strumento cardine, che collega la teoria alla pratica e fa da anello di congiunzione tra formazione e servizi, producendo le conoscenze e le evi-

dienze scientifiche che sono alla base della competenza infermieristica e dell'autonomia professionale, in un momento in cui è forte l'esigenza di coniugare responsabilità, standardizzazione e centralità della persona-utente. Lo scopo della ricerca infermieristica in oncologia è quindi quello di definire e validare la pratica favorendo il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale e di comunità, sia essa preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, al fine di determinare standard di assistenza infermieristica. Per promuovere tale ricerca occorre lo sviluppo sia di strategie che di risorse, in modo da fornire all'infermiere l'opportunità di svolgere le ricerche e applicarne i risultati.

Il modello italiano non prevede ancora una figura istituzionalizzata che segua dalla nascita alla chiusura lo sviluppo dei protocolli di ricerca clinica. L'infermiere di ricerca sviluppa le seguenti funzioni: aiuta il referente del protocollo nel disegnare e sviluppare il protocollo; aiuta la direzione scientifica, il comitato di ricerca, il comitato etico, nell'apertura e chiusura del protocollo; verifica la presenza dei consensi informati e delle indicazioni previste nel protocollo; aiuta nella raccolta dati della storia della malattia e di altri dati richiesti dal protocollo; educa il personale che viene a contatto con il protocollo; provvede ad informare il paziente

di tutti i passaggi previsti; raccoglie i dati di laboratorio richiesti; riporta gli eventi avversi; aiuta nella gestione di studi farmacologici.

La chemioterapia può essere somministrata secondo varie modalità: per via orale, sottocutanea, intramuscolare, endovenosa, intraperitoneale, intrarteriosa e intraventricolare. I

pazienti che ricevono la chemioterapia per via orale necessitano di istruzione accurata sul dosaggio, e sul regime di somministrazione, oltre che una verifica sistematica degli effetti collaterali e dell'aderenza allo schema di trattamento. La via endovenosa rappresenta la modalità di somministrazione più comune della che-

“lo scopo della ricerca infermieristica è quindi quello di definire e validare la pratica”



mioterapia, tuttavia le vie di somministrazione impiegate meno frequentemente, come la via orale, sottocutanea e intramuscolare richiedono la stessa attenzione e lo stesso impegno nell'informazione al paziente e nella verifica dell'effettuazione del trattamento. L'adeguatezza della somministrazione dei farmaci costituisce una tematica centrale dell'assistenza infermieristica ai pazienti oncologici. A tale riguardo sono necessarie conoscenze e competenze tecniche adeguate.

La conoscenza dei farmaci, dei dosaggi, della via e velocità di somministrazione, degli effetti collaterali, delle misure preventive volte a ridurre al minimo la tossicità e delle modalità di trattamento delle possibili reazioni avverse è essenziale

per una adeguata assistenza al paziente oncologico. L'informazione e l'addestramento al riguardo, devono far parte della formazione di base dell'infermiere sulle modalità di somministrazione della chemioterapia. Le istituzioni dovrebbero

fissare delle linee-guida per la pratica infermieristica oncologica e l'identificazione di procedure relative alla formazione del personale, alla somministrazione della chemioterapia, al trattamento degli stravasi e delle reazioni allergiche, alla manipolazione e allo smaltimento dei farmaci, alla gestione degli accessi venosi, alle modalità di documentazione delle terapie e agli standard.

Per concludere si può senz'altro affermare che la ricerca infermieristica in campo oncologico, risulta essere un potente mezzo rivolto a migliorare la qualità dell'assistenza. L'Oncologia richiede agli infermieri di dotarsi di flessibilità e di essere in grado di integrarsi con le diverse esigenze di un servizio sanitario sempre più rivolto a dare

risposte appropriate e valide alla domanda di salute del singolo e della collettività. Per questo è fondamentale migliorare le competenze degli infermieri e di conseguenza le condizioni di assistenza dei malati di cancro e delle loro famiglie.

