

Filodiretto

1/2
numero

Anno XXX/ numero 1/2 gennaio/aprile 2012 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari
n° 732/83 / Periodico dei Collegi IPASVI delle Province di Bari e Barletta Andria Trani

IL PRIMATO DELLA SANITÀ PUGLIESE



in evidenza

EDITORIALE

RICERCA
INFERMIERISTICA

PROFESSIONE
IN AZIONE

“Striscia la notizia”
muove la
Sanità pugliese

Tatuaggi
e piercing

La Puglia al centro
dell’infermieristica
italiana



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e
Barletta-Andria-Trani
Anno XXX - N° 1/2 gennaio-aprile 2012
Spedizione in A.P.
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

PERIODICO DEI COLLEGI INFERMIERI,
INFERMIERI PEDIATRICI, ASSISTENTI
SANITARI DELLE PROVINCE DI BARI E
BARLETTA - ANDRIA - TRANI

Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra, 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 2 aprile 2012

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco
Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

Saverio Andreula, Loredana Cappelli, Maria Caputo,
Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Vincenza Anna Fusco,
Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia,
Giuseppe Notarnicola, Bernardo Valente,
Clementina Sfregola, Savino Petruzzelli

Segreteria di Redazione

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

Hanno collaborato

Domenico Antonelli, Grazia Barbara Bevilacqua, Erba Bjedi,
Mauro Di Pinto Grande, Giuseppe Donativo, Antonella La
Torre, Angelica Misino, Giuseppe Papagni, Concetta Tassielli,
Elsa Vitale

Foto di Vanessa Manghisi

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 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 **1/2**

EDITORIALE

3 "STRISCIA LA NOTIZIA" MUOVE LA SANITÀ PUGLIESE

Saverio Andreula

PROFESSIONE IN AZIONE

5 LA PUGLIA AL CENTRO DELL'INFERMIERISTICA ITALIANA

Giuseppe Donativo

8 AGORÀ SUL SISTEMA SANITARIO PUGLIESE

Pasqualina Caramuscio

9 LA TUTELA UN ELEMENTO ESSENZIALE NELL'ETICA PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

Concetta Tassielli, Elsa Vitale

13 ANALISI ORGANIZZATIVA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Vanessa A. Manghisi

15 IL DOLORE PASSA, L' AVER SOFFERTO MAI...

Angelica Misino

17 COMPETENZE NON TECNICHE E AFFIDABILITÀ ORGANIZZATIVA

Antonella La Torre, Vanessa A. Manghisi

20 CRONICITÀ E DISABILITÀ

Giuseppe Marangelli

22 LA VESTIZIONE È UN ATTO LAVORATIVO

Giuseppe Papagni, Mauro Di Pinto

RICERCA INFERMIERISTICA

23 TATUAGGI E PIERCING

Grazia Barbara Bevilacqua

IN PUGLIA

25 PER I PAZIENTI CRONICI C'È "NARDINO"

Domenico Antonelli

INFORMAZIONE

27 STOMA CARE IN ETÀ PEDIATRICA

Erba Bjedi, Concetta Tassielli

INSERTO 1/2

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Comitato di redazione

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



“STRISCIA LA NOTIZIA” MUOVE LA SANITÀ PUGLIESE

Saverio
ANDREULA



La sanità pugliese è in uno stato di “blackout” e rischia di collassare. La causa consegue ai dati che si riscontrano sul deficit che presenta il comparto sanitario pugliese in via di un’ulteriore

aggravamento a causa dei numerosi “contenziosi amministrativi” attuati da molte strutture sanitarie convenzionate cui la regione ha applicato una rilevante stretta ai finanziamenti. Le stime che circolano sulla mobilità passiva (cittadini che si recano in altre regioni per ottenere risposta ai propri bisogni di assistenza sanitaria in tempi più rapidi rispetto a quelli di casa nostra) sono preoccupanti; sale vertiginosamente il volume di attività erogate da strutture sanitarie di altre regioni ai cittadini pugliesi, soprat-

tutto nell’ambito della diagnostica e della riabilitazione. Se le stime troveranno conferma la condizione di “profondo rosso” nei conti penalizzerà oltremodo cittadini e professionisti sanitari, primi tra tutti Noi Infermieri. La situazione descritta ci preoccupa, ci sono tutte le premesse per subire un’altra rettifica del piano di rientro dalla spesa concordato con il Governo, e tanto traccia un futuro incerto e ricco di debiti per la voce principale del bilancio regionale; i provvedimenti duri e impopolari che la giunta Vendola sarà costretta ad attuare per gli impegni assunti a Roma sono imprevedibili e apriranno scenari inconsueti su cui la politica muoverà i propri tentacoli. E già .. la politica, quella con la P minuscola, ha perso il controllo del bilancio regionale, passato totalmente nelle mani dei Direttori generali delle ASL e, in alcuni casi, nelle mani, anzi nei servizi, di Mingo e Fabio di “Striscia la notizia”. Sono le sortite di “striscia” che muovono le “buone pratiche” costringendo la politica e i Direttori generali pugliesi (tutti testati sulle competenze e tutti

»»

ETTORE ATTOLINI, NUOVO ASSESSORE DELLA PUGLIA ALLA SANITÀ

Il nuovo Assessore alle Politiche della salute della Puglia si chiama Ettore Attolini. Egli subentra al Prof. Tommaso Fiore, che si è dimesso. Il dott. Ettore Attolini è nato a Bari il 10 giugno 1955, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di Bari. Dipendente del SSN dal 1988 inizialmente presso il Presidio Ospedaliero di Gioia del Colle (ex AUSL BA/5) con la qualifica di aiuto medico e presso l’Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari in qualità di dirigente medico di I livello di Medicina Interna. Dal marzo 2002 all’ottobre 2008 ha ricoperto l’incarico di dirigente medico “Responsabile dell’Ufficio Qualità”, dell’Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari. Dal 31 ottobre 2008 ricopre l’incarico di Direttore dell’ Area di Programmazione e Assistenza Ospedaliera presso l’Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) della Regione Puglia. Il dott. Ettore Attolini “un uomo di assoluta onestà e grande mitezza ma anche di grande determinazione, un tecnico che lavora da sempre sulla centralità. Per Vendola, Attolini “è un tecnico che vive la politica nel senso più nobile ed elevato del termine, non quindi come appartenenza o come servilismo nei confronti dei partiti ma come attento interlocutore della comunità degli ammalati e degli operatori sanitari”.

distanti dalla politica?) come recentemente affermato dal Presidente Vendola, a rispondere del proprio operato e a dare risposta ai bisogni di salute dei cittadini. Tutto ciò non può più essere.

Ribadiamo con forza che i nodi vanno sciolti non già con impegni mediatici. Il Sistema sanitario pugliese va riprogettato a partire dalla definizione dei modelli organizzativi. Vanno strutturati percorsi assistenziali, centrati sugli utenti, capaci di garantire prestazioni sanitarie di qualità secondo criteri scientifici riferibili alla buona pratica assistenziale e soprattutto va chiesta una deroga speciale per assumere Infermieri che rappresentano in assoluto la professione più carente nelle dotazioni organiche delle strutture sanitarie pugliesi.

Noi confidiamo nelle capacità del nuovo assessore alle Politiche sanitarie della Puglia Ettore Attolini, che evidenzia nel suo qualificato curriculum, significative esperienze nell'ambito delle buone pratiche. Egli certamente vorrà utilizzarle per costruire un percorso di qualità considerando essenziale

e prioritario il ruolo della professione Infermieristica in questo momento di strette obbligate. Aspettiamo segnali concreti dall'Assessore rispetto ad una serie di criticità che oggi vive la professione infermieristica in ogni ambito di attività, dalla formazione all'esercizio professionale e in particolare alla condizione di precarietà del lavoro che ha raggiunto livelli insostenibili.

L'Assessore Attolini è perfettamente consapevole che senza il confronto costruttivo con gli Infermieri pugliesi i tagli in corso non serviranno a riportare ordine nei conti e nella organizzazione dei servizi sanitari.

Altrimenti la conflittualità degli infermieri pugliesi, che ha ragione di esistere, potrebbe aumentare significativamente al punto di creare enormi disagi al corretto funzionamento del sistema. Siamo certi che l'Assessore ci ascolterà perché abbiamo ragione di pretendere attenzione al nostro lavoro e dare attenzione alla salute dei cittadini pugliesi.

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARI

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2011
- 3) Bilancio di previsione 2012

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42, in prima convocazione alle ore 16.30 del 11/04/2012 ed in seconda convocazione presso il polo formativo "Santa Caterina da Siena" del P.O. "Di Venere" Carbonara - Bari alle ore 16,00 del 20/04/2012. 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 *Saverio Andreula*

DELEGA PER L'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI DELLA
PROVINCIA DI BARI

IL SOTTOSCRITTO _____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2012

DATA _____

FIRMA _____



LA PUGLIA AL CENTRO DELL'INFERMIERISTICA ITALIANA

A Bisceglie e Pugnochiuso due appuntamenti nazionali

Giuseppe
DONATIVO



L'infermieristica presente e futura si incontrano a Pugnochiuso.

L'Infermieristica italiana è stata protagonista in questi anni di un processo di crescita e di sviluppo, passando da professione

ausiliaria e poco riconosciuta a professione intellettuale.

Il Sistema sanitario del nostro paese è in un momento di forte cambiamento per effetto del trasferimento alle Regioni di potestà legislativa in materia sanitaria, in attuazione alle modifiche introdotte al titolo V della Costituzione. Ciò porta le stesse a definire compiutamente i propri modelli organizzativi definendo la collocazione funzionale di tutti i professionisti sanitari. E gli Infermieri? ... come vivono la propria attività professionale, dalla formazione all'esercizio professionale, nella sanità delle Regioni? E' questo uno degli interrogativi a cui l'evento nazionale che la Puglia ospiterà a Pugnochiuso (Vieste - Foggia) dal 1° al 4 giugno dal titolo "Update sull'infermieristica italiana nella sanità delle regioni" dovrà rispondere.

L'evento, giunto alla 12° edizione è unico nel suo genere in Italia poiché organizzato ed implementato grazie alla collaborazione di numerosi Collegi IPASVI, coordinati dal Collegio di Bari, che assicurano la presenza di Infermieri e Studenti in Infermieristica provenienti da ogni parte d'Italia. E'

un'occasione unica per comprendere, nelle tre giornate di studio, lo stato dell'arte sull'infermieristica italiana. Per migliorare le abilità degli infermieri nella metodologia della ricerca è stato indetto un concorso di ricerca per gli studenti del corso di Laurea in Infermieristica in abbinamento all'evento formativo.

Il concorso di ricerca promosso dai Collegi patrocinanti con la collaborazione dell'Associazione Infermieri del Mediterraneo, è strutturato sulla produzione di un elaborato scritto o di un poster prodotto da un gruppo (max 3) di studenti con proposte originali e inedite, rispondendo alle peculiarità scientifiche e tecnologiche richieste dal seguente titolo: "strutturare il miglior percorso professionale per rendere concreti, misurabili e soprattutto osservabili dalla persona assistita gli standard etici di cui si è appreso durante il periodo della formazione".

L'idea, nasce dalla volontà di promuovere attività di studio e ricerca secondo le più attuali evidenze scientifiche creando un confronto tra diverse realtà territoriali, al fine di realizzare un confronto continuo di crescita professionale tra i popoli e le culture che condividono la stessa area geografica. Una bella iniziativa, a cui va il merito, in questo momento storico di crisi sociale e in cui il divario tra il Nord e il Sud sembra accentuarsi, di unire i poli formativi universitari delle diverse province italiane con i relativi Collegi IPASVI patrocinanti il progetto, con l'obiettivo comune di stimolare e sviluppare l'expertise degli infermieri in formazione. L'infermieristica è una disciplina che si mantiene viva solo se è capace di innovarsi, di evolversi, di esplorare nuove cono- >>



scienze, diventando così punto di partenza per gli studenti che intendono partecipare al concorso e stimolare la ricerca sul campo. La domanda di presentazione al concorso, in carta semplice, dovrà essere in-

dirizzata al Presidente del Collegio IPASVI della Provincia di Bari, in Viale Salandra, 42, maggiori informazioni sulle modalità di partecipazione sui siti: www.ipasvibari.it/ e www.ipasvibat.it.

OBIETTIVI FORMATIVI EVENTO DI PUGNOCHIUSO

INTERROGARSI sulle prospettive di crescita della professione sanitaria di Infermiere considerando il ruolo delle Regioni e dello Stato nell'offerta dei servizi sanitari sempre più in difficoltà economica nel mantenimento dell'attuale rete di servizi e di offerta sanitaria. **INDIVIDUARE** le risposte più adeguate e rispondenti alle aspettative dei cittadini che gli Infermieri sono capaci di dare poiché professionisti in grado di progettare e attuare processi e percorsi di cura e assistenza adeguati.

CONFRONTARSI sul ruolo dei Collegi nel rapporto con le Università e Regioni in ordine all'azione di rappresentanza professionale con "focus" sull'applicazione delle nuove norme in materia di organizzazione delle Università, definite dalla recente riforma universitaria e della partecipazione dei Collegi nell'attività di programmazione sanitaria.

ANALIZZARE cinquant'anni di work in progress nell'esercizio professionale e nella considerazione di un profilo deontologico crescente di pari passo all'identità professionale. **VALUTARE** la figura di un professionista, l'infermiere, ancora poco aduso al raggiungimento di obiettivi ed il cui operato è maggiormente improntato al raggio stretto dell'adempimento del compito.

GIUSTIFICARE l'esistenza di una professione dimostrando come i valori etici siano da considerarsi un impegno quotidiano e non un dovere.

DIMOSTRARE che attraverso la lettura del codice e particolarmente tramite l'approccio per parole chiave, l'infermiere intende incidere nella quotidianità, attraverso il suo variegato impegno, sui molteplici fronti nei quali egli è impegnato.

CONSIDERARE il codice deontologico in ordine ai riflessi sul piano della responsabilità professionale.

ANALIZZARE La misura dell'apprendimento rispetto agli insegnamenti di etica, bioetica e deontologia infermieristica nel momento di transito dalla formazione di base all'impegno professionale.

INTERROGARSI sul come strutturare il miglior percorso personale e professionale per rendere concreti, misurabili e soprattutto osservabili dalla persona assistita gli standard etici di cui si è appreso durante il periodo della formazione.

UPDATE sull'Infermieristica italiana nella Sanità delle Regioni

EVENTO FORMATIVO PER INFERMIERI E STUDENTI IN INFERMIERISTICA



A.I.Med
Associazione Infermieri
del Mediterraneo

CREDITI FORMATIVI RICHIESTI
E.C.M.I.



I COLLEGI IPASVI
Agrigento, Bari, Barletta-Andria-Trani, Bergamo, Bologna, Cagliari, Cremona,
La Spezia, Lecce, Modena, Palermo, Perugia, Salerno, Torino, Trapani, Varese.

IN COLLABORAZIONE CON Docenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università
di Bari, Bologna, Modena, Salerno, Palermo, Torino, Varese.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

eventi  congressi

T 349 73 98 399
F 080 22 09 268

eventiecongressi.eu
segreteria@eventiecongressi.eu



1 - 4
GIUGNO '12
Centro Congressi
Pugnochiuso
VIESTE - Foggia



Congresso Nazionale CIVES a Bisceglie. Premiato l'impegno e l'entusiasmo del nucleo Barletta-Andria-Trani

Il VI congresso nazionale CIVES" si svolgerà il 25 e 26 maggio 2012 presso il Teatro Garibaldi in piazza Margherita di Savoia di Bisceglie (BT). Il congresso comprenderà anche la presentazione dell'area congressuale, in p.zza Vittorio Emanuele del modulo S.A.R.I. (Sistema Avanzato Risposta Infermieristica) - un "Ospedale da campo" completamente autosufficiente e provvisto di ogni attrezzatura atta a garantire l'assistenza in emergenza, di nuova generazione. Finalità del S.A.R.I. è fornire al Sistema Nazionale di Protezione Civile e alla popolazione colpita da calamità, team infermieristici qualificati, immediatamente operativi e pienamente autosufficienti sotto il profilo logistico, muniti di attrezzature speciali in grado di fornire adeguato supporto alla presenza di medici sul territorio, anche con riferimento alla rete di medicina generale, dopo attivazione esclusiva del Dipartimento della Protezione Civile. All'iniziativa sono attese circa 500 persone provenienti da tutti i nuclei provinciali d'Italia e tra i relatori saranno presenti personalità di primo piano, oltre che del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale. Per noi Infermieri, la tutela e la protezione della salute delle comunità, è l'obiettivo primario della nostra splendida professione e se CIVES ha assunto, grazie al proprio impegno negli ultimi anni, una sempre maggiore importanza nell'ambito della Protezione Civile, lo si deve in particolare, all'opera di ciascuno dei nostri soci, tutti ci siamo distinti nelle piccole e grandi missioni d'emergenza, rispondendo con generosità e competenza a tutte le necessità. Ecco perché, ancora una volta, attraverso il dialogo tra gli attori coinvolti sugli scenari emergenziali, in questo Congresso verrà posto l'accento su temi molto

importanti, quali la sicurezza dei volontari, l'etica, la deontologia professionale e la responsabilità della gestione dei soccorsi sanitari. Il Convegno è certamente un'occasione di discussione e confronto dei temi sopra citati e di ulteriore conoscenza delle realtà provinciali CIVES, con lo scopo di giungere alla condivisione di percorsi e procedure unitarie, valorizzando i percorsi assistenziali dell'Infermieristica di Protezione Civile.



Vi aspettiamo a Bisceglie e Pugnochiuso



Congresso Nazionale

CIVES. PRINCIPI, VALORI E CULTURA PROFESSIONALE

Il ruolo emergente dell'Infermieristica di Protezione Civile:

il nostro cammino e i nostri progetti per l'innovazione sostenibile del sistema.

Con la sponsorizzazione di



Seguici su:

www.cives-onlus.org
www.ipasvibat.it



INFORMAZIONI

SEDE DEL VI° CONGRESSO NAZIONALE CIVES: Teatro Garibaldi, Piazza Margherita di Savoia, Bisceglie (BT).
COLLEGAMENTI CON LA SEDE CONGRESSUALE: possibilità di servizio navetta gratuito dalla sede congressuale agli alberghi convenzionati, per i due giorni congressuali, spese a carico del nucleo CIVES provinciale Barletta-Andria-Trani.
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Nucleo provinciale CIVES BAT p/o sede IPASVI Barletta-Andria-Trani in via Margherita di Borgogna, 74 - Trani (76125).
INFO: bat@ipasvi.legalmail.it. Telefono: 0883/482500. Fax: 0883/481593
Per ulteriori informazioni sulla procedura d'iscrizione collegarsi ai siti: www.cives-onlus.org oppure www.ipasvibat.it



AGORÀ SUL SISTEMA SANITARIO PUGLIESE

Gli Infermieri nel sistema sanitario pugliese: “la realtà e il futuro”

Pasqualina
CARAMUSCIO



Il 12 maggio, in occasione della giornata internazionale degli infermieri è stata programmata una conferenza sullo stato dell'arte dell'infermieristica pugliese. Gli argomenti che saranno dibattuti sono

nella locandina di fianco. La conferenza impegnerà politici, direttori generali, sindacati e mondo professionale. I motivi della conferenza sono nella considerazione che molte sono le regioni italiane che, forti della propria cultura amministrativa, approfittando dell'attuale situazione politica che le rende protagoniste nel governo delle risorse da utilizzare in ambito sanitario, hanno con successo interpretato i cambiamenti intervenuti e costruito percorsi di valorizzazione del ruolo dell'Infermiere. Le Regioni virtuose in tal senso hanno conseguito risultati concreti sul piano dell'efficacia e dell'efficienza delle cure infermieristiche erogate agli utenti dei servizi sanitari. La Puglia, invero, si è resa protagonista della produzione di una serie di provvedimenti legislativi in materia di sanità, in tema di miglioramento della qualità delle cure infermieristiche ai cittadini, rimaste solo sulla carta e mai attuate. Ancora oggi in molte strutture sanitarie pubbliche pugliesi la presenza numerica di personale Infermieristico non è qualificabile per cui spesso i cittadini ricevono cure infermieristiche non “definitivi tali”. Altresì inesistente, seppur previste

dalle norme regionali, è la possibilità per i cittadini pugliesi, di ottenere cure infermieristiche domiciliari in continuità con quelle ricevute in Ospedale. Questo è un ulteriore sforzo attuato dal Collegio nella sua qualità di Ente di diritto pubblico regolatore della professione infermieristica e di controllo della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate, per migliorare la situazione professionale pugliese.

Le iscrizioni presso il Collegio di Bari.



1ª CONFERENZA PROGRAMMATICA del Collegio IPASVI di Bari

IL SISTEMA SANITARIO PUGLIESE
delineato dal “Piano di rientro”
e le prospettive delle cure infermieristiche

DOTAZIONE ORGANICHE
Piano di rientro e modelli organizzativi delle cure
infermieristiche: quali le equazioni possibili?



LA TUTELA UN ELEMENTO ESSENZIALE NELL'ETICA PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

Concetta
TASSIELLI



Elsa
VITALE



L' "advocacy" o "tutela" è uno dei quattro concetti etici, insieme a "competenza", "cooperazione", e "caring", su cui si fonda la presa di decisioni etiche da parte dell'infermiere. L'advocacy viene spesso definita come il supporto attivo dato a una causa importante (E. Fry). Nel contesto legale il termine advocacy si riferisce

alla difesa dei diritti umani primari a nome di coloro che non sono in grado di farlo per se stessi (Annas).

Il termine "advocacy" viene altresì utilizzato per descrivere la natura del rapporto infermiere - paziente.

In letteratura esistono numerose interpretazioni di advocacy che definiscono tale interrelazione in modi leggermente differenti, essendo tale concetto familiare per tutti i professionisti infermieri da circa trent'anni. Tale termine apparve, in lingua anglosassone, sulla scena mondiale, tanto è vero che è ricompreso in numerosi codici deontologici tra cui quello dell'ANA (American Nursing Association). Il termine di advocacy è interpretato comunemente in riferimento alla relazione infermiere paziente secondo la nota affermazione di Curtin, che descrisse

l'advocacy come il fondamento filosofico della relazione infermiere paziente (1979) ed inoltre affermava che "...il fine ultimo del nursing è il benessere degli altri esseri umani".

Il termine advocacy è comunemente usato in un contesto legale nei paesi anglosassoni, ma lo stesso termine può essere traslato per l'infermieristica, infatti, Gates afferma che per advocacy s'intende "il supporto al paziente in tutte le situazioni assistenziali, per garantire i diritti e gli interessi del paziente in una sincera partnership dove gli infermieri vedono il paziente come un vero amico". Questa definizione enfatizza la natura del rapporto infermiere paziente, ma è criticabile che un amico del paziente possa sempre agire nei migliori interessi del paziente stesso, tale definizione denota anche uno shift verso un atteggiamento paternalistico da parte dell'infermiere.

Kohnke definisce il concetto di advocacy più concisamente "il ruolo di advocacy consiste nell'informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condizionale...".

Mitty, invece, vede questo concetto principalmente come un'attività socio-politica che deve essere esperita dall'infermiere nei vari contesti assistenziali. Tale concetto socio-politico di advocacy fu inaugurato da Kosik che dichiarava "La professione infermieristica deve essere sempre più coinvolta, non solamente nella relazione infermiere paziente, ma anche nelle relazioni socio-politiche per mettere in pratica al meglio la funzione di appoggio e difesa del paziente". Il concetto di advocacy si è andato così ampliando negli anni Ottanta e Novanta, specialmente per ciò che concerne l'accesso alle cure da parte di tutti cittadini anche i



più indesiderati socialmente.

Das Dasgupta nell'Ellen Pence, specifica che gli infermieri devono riconoscere il loro obbligo morale di advocacy nelle riforme sociali e devono proteggere i cittadini da ogni sfruttamento della loro salute. Per Das Dasgupta, Jezewsky, Andersen, Keepnews & Marullo Mohr la funzione di advocacy è un obbligo morale dell'infermiere basata sulla giustizia pubblica. Sebbene le interpretazioni di questo concetto siano molteplici, emergono in letteratura quattro principali modelli di advocacy infermieristica:

1) Il modello di advocacy per la conservazione dei migliori interessi per il paziente.

Quest'approccio è tipicamente paternalistico. Chi, infatti, può dire quali siano le giuste decisioni per il paziente?

Le decisioni del professionista sono spesso guidate dal paternalismo e dall'utilitarismo. Si tratta di azioni che sono giudicate per la loro utilità sociale, ma rispettano veramente gli interessi di autodeterminazione del paziente? E' il classico atteggiamento dell'infermiere che agisce per il bene del paziente, con un paternalismo benevolo, ove l'infermiere è un fedele esecutore delle decisioni mediche e non un professionista autonomo responsabile della qualità dei servizi forniti con un suo campo d'autonomia sempre maggiore specifico e soprattutto il buon paziente è quello obbediente.

2) Il modello di advocacy per il rispetto dei diritti umani del paziente.

Questo modello è basato sulla premessa che l'infermiere è in grado di informare il paziente dei suoi diritti umani fondamentali. Ciò, chiaramente, ha diverse ricadute sulla formazione infermieristica.

L'infermiere secondo questo modello, deve possedere solide competenze sulla giustizia, sulla solidarietà, sui diritti umani fondamentali, deve riconoscere la differenza sociale come una ricchezza.

Bisogna, inoltre, comprendere che conoscere i diritti umani è diverso dal favorire l'autonomia del paziente. Secondo Finnis, il valore della vita include ogni suo aspetto che pone un essere umano in buona forma per la propria autodeterminazione.

Per Finnis l'autodeterminazione della salute di ogni individuo e la promozione della salute permettono ai soggetti di essere consapevoli dei trattamenti assistenziali e di cura

a cui vengono sottoposti. L'infermiere, assume in questo contesto, un ruolo informativo rilevante per la persona, rendendola consapevole del proprio vissuto di malattia in un'aperta e corretta modalità per massimizzare la sua autonomia decisionale.

3) Il modello di advocacy per il rispetto dell'autonomia del paziente.

Khonke propone questo modello di advocacy, che ha molti punti in comune con quello precedente e identifica due principali competenze per l'infermiere competente socialmente: informare il paziente e supportarlo nelle sue decisioni assistenziali. Questo modello, comunque, offre poco supporto all'infermiere che assiste pazienti incapaci a comunicare (malati dementi, in coma, etc.), e la giustificazione dell'azione o non azione basata sul diritto del paziente all'autodeterminazione può portare a conflitti etici.

Gadow descrive questo modello di advocacy esistenziale come un fondamento filosofico che caratterizza il nursing e lo differenzia dalle altre professioni sanitarie. Gadow descrive l'advocacy esistenziale come: "Qualcosa che è basata sul principio di autodeterminazione che è il migliore dei principi umani fondamentali".

Il core di ogni atto di advocacy esistenziale è quello di supportare l'individuo a diventare consapevole dei propri valori e

“il ruolo di advocacy consiste nell'informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condivisa”

desideri di salute attraverso un processo di autoesame.

Gadow, come Khonke, sottolinea il bisogno degli infermieri di evitare il pericolo di imposizione delle loro scelte nel rapporto assistenziale. Aggiunge l'autore che gli infermieri dovrebbero integrare le loro conoscenze con quelle del paziente per arrivare ad un rapporto dialogico di mutuo scambio e promozione della salute.

Solo considerando i pazienti quali esseri umani nella loro interezza psico-fisico-emozionale si può realizzare un'assistenza veramente olistica, necessaria, affinché si realizzi l'autodeterminazione della migliore cura di sé. Gadow va anche oltre, definendo l'advocacy esistenziale come la fondazione filosofica del nursing. L'advocacy esistenziale per Gadow è la partecipazione infermieristica con il paziente nel determinare il significato che quell'esperienza di salute, malattia, sofferenza o morte ha per quell'individuo.



Essa è basata sul principio che la libertà di autodeterminazione è il più fondamentale dei diritti umani. Il ruolo specifico dell'infermiere è assistere il paziente ad esercitare autenticamente la sua libertà di autodeterminazione. Esercitare autenticamente la propria libertà significa per il paziente raggiungere decisioni di salute che sono autentiche e riflettono i

“L’infermiere condivide le scelte del paziente con la convinzione che solamente il paziente informato sa cosa sia bene per lui”

suoi valori. La responsabilità dell'infermiere di unificare ed integrare i punti di vista tra le esperienze di salute e di malattia del paziente è rilevante sia per Parse (1981, 1998) che per Rogers che mettono l'illness narrative della persona in una posizione di preminenza come unità irriducibile, rispetto ad una supposta autorità infermieristica nel determinare il bene in una data situazione assistenziale. Gadow analizza anche il modello di advocacy da utilizzare con il paziente incapace di comunicare i suoi bisogni per le più svariate ragioni.

I modelli di approccio utilizzabili dall'infermiere sono tre. Quando è possibile, bisogna ottenere informazioni sui bisogni di salute del paziente prima che sia incapace di comunicare; quando è possibile bisogna interagire con persone significative del paziente, incapace di comunicare, che sono consapevoli dei suoi desideri di salute; alla fine, quando nessuna delle due opzioni precedenti è praticabile, bisogna usare la propria soggettività etica, ossia agire da professionista.

4) Il modello di advocacy per la giustizia sociale nei confronti di tutti i pazienti.

Tale modello connette elementi del modello dell'autonomia del paziente ed elementi del modello dei diritti umani, ma allarga il problema preconizzando la correzione delle ingiustizie sociali che inficiano il rispetto, la dignità e i diritti dei pazienti per un'equa distribuzione delle cure, dei servizi sanitari e dell'assistenza.

Questo aspetto è di importanza fondamentale per gli infermieri che nel rapporto con il paziente sono chiamati a trasmettere i valori della loro professione alla società.

Tra le varie attività specifiche che deve eseguire l'infermiere competente socialmente, si possono annoverare: espletare attività di counseling, alleviare i timori del paziente, consolare i pazienti, aiutare i pazienti a raggiungere decisioni consapevoli riguardo il

proprio stato di salute e il percorso assistenziale da seguire,

rappresentare il pensiero dei pazienti quando essi non si possono esprimere, informare con dovizia

di particolari i pazienti, monitorare la qualità delle cure e dell'assistenza, informare i pazienti e renderli consapevoli dei loro diritti, rassicurare i pazienti affinché i diritti di

equità alle cure siano rispettati.

Gli infermieri post-moderni nella loro funzione d'advocacy, seguono la teoria dell'uomo come essere in divenire di Parse, rispettano l'individuo come soggetto informato e sono consapevoli e rappresentano con forza il punto di vista del malato e delle persone per lui significative.

Ma questa funzione infermieristica non è una competenza in più per il professionista, bensì è un aspetto essenziale della professione infermieristica.

L'infermiere condivide le scelte del paziente con la convinzione che solamente il paziente informato sa cosa sia bene per lui.

La funzione d'advocacy va oltre il tradizionale modello biomedico ed afferma che in ogni situazione assistenziale l'infermiere dovrebbe essere veramente empatico con le persone che assiste così da illuminare i loro significati di salute-malattia e aiutarli a sincronizzare i loro modificati ritmi di vita.

Esiste un ampio dibattito nella letteratura internazionale che ruota intorno a delle questioni cardine per la funzione di advocacy infermieristica. Ci si chiede se questa funzione viene esperita al meglio

dall'infermiere nei vari contesti assistenziali e ancora, cosa significa per gli infermieri essere difensori supportivi dei pazienti.

Da una revisione della letteratura internazionale appare che il dibattito etico e professionale sia ben sviluppato malgrado la mancanza di ricerche qualitative esaurienti che esplorano dettagliatamente questo talking point. Gli studi su cosa gli infermieri indichino come advocacy e su come esperiscano questa competenza quali professionisti autonomi e su come i pazienti abbiano ricevuto e percepito questo aiuto dell'infermiere sono temi con pochi dati in letteratura. Il ruolo di advocacy infermieristica è tenuto in gran considerazione dal punto di vista professionale, mentre altri studi evidenziano conflitti e limitazioni nel ruolo





dell'infermiere come difensore supportivo dell'altro. Giorgi, in uno studio empirico, ha evidenziato quattro caratteristiche fondamentali della funzione di advocacy infermieristica.

L'infermiere che esprime al meglio questa funzione è un "competent knower", cioè conosce bene la illness narrative della persona che prende in carico.

E' un "competent doer", l'infermiere agisce a favore del cliente secondo le sue richieste, ricoprendo un ruolo di inbetween tra i desideri del cliente e le migliori strategie assistenziali e di cura. L'infermiere advocacy competent è percepito come un humanizer cioè come un professionista componente di un'équipe assistenziale che interviene a favore del paziente, lo incoraggia e lo tratta come persona portatrice di valori etici specifici, che cerca di capire fattivamente la prospettiva di vita dell'altro e si rende disponibile ogni volta che il paziente lo richieda. Ruolo fondamentale nella funzione di advocacy lo ha, quindi, per Giorgi, l'infermiere come comunicatore e tramite tra progetto di cura medica, progetto di assistenza infermieristica e paziente.

Tale competenza può essere assolta scambiando informazioni continue tra medico o équipe medica, paziente, persone significative del paziente ed équipe infermieristica, in un rimando di connessione continua, per tenere il paziente sempre informato. Una critica che viene fatta alla funzione di advocacy dell'infermiere è quella della sua mancanza di autonomia professionale verso le istituzioni per le quali lavora e perciò l'infermiere può solo agire nell'interesse dell'istituzione, piuttosto che per il paziente. Altra critica rossa: gli infermieri speriscono al meglio tale competenza, ma le loro azioni sono basate più sulle loro convinzioni mo-

rali personali, piuttosto che in vera integrazione dialogica con altro.

In tal modo il professionista infermiere rende il ruolo di mediatore assistenziale, di in-between tra istituzione e paziente tale caratteristica, invece, anche per la sua vicinanza empatica continuativa con il malato, lo dovrebbe distinguere da altri professionisti sanitari.

Si ritiene non etico l'atteggiamento di presentare alcune decisioni di trattamento, come quelle più idonee per il bene del paziente senza discuterne approfonditamente con lui. In uno studio qualitativo, utilizzando il metodo dei focus group di Maggie Mallik si è esaminata l'interpretazione di patient advocacy da parte di un gruppo di infermieri della Gran Bretagna. I risultati hanno permesso di sviluppare un modello d'advocacy, nel quale interagivano l'interessato, l'infermiere e il medico in una risultante che appariva spesso conflittuale per l'infermiere tra interessi contrapposti. Malgrado tali situazioni difficili, le richieste, la paura e la vulnerabilità del paziente provocavano sempre un risposta d'advocacy da parte dell'infermiere. In conclusione, si può affermare, che ogni situazione assistenziale chiama l'infermiere ad essere coerente tra teorie, bisogno d'aiuto ed esperienza pratica. L'infermieristica è una disciplina tipicamente prescrittiva e per aiutare veramente i pazienti, secondo la loro prospettiva di percorso assistenziale, è necessario dissolvere tramite il dialogo, gli aspetti conflittuali, che si possono verificare nelle relazioni complesse di cura, tra équipe medica, équipe infermieristica e bisogni del paziente.