**“la ricerca infermieristica
in campo oncologico,
risulta essere un potente
mezzo rivolto a migliorare
la qualità dell'assistenza”**

BIBLIOGRAFIA

- BOLLETTINO SIFO. Verso una standardizzazione delle procedure. Gen.-Feb. 45(1), 13-19, 1999.
- BROWN J., Extravasation of cytotoxic chemotherapy from peripheral veins. Eur. J. Oncol. Nurs. 2(1), 51-58, 1998.
- CAMP-SORRELL D., Developing extravasation protocols and monitoring outcomes. J. Intraven. Nurs. 21(4), 239-239, 1998.
- KESSENER E., Evaluation and treatment of chemotherapy extravasation injuries. J. Pediatr. Oncol. Nurs. 17(3), 135-148, 2000.
- LOBIONDO-WOOD G., HABER J., Metodologia della ricerca infermieristica. Milano, Mc Graw-Hill, 12.
- PATTISON J., Managing cytotoxic extravasation. Nurs. Time 98(44), 32-34, 2002.
- RODRIGUEZ D., Assistenza modelli d'efficacia. L'infermiere n.1/36-38, 2000.
- SPINSANTI S., Bioetica e nursing. Milano, McGraw-Hill, 2001.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Idolo **CAVAGGION**

■ Fondi europei per la Sanità

Più assistenza sul territorio e più deospedalizzazione. Saranno stipulati, secondo l'annuncio del presidente della Regione Puglia, appositi accordi di programma con le ASL per l'avvio della spesa di poco meno di duecento milioni di euro. 132 milioni dei fondi Fers saranno spesi per 92 progetti, 65 milioni dei fondi Fas per 35 progetti. Una progettualità complessiva che va dall'istituzione di nuovi poliambulatori, o centri di servizi sociali, oppure alla realizzazione delle Case per la Salute.

■ Dipartimenti di prevenzione

Approvato in III Commissione regionale Sanità il regolamento sui Dipartimenti di prevenzione. Saranno sei i Dipartimenti (a fronte dei 12 precedenti) con competenze territoriali per ciascuna ASL, articolati in altrettanti sei Servizi: Igiene e Sanità pubblica (Sips); Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro (Spesal); Igiene degli alimenti e della nutrizione (Sian); Sanità animale (Siav/Area A); Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (Siav/Area B) e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Siav/Area C). Ciascun dipartimento avrà un direttore nominato dal Direttore generale della ASL, responsabile per il raggiungimento degli obiettivi e delle risorse assegnategli.

■ Sanità penitenziaria

Nell'ambito delle modalità e dei criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria, la Giunta regionale pugliese ha istituito l'Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria. A tale nuovo organismo spetta il compito di valutare gli interventi

a tutela della salute, erogati in favore della popolazione sottoposta a provvedimento penale, nonché redigere le "Linee guida regionali" per la tutela della salute in ambito penitenziario, a favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a provvedimenti penali.

■ Andria: nuovo ospedale

Ancora incontro interlocutorio, lo scorso fine maggio, tra l'assessore regionale alle Politiche della Salute, il direttore generale dell'ASL Bat e il sindaco di Andria per la realizzazione del nuovo ospedale. In considerazione della complessità delle operazioni per l'avvio delle relative procedure amministrative, e tenuto conto della contingenza elettorale, si è convenuto di aggiornare la riunione, allargando la nuova consultazione anche ai sindaci dei comuni di Canosa e Minervino Murge.

■ Oncologico di Bari

Si chiama *Pivka* il nuovo biomarcatore tumorale nato in Puglia, nel laboratorio oncologico Giovanni Paolo II di Bari, scoperta che ha attirato anche l'interesse dello statunitense National Cancer Institute. Ci sono voluti tre anni di lavoro, le professionalità di 120 ricercatori e la spesa di due milioni e mezzo di euro per giungere a tale importante risultato nel campo della cura dei tumori.