Non si deve dimenticare di porre il paziente come primo attore del suo processo di salute. Potrebbe essere questo il giusto equilibrio?

BIBLIOGRAFIA

- Vaartio – Rajalin, H., Leino – Kilpi, H. (2011). Nurses as patient advocates in oncology care. *Clin J Oncol Nurs*, 1; 15 (5): 526 – 532.
- Spence, K. (2011). Ethical advocacy based on caring: A model for neonatal and paediatric nurses. *J Paediatr Child Health*, 47 (9) : 642 – 645.
- Todaro, Franceschini. (2011). Changing the face of death: a pedagogic intervention. *J Prof Nurs*, 27 (5): 315 – 319.
- Henderson, J., Battam, S. (2011). Mental health and barriers to the achievement of the "right to health". *Aust J Prim Health*, 17 (3): 220 – 226.
- Davis – Alldritt, L. (2011). Advocacy, access, achievement: making the connections. *NASN Sch Nurse*; 26 (4): 206.
- Trossman, S. (2011). Political advocacy, anyone? Across the country, RNs participate in lobby days and other crucial actions. *Am Nurse*, 43 (3): 1, 6 – 7.
- Contreras, B. (2011). Education and advocacy. *Am J Nurs*, 111 (7): 12 – 3.
- Pasquin, SO. (2011). Social justice advocacy in nursing: what is it? How do we get there? *Creat Nurs*; 17 (2): 63 – 67.



ANALISI ORGANIZZATIVA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Vanessa
A. MANGHISI



Affinchè una qualunque istituzione funzioni (ad esempio, le strutture sanitarie, ed al loro interno le singole Unità Operative), necessita della conoscenza approfondita dei suoi elementi fondamentali (risorse umane, tecnolo-

giche, strumentali, protocolli, procedure operative, sistema informativo, processi decisionali, ecc.) e delle modalità con cui tutti questi elementi si svolgono nelle situazioni lavorative concrete.

Nel suo tratto distintivo di sistema organizzativo complesso le strutture sanitarie, necessitano di un modello/metodo di analisi organizzativa che dia la possibilità, in modo dinamico ed in tempo reale, di determinare criteri ed indici di funzionalità e produttività. Il metodo operativo di analisi del lavoro, il cosiddetto modello di Job Analysis, appartenente all'approccio scientifico ai problemi organizzativi e gestionali, è tutt'oggi ancora al di fuori dell'ambito delle strutture sanitarie. È difficile che ci sia al loro interno una struttura operativa che si occupi di progettazione, analisi, attuazione di modelli organizzativi e del lavoro che possa pragmaticamente fornire agli organi di gestione gli elementi descrittivi fondamentali per poter valutare in modo oggettivo il grado di efficacia, efficienza ed adeguatezza delle scelte messe in atto. Gli interventi operativi sui processi di erogazione delle prestazioni dei servizi è solitamente riconducibile al bi-

sogno di mantenere i processi a quel livello di funzionalità che la prassi fa ritenere ottimali. Spesso accade che i soggetti coinvolti nella produzione di servizi finalizzati alla tutela, promozione e mantenimento dello stato di salute, sono poco coordinati tra loro rendendo impossibile l'ottimizzazione dei processi lavorativi. C'è quindi l'esigenza di porre l'attenzione alla risoluzione dei problemi organizzativi, in quanto è una delle poche soluzioni al difficile problema della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Diventa indispensabile, quindi, nelle strutture sanitarie il "Servizio Infermieristico" quale componente della complessa organizzazione di servizio che rappresenta la struttura sanitaria; al suo interno l'organizzazione del lavoro è una variabile altamente critica perché ha una notevole influenza sul processo assistenziale condizionandone fortemente il livello di adeguatezza del servizio prestato in risposta al bisogno di assistenza.

Indipendentemente dal modello attuato nell'organizzazione del lavoro, diventa indispensabile dotarsi di strumenti operativi che rendano misurabile il livello di funzionalità del modello organizzativo in modo globale. Il processo di trasformazione delle conoscenze in azioni complesse (prestazioni), viene dato per acquisito in quanto ritenuto proprio della professione infermieristica, anche se c'è una notevole difficoltà nel modificare l'organizzazione del lavoro. La professione infermieristica necessita di competenze e strumenti di analisi dei problemi organizzativi propri della professione, gestiti in maniera diretta e non mediata. Sicuramente l'analisi organizzativa rappresenta l'investimento del potenziale di cui dispone la professione.





L'applicazione del metodo di analisi organizzativa del lavoro permette di produrre dati descrittivi di tipo quali-quantitativo sulle caratteristiche della struttura, le sue componenti e le modalità di organizzazione delle risorse.

Attuando un'analisi organizzativa dettagliata diventa possibile individuare i punti critici e quindi migliorabili del contesto

“Attuando un'analisi organizzativa dettagliata diventa possibile individuare i punti critici e quindi migliorabili del contesto operativo”

operativo e di identificare i problemi ed i bisogni di cambiamento, consentendo di finalizzare e circoscrivere gli interventi. L'approccio sistemico, consentirà, vista la complessità del contesto di riferimento, di considerare ed analizzare le variabili correlate alla struttura organizzativa interna: distribuzione delle funzioni, dei compiti e delle mansioni correlate alle specifiche responsabilità; distribuzione delle risorse disponibili; le caratteristiche delle prestazioni e quindi la tipologia delle attività; i processi di lavoro, standardizzazione, programmabilità; i processi decisionali. L'analisi organizzativa si caratterizza come un'attività di lavoro scomponibile in diverse sub-unità, come la job description che riguarda la descrizione dei compiti di una posizione: **cosa fa** (quali compiti compongono la prestazione, il grado di autonomia, ecc.), **come** (standard e regole da seguire), quali sono le competenze richieste (definizione di conoscenze, abilità e valori, richiesti per realizzare i compiti previsti); la job evaluation, ovvero un procedimento utile a confrontare le varie posizioni, allo scopo di stabilirne il valore relativo; infine, più in generale la job analysis, ovvero lo studio di una posizione lavorativa, che serve a determinare quali conoscenze, competenze, attitudini e caratteristiche personali siano necessarie per assumere con successo una posizione, rappresenta per il prossimo futuro, una delle maggiori possibilità per l'infermiere di gestire ed essere protagonista della propria professionalità.

la job analysis, vale a dire un'analisi approfondita dei compiti principali (presta-

zioni) propri di una determinata posizione lavorativa può essere condotta utilizzando uno o più dei seguenti sistemi:

- intervista con una o più persone che ricoprono la posizione;
- focus group con persone che ricoprono la posizione;
- intervista coi superiori e persone che ricoprono la posizione;
- osservazione diretta o videoregistrata della persona che ricopre la posizione;
- questionari a persone che ricoprono la posizione o ai loro superiori;
- esame di mansionari, manuali delle procedure, profili professionali, contratti di lavoro e altre fonti scritte.

Una traccia per l'analisi della posizione può essere la seguente:

1. quali sono le prestazioni principali svolte;
2. quanto tempo richiede ciascuna di esse;
3. qual'è la frequenza di ciascuna prestazione infermieristica;
4. quali sono le prestazioni più importanti;
5. quali sono le prestazioni più difficili;
6. qual'è la sequenza delle principali azioni necessarie per svolgere ciascuna prestazione;
7. quali sono i materiali, l'equipaggiamento e/o le attrezzature necessarie per svolgere le diverse prestazioni;
8. quali sono i risultati tangibili e intangibili di ciascuna delle prestazioni elencate;
9. quali sono le responsabilità proprie di ciascuna delle prestazioni elencate;
10. a quali altre posizioni risponde, con quali posizioni comunica all'interno dell'impresa e quali posizioni coordina chi ricopre la posizione analizzata;
11. con chi comunica all'esterno dell'impresa;
12. quali possono essere i criteri di valutazione per chi svolge la posizione sotto analisi e come possono essere misurati;
13. quali possono essere le caratteristiche personali ottimali di chi ricopre la posizione sotto esame ad esempio in termini di qualifiche, esperienze, conoscenze, capacità, tratti di personalità.

Una buona analisi deve essere in grado di individuare le variabili critiche che influenzano più delle altre i comportamenti, i risultati e le attività, e predisporre meccanismi di controllo e di monitoraggio.

Non è possibile risolvere alcun problema organizzativo se l'analisi è limitata ai singoli fattori determinanti, senza tenere conto delle connessioni e delle interdipendenze fra di essi.



IL DOLORE PASSA, L' AVER SOFFERTO MAI...

Angelica
MISNO



Ho voluto intitolare questo articolo: "Il dolore passa, l'aver sofferto mai...", perché la sofferenza provata da bambino, non si dimenticherà mai. Il bambino è infatti un paziente particolare e difficile, una perso-

na in continua evoluzione fisica, psichica, cognitiva e relazionale e ciò condiziona in maniera importante sia la scelta delle metodiche proposte per la valutazione del dolore che le strategie da usare per la loro somministrazione.

La letteratura propone numerosi strumenti di misurazione del dolore, efficaci, applicabili nelle diverse realtà cliniche ed anche poco costose in termini di tempo e risorse. La valutazione del dolore nel bambino rappresenta un difficile banco di prova per tutti gli operatori sanitari.

Controllo del dolore da procedura: anestetici locali, farmaci.

Il dolore da procedura è generalmente un'esperienza di breve durata, tuttavia le procedure effettuate senza un adeguato controllo del dolore possono produrre livelli di ansia e paura così elevati da caratterizzare anche le relazioni successive che il bambino avrà con il personale sanitario.

La venipuntura è una procedura dolorosa frequentemente attuata nella terapia intensiva neonatale. I neonati sono più sensibili degli adulti alle stimolazioni cutanee, e sollecitazioni dolorose ripetute condizionano

la loro percezione del dolore e le loro reazioni comportamentali e automatiche.

Le tecniche non farmacologiche per il dolore nel bambino

Il dolore nel bambino è un fenomeno complesso, infatti la componente strettamente nocicettiva non è che una parte di un più ampio stato di malessere che include ansia, paura e disagio. La letteratura scientifica ha ormai ampiamente dimostrato l'efficacia delle tecniche "Non Farmacologiche" nella riduzione dei livelli di ansia e paura associati al dolore. L'uso delle bolle di sapone: strumento semplice ed efficace, come tecnica di distrazione. Clown, musica, animali: attività di supporto nell'ospedale pediatrico. Ad avvalorarne l'efficacia ci sono numerosi studi che dimostrano l'influenza in termini di riduzione del dolore, e di stress derivanti dall'esperienza di ospedalizzazione. Somministrazione di glucosio al 10% (massimo 2-5 ml) qualche minuto prima del prelievo associata a suzione non nutritiva (succhiotto), riduce il dolore da prelievo o da tallone. Allattamento materno durante il prelievo venoso.

Le tecniche farmacologiche per il dolore nel bambino

L'uso dell'EMLA in pediatria: applicare l'emla 1 ora prima con bendaggio occlusivo. L'effetto analgesico dura circa 1 ora dopo la rimozione. Questa pomata causa un blocco reversibile della conduzione lungo il decorso delle fibre nervose. L'uso di paracetamolo o ibuprofene in caso di dolore persistente.

Scale di valutazione del dolore

Rappresentano strumenti validati e condivisi che hanno come scopo il miglioramento >>



dell'intero processo assistenziale attraverso una sistematica raccolta dei dati clinici.

- Scala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) per i neonati.
- Scala di WONG-BAKER (3-8 ANNI)
- Scala FLACC (nei bambini con età inferiore ai 3 anni)

- Scala numerica (nei bambini con età superiore agli 8 anni).

L'uso e la conoscenza delle scale, delle TNF e dell'emla sono però ancora limitati. Questo fa emergere un divario rilevante tra la teoria e la pratica e una carenza nella presa in carico del problema del dolore nel bambino da parte degli infermieri.

BIBLIOGRAFIA

- Validazione di uno strumento che misura le conoscenze e gli atteggiamenti degli infermieri italiani sulla gestione del dolore (autore: G. CATANIA; M. COSTANTINI, A. LAMBERTI. Ed. 2006)
- Barbi E. Marchetti F., Il bambino e il dolore. Pediatria pronta per l'uso. Pisa: Primula Multimedia srl, 2006.

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARLETTA-ANDRIA-TRANI

E' convocata l'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Barletta-Andria-Trani, ai sensi del DPR n. 221 del 05/04/50 art. 23 e 24 con all'ordine del giorno:

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2011
- 3) Bilancio di previsione 2012

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI BAT sita in Via Margherita di Borbogna, 74 Trani in prima convocazione alle ore 17,00 del 11/04/2012 ed in seconda convocazione presso la sala conferenze del Presidio Ospedaliero "Lorenzo Bonomo" in Viale Istria, 1 Andria alle ore 17,00 del 20/04/2012.

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 DEGLI ISCRITTI AL COLLEGIO IPASVI DELLA
PROVINCIA DI BAT

IL SOTTOSCRITTO _____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI DAL

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2012

DATA _____

FIRMA _____

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*



ARTICOLO 18 STATUTO DEI LAVORATORI. IMPUGNATIVA DI LICENZIAMENTO E GIUDICE COMPETENTE

Un dipendente della s.r.l. Case di Cura Riunite, in amministrazione straordinaria, è stato licenziato con addebiti di inadempienza e di abbandono del posto di lavoro.

Egli ha impugnato il licenziamento, contestando la fondatezza degli addebiti e chiedendo, in base all'art. 18 dello statuto dei lavoratori la reintegrazione. Il Giudice, dopo avere sentito alcuni testimoni, ha annullato il licenziamento, ritenendolo ingiustificato; ha ordinato la reintegrazione del lavoratore ed ha condannato l'azienda al risarcimento del danno nella misura richiesta.

La società ha proposto appello censurando la decisione di prime cure sia per erronea valutazione delle prove, sia per non avere escluso la possibilità di riconoscere al lavoratore un credito per risarcimento del danno, dal momento che essa era sottoposta ad amministrazione straordinaria.

L'appello veniva rigettato in quanto è stata condivisa la valutazione delle prove fatta dal primo Giudice ed ha ritenuto che il ricorrente potesse far valere davanti al giudice del lavoro il suo credito per risarcimento del danno, trattandosi di credito sorto in epoca successiva all'apertura, nei confronti della società, del procedimento di amministrazione straordinaria, che ha come finalità la continuazione dell'impresa.

L'azienda ha proposto ricorso per cassazione censurando la sentenza sia per difetto di motivazione sulla fondatezza degli addebiti rivolti al lavoratore, sia per avere ritenuto proponibile la domanda di risarcimento del danno nei confronti di una società in amministrazione straordinaria.

La Suprema Corte ha rigettato il ricorso nella parte relativa all'annullamento del licenziamento, in quanto ha ritenuto che il Tribunale abbia correttamente motivato, sul punto, la sua decisione; ha invece accolto il ricorso nella parte concernente la proponibilità della domanda di risarcimento. In caso di sottoposizione della società datrice di lavoro a liquidazione coatta amministrativa o ad amministrazione straordinaria

- ha affermato la Corte - si debbono distinguere, da un lato, le domande del lavoratore che mirino a pronunce di puro e semplice accertamento o che abbiano contenuto costitutivo (come quelle aventi per oggetto la semplice dichiarazione della esistenza del rapporto di lavoro o quelle dirette ad ottenere l'annullamento del licenziamento e la reintegrazione) e, dall'altro, le domande rivolte al pagamento di somme di danaro, anche se (necessariamente) accompagnate da una richiesta di accertamento avente una funzione meramente strumentale: le prime debbono essere proposte davanti al giudice del lavoro, al quale dalla legge è assegnato il potere di decidere il merito delle questioni sottoposte al suo esame, mentre per le altre opera il principio della improponibilità della domanda, dovendo le stesse essere fatte valere con la speciale procedura di ammissione nello stato passivo. Questo principio, ha aggiunto la Corte, non soffre deroghe qualora la domanda costitutiva e quella avente per oggetto il pagamento del credito, contemporaneamente azionabili, si fondino sull'accertamento del medesimo fatto, come avviene quando il lavoratore, previa verifica della illegittimità del licenziamento, intenda far valere il suo diritto alla reintegrazione nel posto di lavoro e quello al risarcimento del danno (previsto dall'art. 18 L. 20 maggio 1970 n. 300 e successive integrazioni e modifiche). In tal caso, essendo la prima domanda immediatamente proponibile e l'altra momentaneamente improponibile (davanti all'autorità giudiziaria) - ha affermato la Corte - resta ferma la regola enunciata, nel senso che la domanda di reintegrazione deve essere proposta davanti al giudice del lavoro, mentre quella avente per oggetto il risarcimento del danno, alla stregua di qualsiasi altra pretesa relativa a un diritto di credito nei confronti di un soggetto sottoposto a liquidazione coatta amministrativa o ad amministrazione straordinaria, deve essere insinuata nello stato passivo del procedimento concorsuale.

Altra pronuncia rilevante riguarda sempre CCR sulla fattispecie del licenziamento illegittimo del lavoratore con il conseguente risarcimento del danno spettante a quest'ultimo a norma dell'art. 18 commisurato alle retribuzioni perse a



seguito del licenziamento fino alla riammissione in servizio. Tale risarcimento non deve essere diminuito degli importi eventualmente ricevuti dall'interessato a titolo di cassa integrazione guadagni.

Anzi, la pronuncia ha affermato e ribadito che il "cd. aliunde perceptum" (somme diversamente percepite) non riguarda qualunque somma che il lavoratore abbia percepito dopo la illegittima cessazione del rapporto di lavoro, ma esclusivamente gli importi la cui corresponsione sia in qualche modo collegata al mancato svolgimento della prestazione lavorativa e che pertanto incidano, limitandolo o eliminandolo, sul danno provocato dalla corrispondente mancata percezione della retribuzione.

Le somme percepite dal lavoratore ingiustamente licenziato a titolo di trattamento previdenziale e pensionistico non sono in alcun modo ricollegabili al licenziamento illegittimamente subito, atteso che il diritto al pensionamento discende dal verificarsi di requisiti di età e di contribuzione stabiliti dalla legge, e si sottraggono pertanto all'operatività della regola della "compensatio lucri cum damno", con la conseguenza che le relative somme non possono configurarsi come un effettivo incremento patrimoniale del lavoratore detraibile dall'ammontare del risarcimento del danno dovuto dal datore di lavoro, in quanto la sopravvenuta declaratoria di illegittimità del licenziamento, facendo venir meno il presupposto del pensionamento, travolge ex tunc lo stesso diritto dell'assicurato alla prestazione previdenziale e lo espone all'azione di ripetizione dell'indebito da parte del soggetto erogatore della pensione.

La regola della c.d. "compensatio lucri cum damno", d'altra parte, non può configurarsi neanche allorché, eccezionalmente, la legge deroghi ai requisiti del pensionamento, anticipando, in relazione alla perdita del posto di lavoro, l'ammissione al trattamento previdenziale, sicché il rapporto fra la retribuzione e la pensione si ponga in termini di alternatività, nè allorché il medesimo rapporto si ponga invece in termini di soggezione a divieti più o meno estesi di cumulo tra la pensione e la retribuzione, posto che in tali casi la sopravvenuta declaratoria di illegittimità

del licenziamento travolge "ex tunc" il diritto al pensionamento e sottopone l'interessato all'azione di ripetizione di indebito da parte del soggetto erogatore della pensione, con la conseguenza che le relative somme non possono configurarsi come un lucro compensabile col danno, e cioè come un effettivo incremento patrimoniale del lavoratore

INFORTUNIO SUL LAVORO SUBITO DAL LAVORATORE PRIVO DI STRUMENTI DI PREVENZIONE

Il Tribunale di Piacenza condannava il datore di lavoro al pagamento di somme a titolo di risarcimento del danno subito dal lavoratore a seguito di infortunio subito a motivo del mancato utilizzo di strumenti protettivi (occhiali antinfortunistici), benché messi a disposizione del lavoratore.

Il Tribunale riconosceva applicabile alla somma riconosciuta sia gli interessi legali che la rivalutazione monetaria dalla data della domanda al saldo. Riteneva un concorso di colpa in capo al lavoratore nella misura del 30%, per aver disatteso le disposizioni di prevenzione impartite dal datore di lavoro ed il restante 70% a quest'ultimo per aver omesso di vigilare sull'esatta osservanza delle predette disposizioni. Appellata la decisione, la Corte d'Appello di Bologna confermava il grado di responsabilità attribuito alle parti, ma riformava l'entità del risarcimento, non riconoscendo la rivalutazione monetaria, ritenendo il credito da risarcimento quale credito di valuta, ai sensi dell'articolo 1224 c.c., che esclude il cumulo fra interessi e rivalutazione. Ricorreva così in Cassazione il lavoratore, proponendo tre motivi di censura, di cui il terzo riguardante l'aspetto in commento.

L'articolo 1224 c.c. dispone che nelle obbligazioni che hanno per oggetto somme di denaro sono dovuti gli interessi legali dal giorno della messa in mora al saldo.

Cosiddetto credito di valuta. Nella fattispecie in esame, il primo giudice ha ritenuto il credito derivante dal diritto al risarcimento quale credito di valore, riconoscendo al danneggiato sia gli



interessi che la rivalutazione monetaria. La Corte territoriale viceversa ha ritenuto tale credito come di valuta, applicando l'articolo 1224 c.c. e riconoscendo unicamente gli interessi legali, affermando che il credito da risarcimento del danno non segue la disciplina dei crediti di lavoro ed escludendo il cumulo tra interessi e rivalutazione. La Suprema Corte censura la decisione adottata dalla Corte d'Appello, affermando che la domanda proposta dal lavoratore per ottenere il risarcimento del danno subito a seguito di infortunio va considerata controversia di lavoro, traendo origine direttamente dal rapporto di lavoro.

Di conseguenza trovano applicazione le norme codicistiche disciplinanti il processo del lavoro. Con particolare riguardo al riconoscimento degli accessori correlati al credito risarcitorio, occorre riferirsi all'articolo 429 c.p.c. che per l'appunto sancisce il diritto a vedersi riconosciuti sia interessi che rivalutazione monetaria, a ristoro del maggior danno subito per la diminuzione di valore del credito risarcitorio. Né, prosegue la Corte di legittimità, potrà considerarsi l'azione risarcitoria da infortunio come azione di natura previdenziale.

Il caso.

Un ex dipendente di un istituto di credito ricorreva al Tribunale di Messina lamentando l'illegittimità del licenziamento intimatogli dal proprio datore di lavoro, motivato da i) l'omessa comunicazione, in violazione dell'obbligo previsto dal contratto collettivo applicato al rapporto, della pendenza di un procedimento penale a proprio carico, nell'ambito del quale era stato eseguito il sequestro di atti bancari presso la sede del datore di lavoro; ii) talune assenze dal lavoro, verificatesi al termine di un periodo di aspettativa e rimaste prive di giustificazione; iii) ulteriori assenze dal lavoro, solo tardivamente giustificate da una malattia, rimasta peraltro senza alcun supporto documentale; e iv) taluni ripetuti comportamenti di conflittualità con altri dipendenti, ed in particolare con il proprio superiore gerarchico. Tanto il Tribunale che, successivamente, la Corte di Appello rigettavano le domande del lavoratore.

L'OBBLIGO DI LEALE COLLABORAZIONE CON IL DATORE DI LAVORO

Il caso di un lavoratore licenziato per non aver comunicato al proprio datore di lavoro di essere sottoposto a procedimento penale. Il lavoratore ricorreva alla Corte di Cassazione lamentando, tra il resto, il vizio di motivazione e la violazione di legge nella parte in cui la pronuncia aveva ritenuto sussistente la violazione di norme del CCNL, nonostante il datore di lavoro avesse avuto tempestiva conoscenza del procedimento penale a seguito della notifica del sequestro probatorio di alcuni documenti presso la sede della stessa banca. Con la notifica dell'atto di sequestro infatti, ad avviso del ricorrente, era stata raggiunta la finalità della comunicazione prevista dal CCNL con conseguente insussistenza dell'inadempimento rilevato dal Giudice di merito. Di diverso avviso risulta tuttavia la Cassazione la quale, disattendendo le argomentazioni del lavoratore, ritiene che la clausola contrattuale in esame faccia carico al dipendente dell'obbligo di informare tempestivamente e compiutamente il datore di lavoro circa vicende che possono incidere in modo grave sul rapporto di lavoro, imponendo quindi al primo un preciso dovere di leale collaborazione che non può rimanere «vanificato da notizie, eventualmente imprecise ed incontrollabili, che il datore può ricevere da altre fonti».

NUOVAMENTE SUL MOBBING

E' una condotta ripetuta nel tempo. Sotto altro profilo, il ricorrente lamentava l'erroneità della pronuncia impugnata nell'ulteriore capo in cui aveva escluso la violazione, da parte dell'istituto di credito, dell'art. 2087 c.c. per omessa vigilanza sulle condizioni di lavoro del ricorrente, a suo dire vessato da comportamenti mobbizzanti del proprio superiore gerarchico. Nel rigettare anche questo motivo di impugnazione, la Corte di Cassazione rileva come ai fini della sussistenza del mobbing il lavoratore debba dimostrare: la molteplicità di comportamenti di carattere persecutorio (in ipotesi anche leciti, se considerati singolarmente), compiuti in modo sistematico e prolungato contro il dipendente



con intento vessatorio; l'evento lesivo della salute o della personalità del dipendente; il nesso eziologico tra la condotta del datore di lavoro (o del superiore gerarchico) ed il pregiudizio patito; e la prova dell'elemento soggettivo, ossia dell'intento persecutorio. La sentenza impugnata, ad avviso della Corte, aveva evidenziato comportamenti «poco civili» del superiore gerarchico del ricorrente, riconducibili tuttavia ad attriti per la mancata restituzione di un prestito effettuato da quest'ultimo al ricorrente e che tale condotta, per la mancanza dell'intento emulativo ed ingiustificato di recar danno al lavoratore, non poteva integrare alcun mobbing.

ARTICOLO 4 STATUTO DEI LAVORATORI: CONTROLLI A DISTANZA MAIL DEI LAVORATORI

La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 2722/12 ha affrontato il tema dei controlli a distanza dei lavoratori (art. 4 Statuto dei Lavoratori) In particolare viene analizzato il problema del controllo della posta elettronica aziendale del dipendente, se e in quali termini può ritenersi consentito al datore di lavoro adottare tale controllo. Il caso nasce dal licenziamento per giusta causa adottato nei confronti di un quadro direttivo di banca accusato di aver fornito a soggetti terzi estranei informazioni di carattere riservato riguardanti un cliente della banca, tramite posta elettronica, e di aver così attuato, grazie a tali informazioni, operazioni finanziarie da cui aveva tratto vantaggi personali. Il dipendente impugnava il licenziamento avanti il Giudice del Lavoro di Brescia, che respingeva la domanda. Quindi, proponeva appello avanti Corte d'appello di Brescia, che respingeva il gravame.

Proponeva così ricorso per cassazione, con sei motivi di censura, di cui i primi due appaiono meritevoli di commento. Quali limiti nei controlli a distanza dei lavoratori? Il lavoratore licenziato, con il primo motivo di ricorso, censura la violazione dell'articolo 4 Legge n. 300/1970, avendo il datore di lavoro fondato il licenziamento su di una prova raccolta mediante il controllo della posta elettronica aziendale del dipendente, senza preventivo accordo con la

r.s.a. o autorizzazione della Direzione del Lavoro. La Corte di legittimità ripercorre l'interpretazione data all'articolo 4, ribadendo il divieto di quei controlli a distanza dei lavoratori che non abbiano una specifica esigenza correlata alla produzione o alla sicurezza del lavoro o dei lavoratori. La vigilanza sul lavoro, ancorché necessaria nell'organizzazione produttiva, deve essere mantenuta in una dimensione umana, non esasperata dall'uso di tecnologie che possono rendere la vigilanza continua, fino ad eliminare ogni zona di riservatezza e di autonomia nello svolgimento del lavoro.

La possibilità di tali controlli deve arrestarsi di fronte al diritto alla riservatezza del dipendente temperando così questo diritto all'altrettanto meritevole diritto di prevenire condotte illecite del lavoratore. Ciò va a ricomprendere i cosiddetti controlli difensivi, cioè quei controlli diretti ad accertare comportamenti illeciti dei lavoratori, quando tali comportamenti riguardino l'esatto adempimento delle obbligazioni discendenti dal rapporto di lavoro (e non la tutela di beni estranei al rapporto stesso). In tali casi, la sorveglianza è consentita soltanto previo accordo con le organizzazioni sindacali o autorizzazione dell'Ispettorato del Lavoro. Sulla base dei principi illustrati, la Suprema Corte ricomprende tra le apparecchiature vietate i programmi informativi che consentono il monitoraggio della posta elettronica aziendale del dipendente e degli accessi internet quando, per le loro caratteristiche consentano al datore di lavoro di controllare a distanza ed in via continuativa durante la prestazione l'attività lavorativa del lavoratore. Gli accertamenti sono stati fatti a posteriori...

Nel caso analizzato dalla sentenza in commento, il datore di lavoro ha operato gli accertamenti sulla posta elettronica aziendale del lavoratore dopo l'attuazione del comportamento illecito censurato a questo e soltanto a seguito di elementi di fatto tali da indurre il datore di lavoro a svolgere indagini volte a accertare nel concreto la commissione degli illeciti. Il controllo adottato dal datore di lavoro risulta così estraneo al campo di applicazione dell'articolo 4 dello Statuto dei Lavoratori, in quanto destinato ad accertare un



comportamento non strettamente correlato all'esatto adempimento delle obbligazioni discendenti dal rapporto di lavoro, ma che poneva in pericolo l'immagine della banca presso i terzi. In altre parole, il datore di lavoro ha adottato i controlli sull'operato del proprio dipendente successivamente all'emergere dei fatti illeciti a lui attribuibili e tali controlli non erano volti a monitorare la prestazione lavorativa, il suo contenuto, la sua conformità alle direttive aziendali, ma unicamente a tutelare il proprio patrimonio, anche di immagine. Così individuato, il controllo sul lavoratore viene ritenuto dal Giudice di legittimità estraneo al dettato dell'articolo 4 della Legge 300/1970, con ciò confermando l'interpretazione data dai Giudici di merito, dando piena legittimità al licenziamento per giusta causa intimato. ...e la contestazione è stata tempestiva.

La Suprema Corte analizza anche un secondo motivo di censura, riguardante la tempestività della contestazione d'addebito. Sul punto la Corte ribadisce il consolidato orientamento secondo il quale il principio di immediatezza deve essere valutato con ragionevolezza, compatibilmente con l'intervallo di tempo necessario al datore di lavoro per giungere al preciso e puntuale accertamento delle infrazioni commesse dal lavoratore. E la valutazione dell'immediatezza della contestazione è rimessa al giudice del merito, il cui giudizio è insindacabile in sede di legittimità, ove correttamente motivato.

I CASI DI NON APPLICABILITÀ COMPLETA DELL'ART. 18 STATUTO DEI LAVORATORI

Con la pronuncia 3041/2012 la Corte di Cassazione si è espressa sui casi di non totale applicabilità delle tutele ex art. 18 Statuto dei lavoratori ed ossia reintegra sul posto di lavoro e risarcimento del danno per tutte le mensilità non percepite dalla data del licenziamento all'effettiva reintegra sul posto di lavoro. Una lavoratrice adiva il Tribunale di Roma lamentando l'illegittimità del licenziamento comunicatole dal suo precedente datore di lavoro, esclusivamente in ragione di un imminente trasferimento di azienda. Chiedeva quindi ed indipendentemente

dal requisito dimensionale del suo precedente datore di lavoro, la riammissione in servizio presso il cessionario della suddetta azienda. Con sentenza successivamente confermata dalla Corte di Appello, il Tribunale dichiarava l'illegittimità del licenziamento, applicando tuttavia la sola tutela risarcitoria prevista dall'art. 8 Legge n. 604/1966, rilevando come il rapporto fosse cessato un mese prima del trasferimento e che pertanto, non vertendosi in ipotesi di nullità del licenziamento, le conseguenze della condotta del cedente non potevano ricadere sul cessionario. Il licenziamento in violazione dell'art. 2112 c.c. è sempre nullo.

La lavoratrice ricorreva quindi alla Corte di Cassazione lamentando la violazione e falsa applicazione dell'art. 2112 c.c., da parte della pronuncia di merito, nella parte in cui aveva escluso la nullità quale necessaria conseguenza della violazione di una norma imperativa di legge. La Corte di Cassazione, accogliendo l'interpretazione della ricorrente, chiarisce come l'effetto estintivo del licenziamento illegittimo – pur intimato in epoca anteriore al trasferimento – in quanto destinato ad essere travolto dalla sentenza dichiarativa della nullità del recesso, comporta che il rapporto di lavoro si trasferisca ex art. 2112 c.c. in capo al cessionario. Tale interpretazione, rileva la Corte, è anche l'unica conforme alla Direttiva Comunitaria n. 77/187/CE, a mente della quale i lavoratori licenziati in violazione della Direttiva stessa devono essere considerati dipendenti del cessionario. La conseguenza è sempre la riammissione in servizio, senza applicazione dell'art. 18 Stat. lav.. Poste queste premesse, la Corte rileva come dall'accertata nullità del licenziamento per violazione di norma imperativa, discenda la ricostituzione del rapporto e la sua prosecuzione in capo al cessionario, indipendentemente dai requisiti numerici del datore di lavoro.

A tal proposito, la Corte si richiama ad un suo stesso precedente ove chiariva che il licenziamento, fondato unicamente sul fatto del trasferimento, è affetto da nullità, che va dichiarata dal giudice, il quale emette una sentenza di mero accertamento della prosecuzione del rapporto ed eventualmente condanna il datore,



o i datori succedutisi, a risarcire al prestatore il danno, derivato dall'allontanamento dal posto di lavoro, secondo le norme codicistiche sull'illecito contrattuale (art. 1218 c.c. ss.) e non già secondo la disciplina speciale posta dall'art. 18 stat. lav. ovvero dall'art. 8 della l. n. 604 del 1966. Pertanto è irrilevante la non conoscibilità da parte del cessionario. Ad avviso della Corte, infine, nemmeno risultano decisive le eccezioni mosse dal cessionario sulla sua non conoscenza - né conoscibilità - del licenziamento della ricorrente, posto che tale requisito (previsto nell'originaria formulazione dell'art. 2112 c.c.) è venuto meno già con la modifica operata dalla Legge n. 428/1990, e mai più ripristinato nei numerosi interventi che nel tempo si sono succeduti.