(da *Tuttosanità*)

■ Numero europeo per le emergenze

Un infarto mentre si è in vacanza in una nazione dell'UE, oppure un'aggressione in una capitale europea come in qualsiasi altro paesino, o ancora una qualsiasi emergenza di pericolo per la propria salute: la prima cosa da fare sarà quella di digitare il **112** sul proprio cellulare o su un telefono fisso. E' il numero di emergenza unico, che finalmente è operativo in tutta Europa. La



linea telefonica salvavita gratuita è stata istituita dall'Unione Europea nel 1991, per migliorare l'accessibilità ai servizi di emergenza. In Italia, il 112 si affiancherà al 113, al 115 e al 118 senza sostituirli, anche se nel nostro Paese mancano ancora operatori del 112 in grado di parlare lingue straniere o servizi di interpretariato.

■ **Malattie rare: numero verde**

Il numero verde 800.89.69.49, istituito dal Centro nazionale malattie rare, è nato dall'esigenza: di fornire informazioni corrette su tali patologie, appropriate e personalizzate; aiutare il paziente e il suo medico curante ad individuare il problema e le risorse per poterlo gestire; sostenere la persona nel momento di crisi. Dalle ore 9 alle ore 13 di ogni giorno un'equipe di esperti registra le richieste in forma anonima e si occupa di fornire indicazioni utili, riservandosi una consulenza in più tempi nel caso di quesiti complessi, o che comunque non possono ottenere una risposta immediata.

■ **Più day hospital con i nuovi LEA**

La nuova Sanità preconizzata dall'attuale ministero del Welfare prevede una rivoluzione nell'assistenza al malato. Sono previsti meno ricoveri ospedalieri e più day hospital, con un potenziamento dell'assistenza ambulatoriale anche per alcuni interventi chirurgici fra cui la ricostruzione della palpebra, la cataratta e gli interventi sul cristallino, nonché alcuni tipi di intervento che vanno dall'artroscopia all'artroplastica: Anche le visite specialistiche e le analisi seguiranno piani terapeutici che ne certificheranno la necessità. Saranno circa 500 le nuove classi di estrazioni ospedaliere previste dai nuovi LEA, quasi 2500 le prestazioni specialistiche, circa 2mila i presidi monouso o protesi su misura, un centinaio i programmi di prevenzione collettiva. Con la nuova riforma delle cure, lo Stato vuole risparmiare circa 2 miliardi di euro.

■ **Cure palliative e biotestamento**

Hanno intrapreso l'iter parlamentare, per le relative approvazioni, le leggi sul testamento biologico e le cure palliative. Due temi che hanno appassionato l'opinione pubblica e il mondo scientifico, specie quello sul biotestamento, dopo gli ultimi casi in cui si è chiesto l'intervento della magistratura per decidere sul destino di malati, tenuti in vita allo stato vegetativo. E' in discussione prima il testo sulle terapie antidolorose da garantire ai malati cronici e a quelli terminali, seguito dal dibattito, per l'approvazione, delle norme sul testamento biologico. Per il primo provvedimento le resistenze sono di natura economica (è mancata la copertura finanziaria), per il secondo provvedimento il terreno minato del dibattito è quello della bioetica.

■ **Biofotonica**

La Fotonica per le Scienze della Vita, indicata per brevità con il termine di "Biofotonica", è oggi in grado di fornire tecnologie e strumenti, sia di tipo diagnostico che terapeutico, basati sull'interazione della radiazione luminosa con i tessuti biologici. Grazie a tali strumenti e tecnologie, è possibile, come noto, rilevare e curare molte delle principali patologie fin dagli stadi precoci, utilizzando metodi di indagine microscopica e spettroscopica, che si spingono fino a livelli cellulari e molecolari, con procedure minimamente invasive, realizzate in maniera personalizzata per le necessità dei pazienti.