MANIFESTAZIONE DELLA VOLONTÀ DI DIMETTERSI

La configurabilità delle dimissioni per giusta causa, pur potendo sussistere anche quando il recesso non segua immediatamente i fatti che lo giustificano, e la giusta causa sia adottata solo successivamente al recesso, è tuttavia da escludere nel caso in cui il lavoratore, manifestando la volontà di dimettersi, abbia dichiarato al datore di lavoro di essere pronto a continuare l'attività per tutto o per parte del periodo di preavviso. In tale ipotesi, è lo stesso lavoratore ad escludere, con il suo comportamento, la ravvisabilità di circostanze tali da impedire la prosecuzione anche soltanto temporanea del rapporto.

In ipotesi di dimissioni del lavoratore per giusta causa, con riferimento a fattispecie d'inadempimento del datore di lavoro nell'adibire una dipendente ad attività notturna quale regola stabile di svolgimento del rapporto di lavoro, la Cassazione (sentenza n. 14829/2002) ha affermato che la valutazione della gravità dell'inadempimento del datore di lavoro ai suoi obblighi contrattuali è rimessa al sindacato del giudice del merito, censurabile in sede di legittimità unicamente per vizi di motivazione. Analogamente, secondo Cassazione (sentenza n. 14496/2005) in tema di mansioni del lavoratore, ai fini dell'applicabilità dell'art.

2103 cc sul divieto di "demansionamento", non tutte le modifiche quantitative delle mansioni affidargli sono sufficienti ad integrarlo.

Tanto in riferimento all'incidenza della riduzione delle mansioni sul livello professionale raggiunto dal dipendente e sulla sua collocazione nell'ambito aziendale, e, con riguardo al dirigente, alla rilevanza del ruolo. La valutazione dell'idoneità della condotta del datore di lavoro, sotto il profilo del "demansionamento", costituisce giusta causa di dimissioni del lavoratore ex art. 2119 cc e si risolve in un accertamento di fatto, rimesso al giudice del merito ed è incensurabile in sede di legittimità se congruamente motivato. In tale direzione si è espressa la Cassazione (sentenza n. 8589/2004).

La stessa Cassazione (sentenza n. 16067/2003) ha ritenuto riservata al giudice di merito l'interpretazione dei contratti collettivi di diritto comune sulla base del rispetto dei canoni legali di ermeneutica contrattuale finalizzati al controllo della sussistenza di una motivazione coerente e logica. Si è ritenuto che la clausola contrattuale, che configura come giusta causa di dimissioni il ritardo di dieci giorni nel pagamento della retribuzione, debba essere interpretata nel considerando che il predetto termine, può presumere l'intollerabilità del ritardo, senza che il suo protrarsi faccia tuttavia venire meno il diritto del lavoratore al recesso per "giusta causa".

ANTICIPAZIONE DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO

L'art. 7 comma 1 della legge 53/2000 non amplia, sotto il profilo soggettivo, l'ambito degli aventi diritto all'anticipazione del trattamento di fine rapporto, non determinando alcuna equipollenza tra questo trattamento e quello di fine servizio operante nel pubblico impiego. Tanto considerando che la "ratio" della norma, consiste nell'estensione oggettiva dell'istituto dell'anticipazione del trattamento di fine rapporto, così come previsto dall'art. 2120 cc per lavoratori privati, alle esigenze connesse alla fruizione dei congedi parentali. Ne consegue che l'ulteriore riferimento, contenuto nelle norme, alle domande di anticipazione per



indennità equipollenti rispetto al menzionato trattamento, non può essere inteso quale estensione ai beneficiari del trattamento di fine servizio costituito dall'indennità di buonuscita, attesa la diversa base retributiva e di calcolo dei due regimi di quiescenza.

Per la Cassazione (sentenza n.4133/2007) la disciplina delle anticipazioni sul trattamento di fine rapporto si distingue da quella più generale del trattamento di fine rapporto e delle modalità di calcolo e, di conseguenza, l'inderogabilità di quest'ultima non incide sulla disciplina delle anticipazioni, la quale, invece, è derogabile per accordo, collettivo o individuale, tra le parti. Ed infatti con riferimento al diritto dei lavoratori subordinati al trattamento di fine rapporto, la corresponsione di anticipazioni in corso del rapporto lavorativo, ovvero la comunicazione datoriale della misura degli accantonamenti utili ai fini della futura liquidazione del predetto trattamento, non comportano la decorrenza della prescrizione, trattandosi di atti idonei ad eliminare la situazione di incertezza, che, continuando a sussistere, legittima il lavoratore a richiedere l'accertamento giudiziale del suo diritto.

**LICENZIAMENTO E TARDIVA
CONTESTAZIONE DI ADDEBITO**

Rigettando l'eccezione di tardività della contestazione, la S.C. di Cassazione, sez. lav., (sentenza n. 2713/2012) ha osservato che "nel licenziamento per giusta causa, il principio dell'immediatezza della contestazione dell'addebito deve essere inteso in senso relativo, potendo in concreto essere compatibile con un intervallo di tempo più o meno lungo, quando l'accertamento e la valutazione dei fatti sia molto laborioso e richieda uno spazio temporale maggiore, e non potendo, nel caso in cui il licenziamento sia motivato dall'abuso di uno strumento di lavoro, ritorcersi a danno del datore di lavoro l'affidamento riposto nella correttezza del dipendente, o equipararsi alla conoscenza effettiva la mera possibilità di conoscenza dell'illecito, ovvero supporre una tolleranza dell'azienda a prescindere dalla conoscenza che essa abbia degli abusi del

dipendente (cfr. Cass. sez. lav. n. 5546 dell'8 marzo 2010, che ha confermato la legittimità della sentenza di licenziamento di un dipendente di un'azienda telefonica che aveva fatto un uso scorretto del telefono cellulare di servizio, inviando decine di migliaia di "sms").

Era stata esclusa l'intempestività della contestazione, intervenuta a pochi mesi di distanza dall'inizio delle necessarie verifiche, le quali avevano richiesto l'esame di complessi tabulati e prospetti, al fine di distinguere il traffico telefonico di servizio da quello illecito.

**NESSUN COMPENSO PER LE
MANSIONI SUPERIORI**

Respingendo l'appello e confermando il rigetto della richiesta di trattamento economico corrispondente alle mansioni superiori di aiuto svolte dal ricorrente, assistente ospedaliero, il Consiglio di Stato sez. III, con sentenza 21 febbraio 2012, n. 914, ha ribadito che "l'art. 29, comma 2, del D.P.R. n. 761 del 1979, non attribuisce alcuna rilevanza allo svolgimento di fatto di mansioni superiori ai fini del diritto alle differenze retributive, fatta eccezione per le funzioni di primario svolte dall'aiuto in ragione della indefettibilità della responsabilità apicale. Tale principio non è estensibile a fattispecie diverse, come quella dell'assistente medico che espletò le mansioni di aiuto, perchè la vacanza del posto di aiuto medico non implica alcuna automatica investitura dell'assistente nell'esercizio delle mansioni superiori, potendo l'amministrazione adottare una pluralità di soluzioni organizzative, ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. n. 128/1969 (cfr. Consiglio Stato, sez.V, 16 ottobre 2002, n. 5597, Consiglio Stato, sez.V, 1 ottobre 2002, n.5124). In tali casi per avere diritto a differenze retributive, è quindi necessario che vi sia un formale provvedimento emanante dall'organo competente (cfr. Consiglio Stato, sez. V, 18 novembre 2002, n. 6374)

**ORIENTAMENTO
GIURISPRUDENZIALE MOBBIING E
L'ONERE DELLA PROVA**

Il termine mobbing, già ampiamente analizzato sotto ogni profilo, in estrema sintesi, consiste

CXXVII





in una serie di atti o comportamenti vessatori, protratti nel tempo, posti in essere nei confronti di un lavoratore da parte dei componenti del gruppo di lavoro in cui è inserito o dal suo capo, caratterizzati da un intento di persecuzione ed emarginazione finalizzato all'obiettivo primario di escludere tale soggetto dal gruppo. Questo è il principio su cui basare ogni ragionamento fattuale o giuridico. La Corte d'appello di L'Aquila ha confermato la sentenza di prime cure che aveva rigettato la domanda proposta da un lavoratore nei confronti della sua ex datrice di lavoro, avente ad oggetto la reintegrazione nel posto di lavoro, previo annullamento delle dimissioni del lavoratore rassegnate in data 31 marzo 2000, il risarcimento del danno per il mobbing che il lavoratore assumeva di aver patito ed il risarcimento del danno per l'allegata dequalificazione subita. La Corte territoriale escludeva in primo luogo che le dimissioni rassegnate dal lavoratore fossero viziate da incapacità. Osservava in proposito che il lavoratore, sul quale incombeva il relativo onere probatorio, non aveva fornito la relativa prova. Riteneva inoltre non provata la tesi della sussistenza degli estremi del mobbing nei confronti del lavoratore. Per quanto riguarda l'allegato demansionamento, osservava che non era stata fornita la prova del danno, che peraltro non era stato nemmeno quantificato. Secondo il costante insegnamento della Cassazione per "mobbing" si intende una condotta del datore di lavoro o del superiore gerarchico, sistematica e protratta nel tempo, tenuta nei confronti del lavoratore nell'ambiente di lavoro, che si risolve in sistematici e reiterati comportamenti ostili che finiscono per assumere forme di prevaricazione o di persecuzione psicologica, da cui può conseguire la mortificazione morale e l'emarginazione del dipendente, con effetto lesivo del suo equilibrio fisiopsichico e del complesso della sua personalità. Ai fini della configurabilità della condotta lesiva del datore di lavoro sono, pertanto, rilevanti i seguenti punti:

a) la molteplicità di comportamenti di carattere persecutorio, illeciti o anche leciti se considerati singolarmente, che siano stati posti in essere in

modo miratamente sistematico e prolungato contro il dipendente con intento vessatorio;

b) l'evento lesivo della salute o della personalità del dipendente;

c) il nesso eziologico tra la condotta del datore o del superiore gerarchico e il pregiudizio all'integrità psico-fisica del lavoratore;

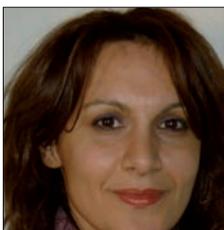
d) la prova dell'elemento soggettivo, cioè dell'intento persecutorio. È stato altresì precisato che la sussistenza della lesione del bene protetto e delle sue conseguenze deve essere verificata - sulla base di una valutazione complessiva degli episodi dedotti in giudizio come lesivi - considerando l'idoneità offensiva della condotta del datore di lavoro, che può essere dimostrata, per la sistematicità e durata dell'azione nel tempo, dalle sue caratteristiche oggettive di persecuzione e discriminazione, risultanti specificamente da una connotazione emulativa e pretestuosa, anche in assenza della violazione di specifiche norme attinenti alla tutela del lavoratore subordinato. L'apprezzamento circa la sussistenza, in concreto, degli estremi del mobbing, secondo i parametri sopra delineati, costituisce una valutazione di merito che, ove basata su motivazione adeguata e priva di vizi logici, sfugge al sindacato di legittimità. Nel caso di specie, nel quale peraltro non viene contestata alcuna violazione di legge, la Corte territoriale ha motivato in modo sintetico ma sostanzialmente completo sulle ragioni per le quali ha escluso la sussistenza degli estremi del mobbing e tale motivazione appare coerente con i principi sopra enunciati.

Ha osservato in particolare che la vicenda lavorativa si era sviluppata nei limiti della normalità atteso che il rapporto di lavoro si era svolto secondo modalità congrue rispetto alla natura delle prestazioni, alle obbligazioni reciproche ed agli interessi delle parti contrattuali. Ha sottolineato inoltre, da un lato, che non poteva ravvisarsi, nel caso di specie, un nesso causale fra la patologia psichica da cui era risultato affetto il lavoratore ed il disagio derivante dall'ambiente lavorativo, e, dall'altro, che non era nemmeno possibile individuare i soggetti responsabili dell'allegato mobbing con riferimento a comportamenti specifici e rilevanti.



COMPETENZE NON TECNICHE E AFFIDABILITÀ ORGANIZZATIVA

Antonella
LA TORRE



In qualsiasi ambito lavorativo è generalmente accettato il fatto che il “fattore umano” è il campo su cui giocare e vincere la partita della prevenzione. Nelle attività lavorative oggi le prestazioni ri-

chieste ai lavoratori sono sempre più di tipo cognitivo e decisionale.

Ciò posto è necessario superare i limiti di un comportamentismo che si disinteressa di processi quali la percezione del rischio, la decisione e l'orientamento discrezionale della propria condotta. Un fondamentale contributo in questo senso viene dalle “Non Technical Skill” cioè dallo sviluppo delle competenze non tecniche.

Si intende per Non-Technical Skill quell'insieme di “Abilità cognitive, sociali e personali, complementari alle competenze tecniche, che contribuiscono all'attivazione di performance lavorative sicure ed efficaci”.

Le Non Technical Skill sono abilità cognitive, comportamentali e interpersonali che non sono specifiche del bagaglio di una professione ma che sono egualmente importanti ai fini della riuscita delle pratiche operative nel massimo della sicurezza.

Seguendo un approccio scientifico, in una organizzazione, le Non Technical Skill si distinguono principalmente in:

- Competenze non tecniche individuali o livello intrapersonale, e riguardano la capacità decisionale, la comprensione

della situazione clinica, l'orientamento al compito, la gestione dello stress, il controllo dell'attenzione e della componente emotiva, le capacità del singolo di lavorare efficacemente in gruppo.

- Competenze non tecniche di gruppo o livello interpersonale, come cooperazione, coordinazione, comunicazione, leadership, ascolto e osservazione, in effetti, comprendono le abilità del gruppo di cooperare, coordinarsi, comunicare all'interno e all'esterno, e di esercitare una leadership efficace e autorevole.

Le competenze non tecniche dipendono, inoltre, da caratteristiche intra-individuali come le conoscenze, gli atteggiamenti, la motivazione e la personalità.

Si possono individuare, ancora, delle principali categorie di competenze non tecniche:

- Consapevolezza situazionale (raccogliere informazioni; interpretare le informazioni raccolte; anticipare condizioni futuri).
- Decision-making (definire problemi; considerare opzioni; selezionare e implementare opzioni); cioè il processo di giudizio attraverso il quale si arriva a scegliere, a implementare la scelta fatta ed a verificarne gli esiti.
- Comunicazione (inviare informazioni chiare e concise; ricevere informazioni; ascoltare; identificare barriere alla comunicazione). Le problematiche comunicative sono spesso citate fra le cause di incidenti, la comunicazione può essere definita come lo scambio di informazioni, istruzioni e idee e coinvolge competenze verbali e non verbali. I problemi comunicativi possono derivare da una mancanza o da una scarsa comuni-





cazione oppure da una incomprensione dovuta all'erronea interpretazione dei messaggi. La comunicazione è mancante quando, per esempio, si esegue un'attività senza avvisare il resto dell'equipe. Se invece nella comunicazione si omettono alcuni particolari che si rivelano importanti allora abbiamo una scarsa comunicazione.

- Teamwork (supportare gli altri; risolvere conflitti; scambiare informazioni; coordinare attività).
 - Leadership (uso dell'autorità; pianificare e definire priorità; gestire carichi di lavoro e risorse). La teoria della leadership trasformazionale individua tre prototipi di leadership:
 - 1) leader transazionale che stabilisce gli obiettivi, effettua un monitoraggio sul loro raggiungimento, ottiene acquiescenza dal resto del gruppo e stabilisce premi e punizioni;
 - 2) leader trasformazionale che è carismatico, ispiratore, promotore di una partecipazione condivisa e supportivo nei confronti del gruppo;
 - 3) leader laissez-faire che semplicemente non fa nulla, abdicando al proprio ruolo di leader. Da alcuni studi emerge che lo stile di leadership trasformazionale è il più idoneo a tutti i livelli dirigenziali per promuovere la sicurezza poiché, ad esempio, incoraggia il gruppo a rinunciare agli obiettivi personali in favore di quelli dell'organizzazione e del gruppo. Gli stili di leadership transazionali, invece, possono essere efficaci nel promuovere sicurezza a livello di supervisione poiché monitorano e rinforzano positivamente il «comportamento sicuro» del gruppo.
 - Gestione dello stress (identificare sintomi di stress; riconoscere effetti dello stress; implementare strategie di coping).
 - Fronteggiare la fatica (identificare sintomi della fatica; riconoscere gli effetti della fatica; implementare strategie di coping).
- Le implicazioni operative per la determina-

zione delle competenze non tecniche e di gestione degli errori comprendono:

- Reporting System: attività di segnalazione dei pericoli per il miglioramento continuo del processo di valutazione dei rischi.
- Error Management: identificazione delle soluzioni ai problemi segnalati;
- Formazione di dirigenti e preposti: sviluppo delle competenze di osservazione dei comportamenti e di restituzione di feedback funzionali.
- Formazione dei lavoratori sui rischi specifici: casi studio aziendali per sviluppare la consapevolezza situazionale. Integrazione della formazione: per la sicurezza nei programmi di formazione organizzativa e manageriale.

Di fondamentale importanza sono le attività intese ad implementare la Cultura della Sicurezza al fine di affrontare le tematiche della salute e della sicurezza nella prospettiva dell'affidabilità delle organizzazioni nell'era della complessità e dell'incertezza. Generalmente, l'affidabilità è vista come ri-

“Lo sviluppo e la pratica della professione infermieristica implica obbligatoriamente il possesso di specifiche abilità, preparazione, conoscenze e competenze”

sposta all'incertezza.

Sono Organizzazioni “affidabili” quelle che sanno fronteggiare l'incertezza e le emergenze pur operando in situazioni di grande complessità tecnologica e organizzativa, minimizzando le conseguenze e apprendendo come evitare il ripetersi degli errori. Lo sviluppo e la pratica della professione infermieristica implica obbligatoriamente il possesso di specifiche abilità, preparazione, conoscenze e competenze.

Le competenze tecniche sono le conoscenze di base necessarie per eseguire un compito.

Tra le competenze tecniche si possono includere i titoli di studio.

Solitamente si pensa che le conoscenze, le abilità, ecc. siano ben definite e che facciano parte di un capitale culturale appreso durante un adeguato percorso di studi, un periodo di addestramento, oppure che vengono maturate in seguito all'esperienza.

Si pensa che le conoscenze acquisite durante il periodo di formazione consentano di “sapere tutto e di sapere fare tutto”, eppure



tante sono le cose che ancora mancano. In realtà, numerose ricerche, effettuate in molti settori, definiti ad alta complessità, hanno evidenziato la compresenza di altre abilità di tipo sociale, cognitivo e comportamentale che non sono specifiche delle caratteristiche, abilità e conoscenze di una professione, ma che sono altresì importanti nel garantire un adeguato livello di sicurezza, con conseguente riduzione del rischio di errore.

Tali abilità, definite competenze non tecniche o non-technical skills, possono essere espresse sia su base individuale che di gruppo.

L'errore umano è la causa principale degli eventi avversi nei sistemi complessi (un sistema è definito complesso quando è impossibile conoscere tutte le sue componenti, le loro relazioni e ancor meno prevedere il suo comportamento) nei quali vi è interazione fra operatori, utenti e tecnologie. L'analisi degli eventi avversi in sanità individua sia i comportamenti umani, sia le difficoltà a lavorare in gruppo sia i deficit di comunicazione come cause più frequenti della conoscenza insufficiente e dell'incapacità tecnica.

La ricerca di sicurezza nei settori ad alta affidabilità (es. l'aviazione) ha chiaramente dimostrato che le cause degli incidenti sono principalmente legati a carenze non tecniche (cognitivo e sociale) delle competenze, piuttosto che una mancanza di competenza tecnica.

Le analisi relative a diversi settori industriali hanno mostrato che più dell'80% delle cause degli incidenti può essere attribuita ai fattori umani. Da ciò deriva la necessità di comprendere le dimensioni umane asso-

ciate alle singole operazioni e in particolare i comportamenti dei lavoratori al front-line dell'organizzazione.

Ancora, molti studi stimano che alla base dell'80% di errori in anestesia vi è un deficit di competenze non tecniche, quali le capacità cognitive, comportamentali e inter-

personeali che per natura sono trasversali a tutte le professioni. È stato dimostrato che nei sistemi in cui vi è una interazione uomo-macchina una percentuale variabile degli incidenti (dal 30% all'80%) ha a che fare con l'errore umano:

“solo identificando i diversi tipi di errore e i diversi tipi di violazione è possibile orientare in modo efficace le misure di prevenzione”

le problematiche relative al lavoro di gruppo sono la causa principale di un numero di incidenti maggiore rispetto a quelli dovuti ad un malfunzionamento delle apparecchiature tecniche.

In questo quadro, dire che l'80% degli infortuni è attribuibile al comportamento degli operatori coinvolti non basta. Occorre analizzare gli atti insicuri e distinguere gli errori dalle violazioni.

Infatti, solo identificando i diversi tipi di errore e i diversi tipi di violazione è possibile orientare in modo efficace le misure di prevenzione.

Gli errori umani non possono essere eliminati, ma è possibile individuarli, minimizzarli e mitigarli favorendo la diffusione di competenze non tecniche utili alla gestione dei rischi e delle richieste provenienti dai compiti lavorativi.

Quindi, sembra necessario sviluppare le competenze non tecniche.

Articolo redatto in collaborazione con Vanessa A. Manghisi

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

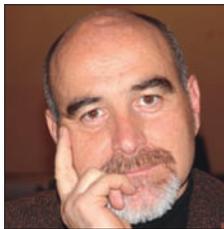
- http://wiki.answers.com/Q/What_is_a_technical_skill#ixzz1McOAQz3g
- http://www.riaonweb.it/Documenti/tesi_pdf/tesi_laurea_specialistica_psico_coviello.pdf
- <http://translate.google.it/translate?hl=it&langpair=en%7Cit&u=http://www.rssb.co.uk/EXPERTISE/HF/Pages/NON-TECHNICALSKILLS.aspx>
- Gabriele Prati, Luca Pietrantonio, Alessandra Rea “Competenze non tecniche e marcatori comportamentali nelle professioni a rischio”;
- Hirelia srl “NTS e BBS due punti di vista a confronto”;



CRONICITÀ E DISABILITÀ

Nuove sfide per la professione infermieristica

Giuseppe
MARANGELLI



I mutamenti demografici, in particolare l'invecchiamento della popolazione, hanno radicalmente modificato il quadro delle patologie. I bisogni di salute e di assistenza con i quali ci si deve misurare, da

qualche anno ormai, sono significativamente cambiati.

Tale contesto impone un adeguamento delle risposte assistenziali. Per fare ciò è indispensabile modificare il sistema sanitario, intervenendo sia sul piano clinico e assistenziale che su quello organizzativo e gestionale. Comunque, è importante sottolineare come il nostro Servizio Sanitario Nazionale, dalla sua nascita, pur tra tante criticità, è sempre riuscito a garantire l'equità, l'universalità e la solidarietà delle prestazioni, rappresentando uno dei "pezzi" più pregiati del welfare italiano. Le modifiche in-

tervenute sono state determinate anche dall'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina. Detta evoluzione ha determinato il cronicizzarsi di malattie prima velocemente mortali. Alcune patologie neu-

rologiche ad andamento degenerativo, il cancro e tante altre malattie, infatti, sempre più possono essere controllate e rallentate nella loro progressione. Tutto ciò rappresenta certamente uno dei cambiamenti più significativi verificatesi negli ultimi decenni, con riverberi tanto sui bisogni dei cittadini che sul piano organizzativo. Le cronicità e le disabilità possono essere considerate quindi emblematiche del cambiamento di paradigma che interessa in maniera sempre più evidente il nostro sistema sanitario.

La popolazione anziana (oltre 65 anni) che rappresenta la fascia di popolazione a maggiore rischio di cronicità, oggi è pari al 20% della popolazione residente, arriverà al 24% nel 2020 e si assesterà ad oltre il 33% nel 2050. In questo contesto generale, la gestione delle malattie croniche deve ricevere grande attenzione anche in termini economici. È parte di questo cambiamento lo spostamento dall'attenzione pressoché esclusi-

va verso la malattia e la guarigione alla considerazione per la qualità della vita come parte integrante e strutturale dei percorsi assistenziali. Tutto ciò ci pone di fronte ad una situazione nuova, e cioè, appunto, la

necessità di convivere, anche a lungo, con la sofferenza, la malattia e una qualità della vita messa seriamente in discussione.

Se il nostro punto di riferimento è la persona, la sua dignità, la sua integrità, il suo

“La popolazione anziana (oltre 65 anni) che rappresenta la fascia di popolazione a maggiore rischio di cronicità, oggi è pari al 20% della popolazione”



benessere, è evidente che siamo di fronte ad un nuovo, complesso, esigente bisogno di salute e di assistenza che ha necessità di essere riconosciuto e accompagnato attraverso una rinnovata attenzione per la prevenzione, e in particolare per il rallentamento della evoluzione delle patologie già in essere e il contrasto alle complicanze possibili, con un vero e proprio cambiamento di paradigma del sistema, spostandosi dalla medicina rivolta essenzialmente alla cura delle acuzie, alla presa in carico dei cittadini in condizione di fragilità, facendo della centralità della presa in carico e della continuità assistenziale modalità per dare corpo effettivamente e pienamente, alla centralità dei cittadini, assicurando l'attenzione necessaria alla qualità della vita in tutte le sue fasi. È giunto il tempo di costruire e garantire un'offerta adeguata di assistenza sul territorio, il più vicino possibile al domicilio del paziente, in grado di assicurare non solo quella parte del percorso assistenziale che non ha più senso continuare a garantire attraverso strutture ospedaliere, ma la vera e propria presa in carico.

Nella capacità di assicurare risposte certe e adeguate a questo genere di bisogni risiede una delle modalità attraverso le quali il S.S.N. è in grado di esserci quando il cittadino ne ha necessità. Tutto ciò, impone quei cambiamenti organizzativi ai quali abbiamo fatto cenno.

Tranne qualche rara eccezione, in tutti i paesi industrializzati le reti ospedaliere si sono ridotte e concentrate, il numero dei posti letto più che dimezzato, la durata delle degenze drasticamente accorciata, la tipologia delle prestazioni erogate profondamente modificata a vantaggio di interventi intensivi e specialistici. L'impatto di questa trasformazione, e dei fattori che l'hanno determinata, non ha tardato a manifestarsi sull'intero sistema sanitario.

La necessità di riorganizzare il sistema per garantire, tra l'altro, un'efficace presa in carico di cronicità e disabilità, porta con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di assistenza primaria per offrire adeguati livelli di assistenza alternativi e più efficaci dell'ospedale, in particolare la necessità di ripensare il territorio, di riprogettarlo, di ripensare il sistema delle cure primarie e di riequilibrare il rapporto ospedale-territorio. La rete



dei servizi sul territorio, e la sua integrazione, rappresentano senza ombra di dubbio quanto di più complesso si è chiamati a realizzare. Si richiede soprattutto una stretta cooperazione tra risorse umane e professionali la cui estrazione, cultura, sensibilità è la più diversa e per le quali è indispensabile riuscire a dare visibilità e corpo ad una risposta appropriata, credibile e sostenibile a problemi di salute e di assistenza molto complessi.

La sua efficacia dipende dai collegamenti tra i nodi della rete e dalla capacità di fare della continuità assistenziale una cosa reale. Per raggiungere tutto questo è indispensabile avere forti motivazioni, sensibilità, rigore, passione e assunzione di responsabilità pubblica ed anche coinvolgimento e partecipazione.

Una cultura del lavoro in team, specialmente a livello di cure primarie e delle organizzazioni costruite intorno ai bisogni del paziente e non al singolo problema di salute sono determinanti per eliminare i numerosi ostacoli ancora presenti. Gli infermieri non devono dimenticare il proprio ruolo di sostegno nei confronti delle persone assistite e delle famiglie, e in questo contesto, devono assumere, a tutto vantaggio dei cittadini, un ruolo strategico centrale, essenziale per la buona riuscita della stessa assistenza territoriale, sperimentando anche nuove forme di coinvolgimento dell'utenza in relazione alle peculiarità delle singole realtà locali superando l'autoreferenzialità e favorendo il consenso generale, garantendo così l'efficacia del cambiamento.



LA VESTIZIONE È UN ATTO LAVORATIVO

Giuseppe
PAPAGNIMauro
DI PINTO

Un importante sentenza (n. 72 del 2/9/2011) emessa dal tribunale di Orvieto sancisce il diritto dei lavoratori turnisti in sanità al pagamento della vestizione, che è stata considerata come effettivo tempo di lavoro e, pertanto, da retribuire. Il tempo necessario alla vestizione è stato calcolato da una commissione tecnica in 15 minuti. Questa sentenza, apre

uno scenario importante per tutti i lavoratori turnisti, infermieri, medici, personale tecnico, O.S.S., personale ausiliario e, dovrà essere presa in considerazione dalle regioni e quindi dalle ASL che dovranno allinearsi e concedere ai dipendenti i relativi arretrati dei cinque anni precedenti. La vicenda che vede protagonisti i cinque infermieri in servizio presso l'ospedale di Orvieto che hanno iniziato la vertenza contro l'ASL 4. La sentenza, "rischia" di fare giurisprudenza perché prevede l'attivazione dei vari ricorsi e dovendo essere applicata a tutto il personale turnista sanitario dell'Umbria, si arriverebbe a un risarcimento milionario dovuto dalle ASL e dalle Aziende Ospedaliere nei confronti dei lavoratori. Il risarcimento dovuto per ognuno di questi arriva a 800 euro l'anno. Per i cinque anni antecedenti la sentenza (per i quali, causa prescrizione quinquennale, è possibile richie-

dere il risarcimento) si arriva a 4.000 euro pro capite. La sentenza del Giudice del lavoro ha riscontrato, in sintesi, che la vestizione per i turnisti ospedalieri deve essere antecedente all'inizio del turno e funzionale alla sua corretta esecuzione. Pertanto, il tempo necessario per indossare la divisa, a inizio turno, va considerato come effettivo tempo di lavoro e, quindi, da retribuire. Nella sentenza del Tribunale di Orvieto si legge: l'espressione lavoro effettivo deve essere intesa come sinonimo di prestazione lavorativa comprendendovi anche i periodi di mera attesa e l'elemento caratterizzante è la messa a disposizione delle energie psicofisiche del lavoratore a favore del proprio datore; inoltre, l'atto di indossare la divisa, antecedente all'inizio della prestazione, deve essere inquadrato non tra le pause bensì tra le attività preparatorie relative all'igiene della persona. L'ASL è stata condannata a risarcire i lavoratori per i 15 minuti di lavoro aggiuntivo giornaliero rispetto a quello del turno, ed è stata anche condannata alla rifusione delle spese processuali nei confronti dei ricorrenti. L'ospedale Santa Maria di Terni è il primo a recepire la sentenza e a prendere decisioni operative in merito.

Questo caso potrebbe costituire un precedente non solo per gli altri nosocomi umbri, ma anche per quelli di ulteriori regioni. Il quarto d'ora per la vestizione non retribuito sta diventando un macigno che fa paura: 28 milioni per il sistema umbro. In periodo di restrizioni economiche e di piani sanitari regionali di rientro di cui sono vittime sia il personale sanitario (vedi blocco del turn over e delle assunzioni) sia gli utenti, ci si aspetta forti resistenze da parte delle ASL a recepire e quindi applicare tale sentenza, quello che ci si auspica, invece, dalle rappresentanze sindacali è un altrettanto forte spinta verso il rispetto di un diritto sancito da questa importante sentenza.



TATUAGGI E PIERCING

Conoscere per prevenire

Grazia Barbara
BEVILACQUA



La body art, diffusa nella società fin dai tempi più antichi è stata praticata per varie motivazioni emblematiche i cui fattori di rischio sono sempre stati aspetti rilevanti per la salute. Al di là delle motivazio-

ni storiche che ci danno una risposta, è interessante capire, perché i giovani si avvicinano, sempre più, a questa arte decorativa del corpo. Da vari studi statistici effettuati è emerso che la motivazione psicologica più ampia è la personalizzazione, che rivela il fenomeno continuo di ricerca da parte degli individui all'interno di ogni formazione sociale, in quanto il bisogno di identità e di appartenenza sono aspetti cercati e voluti per poter avere un ruolo all'interno del proprio ambiente. Nonostante le varie opinioni contrastanti sull'argomento, in quanto ci sono varie chiavi di lettura positive ma anche negative, rimane un dato di fatto che la body art è simbolo di una propria affermazione personale per distinguersi con l'altro quale esso sia, dal semplice vicino di casa al proprio antagonista della fazione politica più estrema. Lo scopo di questo lavoro sicuramente non è stato quello di far cambiare idea a chi era intenzionato ad "abbellirsi" con piercing e tatuaggi, ma piuttosto quello di far conoscere le modalità di esecuzione di queste pratiche, di illustrare le eventuali problematiche e soprattutto le precauzioni da mettere in atto, per preve-

nire la comparsa di complicazioni, dando una informazione completa sia sulle norme da seguire da parte degli operatori che da parte dell'utente, ossia si è cercato di diffondere una specifica Prevenzione. L'obiettivo ulteriore del lavoro è stato, anche quello di illustrare, attraverso uno studio statistico, il livello attuale della prevenzione nei giovani, considerati nelle varie fasce di età e sesso e quindi capire se vi è conoscenza del possibile fenomeno patologico che scaturirebbe da una qualsiasi pratica di body-art e se nello stesso tempo vi sia una idonea informazione da parte degli operatori del settore. I rischi più comuni, in linea generale, presenti nella body art sono:

- Reazioni allergiche da contatto, herpes.
- Infiammazioni virali e batteriche, infezioni da fungo.
- Linfadenopatie.
- Lesioni maligne come il melanoma della pelle ed il cancro della pelle.
- L'ulcera venerea, la tubercolosi e la lebbra.
- Infezione da fungo come la sporotricosi e la zigomicosi.
- Reazioni allergiche come l'irritazione cutanea e l'orticaria.
- Dermatosi e granulosi, sarcoidosi.
- Altre malattie della pelle come la psoriasi, la fotosensibilizzazione, la fototossicità e la fotogenotossicità.
- Cambiamenti comportamentali.

In figura 1, 2, 3 e 4 sono riportate alcune delle numerose patologie correlate alla pratica della body art. Ma c'è anche dell'altro: le cardiopatie. Ultimamente la ormai grande diffusione del piercing ha permesso di rilevare quanto questa pratica possa essere pericolosa per le persone con disturbi congeniti al cuore, difetti alle valvole cardiache (stenosi, insufficienza ecc.), ma soprattutto >>



Figura 1 - Reazione allergica dovuta a un tatuaggio.



Figura 2 - Infezione cutanea da piercing.



Fig. 3 - Melanoma.