Fra gli sviluppi più promettenti della Biofotonica sono da annoverare: i microbiochips; le tecniche di nanobiofotonica, con nuove microspie per l'analisi morfologica dei tessuti direttamente sul paziente (senza rimozione di campioni); dispositivi laser chirurgici di elevatissima precisione; l'uso corrente delle *optical tweezers*, pinzette ottiche che permettono di intrappolare e muovere le cellule intere o le proteine al loro interno.

a cura di
Loredana
CAPPELLI

CORSI E CONVEGNI

■ **EVIDENCE BASED NURSING:
LE SCALE DIVALUTAZIONE
DELL'ASSISTENZA**

Roma, 1 settembre 2009

INFO: Società Italiana di Nursing

Tel: 34784655074

e-mail: latina@nursind.it

■ **CORSOTEORICO- PRATICO
DI RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE DI
INTERESSE CARDIOLOGICO
LE TECNICHE RIABILITATIVE
IL RUOLO DELL'INFERMIERE
NEL TEAM MULTIDISCIPLINARE**

Rodi Garganico, 5-6 settembre 2009

INFO: Franchino Giuseppe

Tel: 080 4393340 Fax : 080 2143891

e-mail: franchino@katamail.com

■ **COLONSCOPIA,
POLIPECTOMIA E DINTORNI**

San Giovanni Rotondo, 4 Luglio 2009

Info: Area Qualità

Tel: 02 5512322 Fax: 02 5512322

e-mail: info@areaqualità.com

■ **ATTUALITA' IN
NEURORIABILITAZIONE**

Bari, 9-10 Luglio 2009

INFO: Centro Italiano Congressi

Tel. 080 5043737

Fax: 080 5043736

e-mail: info@cicsud.it

■ **AICO PUGLIA
SAFE SURGERY SAVES LIVES
RUOLO E RESPONSABILITA'
DELL'INFERMIERE**

INFO: Giordano Pietro, Palamà Francesco

Bari, 4-5 dicembre 2009

Tel: 3334053799 3398257858

■ **CNAI PUGLIA
LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO**

Conversano, 25 - 26 settembre 2009

INFO: Dott. Tampone

Tel: 3391191238

e-mail: tampone@nursingazzurro.it

■ **IL PAZIENTE CON INCONTINENZA
URINARIA E FECALE:
RIABILITAZIONE
DEL PAVIMENTO PELVICO**

Taranto, 4-5 settembre 2009

INFO: Associazione benessere sociale

Tel: 099 7791980 Fax: 099 7791980

e-mail: info@absc.it

■ **APPROCCIO CLINICO
AL PAZIENTE ANZIANO**

Monte Sant'Angelo, 18-19 settembre 2009

INFO: Totaro Giuseppe

Tel: 0884565954 Fax: 0884565954

e-mail: dirsafg2@libero.it

■ **LA DOCUMENTAZIONE
INFERMIERISTICA
E LA RESPONSABILITA'
PROFESSIONALE**

Lecce, 12 settembre 2009

INFO: Silvia Pio

Tel: 051 300100 Fax: 051309477

e-mail: s.pio@planning.it

■ **GESTIONE DEI FLUIDI
NELLO SCOMPENSO CARDIACO**

Altamura, 16-17 Ottobre 2009

INFO: Acmesi srl

Tel: 080 9904421 Fax: 080 9753634

e-mail: terrydellino@acmesi.net

■ **48° CONGRESSO
NAZIONALE ADOI**

Venezia Lido, 6-7 Novembre 2009

INFO: The office srl

Tel: 040 3683431 Fax: 040 368808

e-mail: adoi2009@theoffice.it

www.theoffice.it/adoi2009

■ **CNAI
NURSING SENSITIVE OUTCOMES:
È POSSIBILE MISURARE
L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Orvieto, 22-23-24 ottobre 2009

INFO: Effegi Viaggi

Tel: 0763 344666 Fax: 0763 343943

e-mail: valeria@effegiviaggi.it