Figura 4 - Herpes dovuto a un applicazione di un tatuaggio.

portatori di protesi valvolare; per queste persone, dunque, sarebbe ragionevole rinunciare al piercing. Un altro pericolo connesso al piercing è la pericondrite, ovvero l'infezione del padiglione auricolare, che se non è curata adeguatamente provoca un vero accumulo di pus fino ad arrivare alla deformazione della zona auricolare. Inoltre, il contatto con il metallo provoca irritazioni, prurito ed allergie.

Indagine Statistica

L'indagine statistica è stata formulata, attraverso dei questionari compilati in modo anonimo e del tutto casuale, in uno spazio temporale di sei mesi, fotografando il fenomeno statistico come tale e preservandolo da ogni manipolazione. Inoltre questo lavoro ha voluto dare un piccolo contributo alla prevenzione intesa come igiene e sicurezza da attuare negli ambienti dove si pratica la body art, come i laboratori, scongiurando i falsi professionisti occasionali.

Risultati

I risultati del lavoro sono stati sorprendenti, considerata l'epoca in cui viviamo e i mezzi di comunicazione attuali. Nonostante il passaggio delle informazioni tra gli individui sia veloce, si sono riscontrate notevoli lacune di tipo informativo nella maggior parte degli intervistati, che possono essere sintetizzate in alcuni aspetti:

1. Molti individui sono carenti su un aspetto importante della prevenzione sanitaria che è quello della tutela fisica; sono pochi i soggetti che conoscono le patologie allergiche ed infettive che possono verificarsi dopo un tatuaggio o un piercing. Ciò è un fatto grave considerando le numerose vicende verificatesi con epilogo a volte nefasto.
2. L'aspetto informativo di tipo tecnico è carente in molti soggetti sottoposti

all'indagine, soprattutto riguardo i materiali in uso, l'igiene, struttura chimica, la natura e il profilo tossicologico di una vasta gamma dei materiali utilizzati.

3. L'aspetto legale, soprattutto quello riguardante i minori, è poco adottato nella realtà.

Conclusioni

La moda dei tatuaggi e dei piercing è in continua crescita e con essa, la preoccupazione per i rischi sanitari associati a tali pratiche. La conoscenza della prevenzione è fondamentale in questo settore, che sembra ancora dare poco spazio alle raccomandazioni di tipo sanitario, brancolando nel buio e ignorando la sicurezza necessaria a garantire il diritto più importante, che è quello della salute.

L'educatore sanitario deve sicuramente diffondere una serie di raccomandazioni verso l'utente e verso l'operatore quanto più possibile, per aumentare il livello di prevenzione, sapendo che l'applicazione della body-art e una procedura molto diffusa ed è poco conosciuta.

Una linea da seguire sicuramente nell'ambito della prevenzione sanitaria è quella di allargare gli orizzonti di competenza, introducendo l'aspetto informativo sanitario in ambienti più vicini ai giovani, come le scuole, associazioni inerenti la body-art, luoghi di ritrovo come locali e piazze. Sicuramente sarebbe prezioso la partecipazione da parte di enti più vicini agli utenti della body-art come i comuni, gli istituti scolastici e le ASL, i quali dovrebbero periodicamente proporre iniziative di informazione sanitaria tra i giovani coinvolgendoli, in modo tale da fornire giuste considerazioni sull'approccio alla body-art mettendo in luce aspetti importanti per la tutela della salute.

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- Alvarado-Esquivel C, Sablon E, Martinez-Garcia S, Estrada-Martinez S. Hepatitis virus and HIV infections in inmates of a state correctional facility in Mexico. *Epidemiol Infect.* 2005;133(4): 679-85
- Carrol ST, Riffenburgh RH, Roberts TA, Myhre EB. Tattoos and Body Piercings as indicators of Adolescent Risk-Taking Behaviors. *Pediatrics* 2002;109: 1021-1027
- N. Tattooing and piercing- The need for guidelines in EU. *Euro Surveill.*2006; 11 (1-3): 4
- http://europa.eu.int/comm/consumers/cons_safe/news/eis_tattoo_risk_052003_en.pdf



PER I PAZIENTI CRONICI C'È "NARDINO"

Un'esperienza d'eccellenza sul territorio della ASL BAT

Domenico
ANTONELLI



Un progetto innovativo di assistenza infermieristica. Una risposta concreta alla chiusura degli ospedali. Un modo nuovo di rispondere alle esigenze di cura dei pazienti cronici. Prende avvio proprio nel

la ASL BT il progetto dell'Ares "Nardino". Da gennaio 2012 nei comuni di Minervino Murge e Spinazzola, dove sono stati chiusi gli ospedali, sono stati attivati ambulatori infermieristici dedicati ai pazienti affetti da patologie croniche.

E' il nuovo modello organizzativo di presa in carico del paziente che prende il nome di Disease Management.

Evidenze scientifiche, nazionali e internazionali, mostrano che l'applicazione di nuovi modelli organizzativi di presa in carico globale della persona, risultano più rispondenti ai nuovi bisogni complessi del malato cronico. E' ovvio che la domanda di salute, innanzitutto ha bisogno di un luogo: il luogo consueto è l'Ospedale, ma non sempre è in grado di offrire la risposta appropriata a quella specifica domanda di salute. In questo caso ci accorgiamo che la cronicità soprattutto nella terza età, non ha bisogno di essere localizzata dentro le strutture sanitarie, dove a volte i ricoveri sono la geografia della inappropriata. Il principio di Nardino è proprio quello di evitare anche ricoveri inappropriati.

La Direzione Generale della Asl della sesta

provincia pugliese ha individuato in qualità di responsabile che coordinerà questo importante progetto Domenico Antonelli (dirigente delle professioni sanitarie territoriali).

Gli infermieri individuati e dedicati esclusivamente all'attuazione del progetto hanno partecipato a un corso di formazione dedicato al care management.

È proprio l'infermiere "care manager" che in collaborazione con il medico di medicina generale, il medico specialista (cardiologo, diabetologo, pneumologo) e il paziente definisce il processo di cura per sviluppare una prospettiva nuova di benessere.

La figura dell'Infermiere Care Manager è l'elemento fortemente innovativo, figura fondamentale di collegamento tra i diversi attori del processo assistenziale e fungendo da tutor del paziente.

L'Infermiere Care Manager prende in carico il paziente, lo accompagna nel percorso delle cure specialistiche e della programmazione delle cure quindi trasformando una parte degli accessi spontanei in accessi programmati. Le capacità che avrà un Care-Manager sono abilità Comunicativa, capacità di Negoziazione, competenza clinica, capacità di relazione. Promuove il Self-Management.

Le evidenze scientifiche indicano che i pazienti portatori di condizioni croniche, agiscono meglio quando ricevono un efficace trattamento all'interno di un sistema integrato delle cure che comprende un supporto al self-management e un follow-up regolare. Inoltre, promuove l'Empowerment del paziente; se i pazienti sono più informati e coinvolti e responsabilizzati (Empowered) essi interagiscono più efficacemente con gli operatori sanitari e si sforzano di intrapren- >>

dere le azioni che producono risultati di salute. Tutto questo focalizzato a:

- offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali;
- favorire l'aderenza al Follow up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza;
- evitare il ricorso a ricoveri inappropriati;
- azzerare l'attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle liste d'attesa aziendali;
- offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione.

La presa in carico del paziente sarà registrata su schede di valutazione.

Gli infermieri e il medico di medicina generale saranno supportati da un software gestionale, utile sia per la gestione ottimale del percorso di cura che per le attività di monitoraggio e valutazione, elementi essenziali del ciclo della qualità (PDCA).

Il progetto Nardino, sarà attivato, a breve, anche in altri sei comuni della regione Puglia dove sono stati chiusi gli ospedali (Bintonto, San Marco in Lamis, Campi Salentina, Maglie, Ceglie Messapica, Massafra).

Condivido quanto affermato dal Direttore

Sanitario dell'ASL BT Antonio Sanguedolce quando afferma che l'integrazione garantita tra l'infermiere e il medico di medicina generale è vincente.

Il modello ospedaliero non è più adatto alle esigenze di cura dei pazienti cronici. Oggi siamo chiamati a fare un salto culturale im-

portante nel pieno rispetto delle competenze di tutte le figure professionali dedicate alla cura e all'assistenza sanitaria".

Oggi un paziente su tre è cronico, pertanto, dobbiamo pensare all'evoluzione dell'ospedale per dare una ri-

sposta efficace ai pazienti affetti da patologie come il diabete, le malattie dell'apparato cardio-circolatorio, lo scompenso cardiaco.

La ratio del progetto "Nardino" è modificare il modo di fare sanità, passando da un atteggiamento di attesa ad uno attivo, propositivo, che punta alla prevenzione ed al mantenimento di condizioni cliniche ottimali dell'utenza affetta da malattie croniche. L'obiettivo dunque è evitare che queste patologie degenerino in situazioni ad alta complessità fortemente invalidanti, situazioni che comportano seri cambiamenti nella vita del paziente con inevitabile decadimento della qualità della stessa.

Il progetto momentaneamente prevede la presa in carico di utenti affetti da Diabete, Malattie cardiovascolari, scompenso cardiaco e broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), tutte patologie che se non opportunamente tenute sotto controllo, possono dare vita ad un vasto ventaglio di complicanze, con esiti permanenti e gravemente invalidanti. Modelli nuovi di assistenza, come quello proposto con il progetto Nardino, ci permetteranno anche di evitare i ricoveri inappropriati che oggi nei nostri ospedali rappresentano purtroppo il 44% di tutti i ricoveri. Obiettivo di tutto è di guardare il paziente come il principale ingrediente della ricetta della buona salute.

“Modelli nuovi di assistenza, come quello proposto con il progetto Nardino, ci permetteranno anche di evitare i ricoveri inappropriati”





STOMA CARE IN ETÀ PEDIATRICA

Erba
BJEDI



Concetta
TASSIELLI



In Italia, ogni anno, vengono confezionate circa ventimila stomie per pazienti di età inferiore ai diciotto anni, tuttavia l'aspetto assistenziale per tali situazioni è stato, fino a tempi relativamente recenti, sottovalutato e poco trattato in letteratura. Attualmente l'assistenza al bambino stomizzato costituisce una realtà emergente, anche per il perfezionamento

della terapia intensiva neonatale che, oltre a permettere di salvare la vita a molti neonati, consente la sopravvivenza in situazioni premature e patologiche, per le quali è spesso necessario il confezionamento di una stomia. In ambito pediatrico si sta verificando un aumento delle stomie a scopo nutrizionale, in particolare in bambini con patologie neurologiche. Alcune caratteristiche delle stomie in età pediatrica sono sovrapponibili a quelle degli adulti, tuttavia per molti aspetti esse si differenziano. Sono differenti le indicazioni chirurgiche, specialmente nel periodo neonatale. È peculiare l'assistenza da fornire al bambino malato, in quanto si può realizzare tramite interventi rivolti ad un soggetto che, essendo in piena fase evolutiva e maturativa, ri-

sulta particolarmente minacciato e a rischio di disturbi che possono alterare il suo normale sviluppo individuale e relazionale. La presenza di una stomia nel bambino, anche se per un breve periodo della sua vita, costituisce un potenziale pericolo, non solo per il normale sviluppo psicofisico dello stesso, ma anche per il delicato rapporto con i genitori e per l'equilibrio della triade bambino-genitori-ambiente esterno. Dal punto di vista tecnico per enterostomie si intendono tutte le aperture create chirurgicamente tra un viscere cavo e la cute, sia direttamente (stoma) sia mediante l'interposizione di un tubo, artificiale o naturale. In età pediatrica le stomie, solitamente temporanee, sono utilizzate per:

- accedere (es. gastrostomia per alimentazione enterale);
- decomprimere (es. colostomia in Hirschprung trascurato con dilatazione intestinale);
- deviare il contenuto (es. enterocolite necrotizzante);
- evacuare il tratto alimentare (es. imperforazione anale).

Assistenza pediatrica infermieristica: aspetti educativi e riabilitativi

La presenza di una stomia in un individuo è quasi sempre fonte di stress, problematiche psicologiche, patologiche, gestionali e organizzative. Nel caso in cui, si tratti di un bambino ci si deve attendere che questi aspetti siano amplificati, in quanto coinvolgono una personalità in fase di sviluppo e includono il nucleo familiare che lo circonda. Si rende necessario adottare strategie, atte a rendere la presenza e la gestione della stomia quanto più agevole e fisiologica nel normale percorso di sviluppo del bambino, nella sua normale vita quotidiana, di rela- >>



zione e del suo stato di salute. Tutto questo si esplica mediante la presenza di figure professionali specializzate, formate per dare le risposte alle domande più frequenti, ma anche per offrire il supporto idoneo in tale situazione (transitoria o permanente che sia) al bambino e alla famiglia. Le attività basilari vengono affrontate con ansia e con la paura di sbagliare da parte dei familiari, che restano dubbiosi e titubanti nel lavare il bambino e nel vestirlo. Non sanno come nutrirlo, non sanno come posizionare la sacca, perché temono di provocare danni alla stomia. Ecco perché la figura dell'infermiere enterostomista pediatrico, in tandem con lo psicologo, consente di minimizzare i problemi quotidiani, di risolvere dubbi e incertezze e di educare il bambino e i familiari fino a rendere possibile lo svezzamento dalla struttura sanitaria e consentire l'inserimento del piccolo paziente nella società, nel modo meno traumatico possibile. In particolare, la figura dell'infermiere enterostomista diviene via via il punto focale nella riabilitazione. L'assistenza infermieristica pediatrica si propone non solo di comprendere e soddisfare i bisogni fisiologici individuali del bambino, ma anche di mettere in chiaro le necessità psicologiche e affettivo-familiari del bambino e dei genitori. Tale assistenza considera le diverse caratteristiche del bambino, le diverse fasce d'età e le problematiche della famiglia e il contesto socio-culturale in cui il bambino vive. Il piccolo è un individuo in crescita e in formazione con problemi, esigenze e modalità soggettive di espressione. In rapporto a tale variegata miscellanea, devono essere adeguate e modulate la risposta assistenziale e la relazione d'aiuto infermieristica. Per assistere un bambino è indispensabile saper comunicare, ascoltare e porsi in relazione con lui. Si configura perciò, una relazione assistenziale complessa, che non si esaurisce nella mera esecuzione degli atti tecnici, ma persegue l'obiettivo di umanizzare l'assistenza, vista nel senso più complesso del "curare" e del "prendersi cura". Bisogna, perciò, creare i presupposti perché si riesca a portare i genitori all'accettazione e al coinvolgimento, per far loro assimilare nozioni e capacità che consentano di affrontare la situazione nel modo più tranquillo ed efficace possibile. È indispensabile, quindi, sviluppare un programma di intervento che veda l'infermiere impegnato nel prendersi cura del bambino e della sua famiglia. L'Infermiere, infatti, deve riuscire a conquistare la loro fiducia, per metterli poi nelle condizioni di poter prendere par-

te attiva delle attività di cura e di assistenza che riguardano il piccolo, addestrandoli sulle pratiche quotidiane necessarie per gestire la stomia a domicilio. Nel bambino più grande e nell'adolescente è importante che la riabilitazione inizi prima ancora che la stomia venga confezionata, stabilendo fin da subito un rapporto di fiducia. Il bambino ha l'esigenza e il diritto di essere informato ed è opportuno non nascondere la verità. Spesso, infatti, esso ha paura perché non possiede sufficienti conoscenze e può trarre proprie fantasiose conclusioni che sono motivo di ulteriore disagio. Così, la consapevolezza e la conoscenza della modificazione corporea può evitare distorsioni di interpretazione, turbamenti psicologici e fornire un senso di controllo e la capacità di cooperare. Il livello di partecipazione attiva del bambino dipende dalla sua età e dalle sue capacità: è per questo motivo che nei primi anni di vita, sono i genitori a decidere per i propri figli. In ogni caso, lo stesso Codice Deontologico afferma che l'infermiere si adopera, affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche in relazione alla sua età e al suo grado di maturità. È importante, quindi, aiutare il bimbo ad avere fiducia in sé e a rendere espliciti i suoi desideri di star bene, allo scopo di identificare con chiarezza gli obiettivi di benessere. Il bambino sofferente, infatti, se viene incoraggiato ad esprimersi, spesso compie la scelta di uno o due semplici obiettivi a breve termine e tali obiettivi hanno il pregio di essere realistici e in sintonia con le abitudini e le possibilità del bimbo stesso.

Assistenza infermieristica nelle fasi pre e post-operatoria

L'assistenza infermieristica ad un bambino portatore di stomia, nelle diverse fasi che precedono, accompagnano e seguono l'intervento chirurgico, comprende aspetti generali, che si riferiscono al nursing comune a tutti gli interventi di chirurgia pediatrica, e ad aspetti specifici, relativi all'assistenza legata alla patologia di base e all'intervento di confezionamento della stomia, tutto ciò si realizza tramite interventi di natura tecnica, relazionale e educativa. Nei bambini sopra i tre anni può essere utile una preparazione psicologica attuata tramite la ludoterapia, per aiutarli a comprendere ed accettare la stomia. L'aspetto psicologico dei genitori è determinante quando possibile. È necessaria una buona informazione pre-operatoria, per renderli consapevoli dei problemi assistenziali che una stomia comporta, in modo che possano essere più



preparati ad affrontare la nuova situazione. Un momento importante è rappresentato dal disagio preoperatorio della sede di stomia, in campo pediatrico, soprattutto nel neonato, spesso non è possibile perseguire la soluzione migliore. Nella gran parte dei casi si tratta, infatti, di interventi d'urgenza e le condizioni dell'addome, sia per le dimensioni che per la patologia, a volte non lo consentono. Ci sono criteri da rispettare: la stomia dovrebbe essere posta lontano da rilievi ossei, dall'inguine, dal cordone ombelicale e dalla ferita laparatomica, sia per prevenire le infezioni e le complicanze da inidoneo posizionamento, sia per favorire l'applicazione del presidio. Nel bambino di alcuni anni di vita, la sede della stomia, dovrebbe essere correttamente identificata, (nelle sedute operatorie di elezione) per assicurare uno stoma ben casellato e permettere una maggiore libertà di movimento del bambino. L'assistenza post-operatoria si può distinguere in immediata e tardiva e comprende attività generali e interventi relativi alla sorveglianza e alla gestione della stomia e della cute peristomale alias stoma-care. L'assistenza generale mira essenzialmente a mantenere o a ripristinare le condizioni cliniche psico-fisiche del bambino valutando anche il dolore. Nel post-operatorio immediato la prevenzione, il riconoscimento e la cura delle complicanze stomali e secondarie all'intervento rappresentano delle priorità assistenziali.

Aspetti pratici

La prevenzione delle patologie stomali si realizza tramite l'applicazione del sistema di raccolta e di protezione più idoneo, la valutazione frequente delle condizioni della stomia (aspetto, dimensioni, vascolarizzazione) ed il controllo della ripresa delle funzioni intestinali e della tipologia e quantità degli effluenti. Dopo il confezionamento la prima apparecchiatura della stomia dovrebbe avvenire in sala operatoria oppure nelle prime ore dopo l'intervento.

Nel periodo post operatorio immediato, solitamente, viene posizionato un sistema a due pezzi, al fine di evitare la rimozione ricorrente del dispositivo. Il sistema a due pezzi permette, infatti, di lasciare la placca in sede per più giorni, evitando ripetuti traumi della cute, minori sofferenze e frequenti manipolazioni del bambino. La sacca deve essere, inoltre, trasparente e a fondo aperto, per permettere lo svuotamento frequente. Può essere utile rafforzare la protezione cutanea mediante l'uso di film protettivo e pasta barriera nell'area peristomale. Il mantenimento dell'integrità

cutanea è, infatti, un obiettivo del postoperatorio e tramite un corretto stoma care, è possibile mantenere integre le caratteristiche chimico-fisiche della delicata cute del bambino. La placca dovrà essere, inoltre, maneggevole, sottile, flessibile e facilmente modellabile, affinché possa aderire perfettamente alla ridotta superficie dell'addome. Il sistema di raccolta deve anche assicurare praticità per il cambio, una perfetta adesività ed al tempo stesso una completa rimozione. È importante, inoltre, attuare le manovre di detersione e di sostituzione della sacca con delicatezza, nel minor tempo e con il minor dolore e disagio possibile. Nel bambino più grande ciò è determinante anche per poter costruire, da subito, i presupposti migliori per l'accettazione del suo stoma. L'ileostomia, oltre ad avere il più alto rischio di dermatite, determina sul piano clinico-funzionale importanti conseguenze che possono essere estremamente più severe in un neonato, specie se prematuro. Sono necessari, quindi, interventi infermieristici proiettati a prevenire tali complicanze. Tra queste, la più importante è rappresentata dalla presenza di deiezioni abbondanti, a seguito delle quali il bambino può andare facilmente incontro a disidratazione ed a deplezione di elettroliti.

Follow up

Il percorso di riabilitazione non può fare a meno di periodici appuntamenti di controllo presso i Centri di riferimento per monitorare la situazione del bambino stomizzato.

Il follow-up deve essere necessariamente multidisciplinare, poiché segue nel tempo un individuo nel suo complesso sviluppo fisico e psicologico. Questo "cordone ombelicale" dovrà essere mantenuto possibilmente fino al momento della ricanalizzazione. Accanto alla figura dell'enterostomista, necessaria sia per risolvere piccoli problemi che nell'individuare complicanze allo stadio iniziale prima ancora che esse diano segno, si affianca sempre la figura di uno psicologo in grado di fornire il giusto supporto alle ansie, i timori, le problematiche di interazione che si possono sviluppare in questi soggetti. Il follow-up prevede la rivalutazione periodica da parte del chirurgo, che potrà stabilire una sorta di agenda diagnostica allo scopo di ottimizzare i tempi per gli eventuali nuovi interventi chirurgici.

La fase riabilitativa

Il processo riabilitativo ha quale obiettivo primario il completo recupero del bambino e della sua famiglia sul piano fisico, psichico e sociale. La delicata e complessa riabilitazione di un bambino con stomia richie-





de, quindi, trattamenti specialistici ed esige risorse e tecniche avanzate, conoscenze e capacità che tengono conto degli aspetti fisici, umani e sociali. L'ambulatorio di riabilitazione rappresenta la struttura riabilitativa dove operano, dopo la fase del ricovero ospedaliero, diverse figure professionali per fornire un'assistenza multidisciplinare.

L'attività ambulatoriale consiste in:

- controlli specialistici costanti per verificare le condizioni generali, la stomia e la cute peristomale e per individuare precocemente l'insorgenza di complicanze.
- counseling dei genitori per guidarli nella crescita ed assistenza del bambino tramite la realizzazione di una comunicazione efficace con i genitori e il bambino.

Le principali prestazioni erogate di natura assistenziale, preventiva e curativa sono:

- l'informazione ai genitori e al bambino riguardo i problemi legati alla stomia e alla patologia di base, gli interventi diagnostico-terapeutici necessari, le varie complicanze e le possibili conseguenze sul piano fisico, psico-sociale;
- la preparazione del bambino per l'esecuzione di esami diagnostici e l'assistenza nel pre e postoperatorio per gli interventi chirurgici programmati;
- l'addestramento dei genitori e del bambino all'uso corretto dei presidi e all'eventuale irrigazione, con valutazione delle capacità acquisite dal genitore nella cura della stomia e il rispettivo rafforzamento delle stesse;
- il sostegno emotivo e psicologico ai genitori e al bambino, permettendo lo scambio di notizie e lo sfogo di ansie, tensioni e paure;
- l'assistenza nell'iter burocratico relativo alla richiesta per ottenere la fornitura dei presidi, l'invalidità civile e l'esenzione.

Il follow-up consente poi la valutazione costante dei risultati, per variare il piano assistenziale e riabilitativo in relazione ai nuovi bisogni dei piccoli pazienti. In tutto

questo periodo l'infermiere deve rappresentare una solida figura, sicura, di fiducia e di collegamento con le altre figure professionali e deve diventare l'interlocutore più immediato cui la famiglia può rivolgersi per comprendere la tipologia di assistenza di cui il bambino necessita.

Conclusioni

L'obiettivo principale del programma di riabilitazione è, quindi, permettere a ciascun bambino, secondo la propria individualità, di crescere nel modo più normale e sereno possibile, con una qualità di vita non inferiore a quella dei propri coetanei. È necessario, infatti, che il bambino, nei limiti del possibile, possa continuare a svolgere una vita che sappia di normalità, fatta di relazione, gioco e apprendimento. Quest'obiettivo deve essere raggiunto tramite la personalizzazione, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni che l'infermiere eroga con competenza, espressa nella capacità di pianificare, intervenire, valutare e decidere, ma soprattutto, con elevata abilità di relazionarsi con specifica competenza educativa. La temporaneità e la precoce età sono fattori peculiari delle stomie in età pediatrica che, in un certo modo, semplificando l'approccio psicologico al bambino e soprattutto ai genitori che comunque accettano, o meglio tollerano, sempre con molta difficoltà la derivazione intestinale del loro bambino. Deve, quindi, orientare l'assistenza tramite una relazione che sappia assumere i tratti di una vera e propria alleanza terapeutica, nella quale il bambino diviene il fulcro di un nuovo sistema relazionale e familiare il cui obiettivo primario è il mantenimento o il recupero del suo stato di completo benessere psicofisico e sociale e della serenità familiare. Le varie tappe del percorso assistenziale e riabilitativo sono, quindi, lunghe e frustranti, ma i vantaggi fisici e psicologici per il bambino possono essere notevoli e certamente non saranno così efficaci se ogni gesto terapeutico non sarà accompagnato da comprensione, delicatezza, tranquillità e professionalità.

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- Nursing Oggi, numero 4, 2003
- Il giornale della Società Italiana di Psicologia Clinica-Medica. Maggio 2005
- A.I.O.S.S.2001, Atti del "XVI corso di aggiornamento per stomaterapisti ed operatori sanitari.
- Boarini J.H. "principles of Stoma Care for Infants". J. Enterostom. Ther. 2008.
- Pena A. Hong A. "Advances in the management of onorectal malformation". Am J Surg 2001 Nov.
- Chirurgia pediatrica. "Approccio e gestione del bambino con problemi chirurgici" G. Battista.
- Dall'Oglio. "Nursing del bambino portatore di stomie digestive", in AA.VV. Atti del "IV Convegno Regionale di Aggiornamento di Assistenza Infermieristica", Fiuggi, 2000.
- www.convatec.com



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura del
Comitato di redazione

■ Sicurezza dei pazienti

Gli errori in terapia occorsi più frequentemente sono riferiti all'uso dei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per l'aspetto simile delle confezioni. Tali errori possono verificarsi in qualsiasi fase della gestione del farmaco sia in ambito ospedaliero che territoriale. (Ministero della Salute: Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike")

■ Riforma degli ordini professionali

È stato ribadito che gli Ordini professionali dovranno essere riformati con un DPR entro 12 mesi, cioè entro il 13 agosto del 2012. I principi della riforma non vengono modificati: accesso libero alla professione, la formazione continua obbligatoria, tirocini da regolamentare, assicurazione professionale obbligatoria, libertà per il professionista di farsi pubblicità, distinzione del ruolo amministrativo degli Ordini da quello deontologico con l'istituzione dei Consigli di Disciplina. (Art. 10. "Riforma degli ordini professionali e società tra professionisti" della Legge di stabilità 2012, ex legge finanziaria).

■ Terni, pagati per indossare il camice

Dopo la sentenza del tribunale del lavoro di Orvieto, che ha dato ragione a 2.500 infermieri, la Asl ha varato per l'ospedale Santa Maria un regolamento che calcola nello stipendio 20 minuti al giorno per mettere l'indumento da lavoro. Gli infermieri dell'ospedale Santa Maria di Terni avranno un aumento di 650 euro l'anno in più. Un aumento di stipendio ottenuto per "indossare il camice". Quattrocentocinquanta addetti alle corsie si vedranno conteggiare in busta paga 20 minuti in più al giorno, tempo calcolato dalla Asl di Terni per mettere il camice. Venti minuti che si trasformeranno, appunto, in 650 euro l'anno. (http://www.repubblica.it/salute/2012/03/07/news/terni_pagati_per_camice-31076555/)

■ Accordo Stato Regioni sulla Formazione obbligatoria in materia di Sicurezza dei Lavoratori

Dal 26 gennaio 2012 sono in vigore le specifiche e le nuove direttive sulla formazione minima obbligatoria in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro definite nell'accordo Stato Regioni siglato lo scorso dicembre 2011 e che interessa Lavoratori, compresi Dirigenti e Preposti, oltre che i Datori di Lavoro (RSPP), per una corretta applicazione del decreto legislativo 81/2008. Si tratta di importanti linee guida sui contenuti della formazione generale e di quella specifica per

l'attività dell'impresa, sulla durata e sulle modalità di formazione e aggiornamento di lavoratori e lavoratrici in base ai diversi profili di rischio assegnati ai settori lavorativi di appartenenza, sul modo in cui va organizzata, sui requisiti dei docenti. La durata minima è di 4, 8 oppure 12 ore, a seconda dei rischi riferiti a ciascuna mansione e settore di appartenenza, che possono essere bassi, medio o alti, in base a quanto previsto dalle apposite tabelle. Nei settori a rischio basso si prevedono 8 ore: 4 di formazione generale e 4 di formazione specifica. Nei settori a rischio medio si prevedono 12 ore: 4 di formazione generale e 8 di formazione specifica. Nei settori a rischio alto si prevedono 16 ore: 4 di formazione generale e 12 di formazione specifica.

■ Tumore cerebrale e telefono cellulare

La IARC (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro) ha classificato le radiofrequenze come possibili cancerogeni per l'uomo (Classe 2B), sulla base di un limitato incremento di glioma e di neurinoma del nervo acustico negli utilizzatori "pesanti" di telefono cellulare. L'Agenzia fornisce anche un'indicazione di "utilizzatore pesante": almeno 30 minuti al giorno per 10 anni.

■ Mai timbrare il cartellino di altri

Un dipendente che timbra i cartellini dei colleghi assenti dal luogo di lavoro può essere licenziato insieme a coloro che ne hanno beneficiato. Lo stabilisce la Corte di Cassazione che ha rigettato il ricorso di tre dipendenti che richiedevano il reintegro nell'azienda. La Cassazione conferma quindi l'applicazione delle norme previste dal codice disciplinare e dal contratto collettivo nazionale del lavoro circa il licenziamento per fatti che costituiscono delitto a termine di legge.

■ Prevenzione salute e stili di vita, ciclo seminari DoRS Piemonte

È rivolto ai professionisti impegnati nella progettazione e organizzazione di programmi di prevenzione nel sistema sanitario, scolastico, e nella comunità locale "What works in prevention", ciclo di due seminari sui programmi di prevenzione efficaci nel cambiamento degli stili di vita organizzato dal DoRS, Centro di documentazione per la promozione della salute di Grugliasco (TO).

Il ciclo di seminari "What works in prevention" ha l'obiettivo di presentare alla platea allargata dei professionisti che direttamente o indirettamente si occupano di prevenzione, esempi di interventi che hanno riportato risultati positivi nella pratica assistenziale.

■ **GOVERNO CLINICO, GESTIONE E SICUREZZA DEL PAZIENTE**

Bari, 20-21 aprile e 5 Maggio 2012
INFO: Riforma
Tel : 080 9640712 Cell 3282075455
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **LA COMUNICAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

Bari, 17- 18 Maggio 2012
INFO: Riforma
Tel : 080 9640712 Cell 3282075455
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **CONGRESSO NAZIONALE CIVES**

Bisceglie (BT), 25 - 26 Maggio 2012
INFO: Collegio IPASVI BAT
Tel: 0883482500 Fax 0883481593
e-mail: bat@ipasvi.legalmail.it
www.ipasvibat.it - www.cives-onlus.org

■ **IL PAZIENTE CARDIOLOGICO CON METASTASI OSSEE: GOLD STANDARDS PER LA TERAPIA E PER L'ASSISTENZA**

Noicattaro (BA), 18 Maggio 2012
INFO: Net Congress & Education spa
Tel 0533361341 Cell: 3385410607
e-mail: lucia.lozza@congresseducation.com

■ **IL PROFESSIONISTA SANITARIO: EVOLUZIONE E SINTESI DI RESPONSABILITA', STUDI CIVILI E PROFESSIONALI**

Taranto, 21 Aprile 2012
INFO: Staff snc
Tel: 0171339971 Cell: 3494262008
e-mail: info@staff-formazione.net

■ **7 INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ANDROLOGY - LA CHIRURGIA ESTETICA E FUNZIONALE DEI GENITALI ESTERNI MASCHILI E DELL'URETRA**

Bari, 27-28 Aprile 2012
INFO: Centro Italiano Congressi
Tel: 0805043737 Cell: 3351260506
e-mail: info@cicsud.it

■ **GIORNATE DI AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA- UPDATE SULLE CARDIOMIOPATIE**

Bari, 18 Aprile 2012
INFO: intermeeting srl
Tel: 0805482005 Cell:3382995799
e-mail: segreteria@qintermeeting.org

■ **I MODULO - CORSO TEORICO-PRATICO DI DIALISI PERITONEALE PD UNIVERSITY**

Bari, dal 16 al 20 Aprile 2012
INFO: Centro Italiano Congressi
Tel: 0805043737 Cell: 3351260506
e-mail: info@cicsud.it

■ **CORSO TEORICO PRATICO DI FORMAZIONE PER PROFESSIONISTI DELL'INCONTINENZA**

Bari, 27-28 Aprile 2012
INFO: Federazione Italiana Incontinenti
Tel: 0805093389 cell: 3494442591
e-mail: lagrecarosa@hotmail.com

■ **CARDIOPNEUMO SIICP 2012 - CARDIOLOGY & PNEUMOLOGY FOR PRIMARY CARE**

Bari, 10-11-12 Maggio 2012
INFO: Comunication Laboratory
Tel: 0805061372 cell: 3459531764
e-mail: info@clabmeeting.it

■ **GIORNATE DI AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA**

Bari, 16 maggio 2012
INFO: intermeeting srl
Tel: 0805482005 Cell:3382995799
e-mail: segreteria@qintermeeting.org

■ **FOCUS SULLA DEGENERAZIONE MACULARE SENILE**

Acquaviva delle Fonti (BA), 20 Aprile:
INFO: Italiana Congressi
Tel: 08056110320 Cell: 3348202779
e-mail: segreteria@italianacongressi.it

■ **1ª CONFERENZA PROGRAMMATICA COLLEGIO IPASVI BARI**

Bari, Sheraton Nicolaus Hotel 12 maggio 2012
INFO: Collegio IPASVI BARI
Tel: 0805427333 - 0805427413
e-mail: bari@ipasvi.legalmail.it

■ **UPDATE SULL'INFERMIERISTICA ITALIANA NELLA SANITÀ DELLE REGIONI**

Pugnochiuso - Vieste (FG), 1 - 4 Giugno 2012
INFO: www.eventiecongressi.eu
e-mail: segreteria@eventiecongressi.eu
Tel 3497398399 - fax 0802209268

