

Filodiretto

5/6
numero

Anno XXIX/ numero 5/6 settembre-dicembre 2011 / 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

LA PROGETTUALITÀ DELL'INFERMIERE

*una risorsa per
la società italiana*



in evidenza

EDITORIALE

PROFESSIONE
IN AZIONE

IN PUGLIA

Infermieri
alle urne
nell'era di Facebook

L'infermiere
forense in aula
giudiziaria

Nardino
e il caremanager



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 XXIX - N° 5/6 settembre-dicembre 2011
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 20 dicembre 2011

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco
Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

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

Segreteria di Redazione

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

Hanno collaborato

Valerio Savino, Giuseppe Chiodo, Savino Petruzzelli, Lina
Pascalone, Lucia Asselta, Angelo Raffaele Leone, Raffaele
Recchia, Concetta Tassielli, Elsa Vitale, Angelica Misino,
Giuseppe Pietroforte
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 **5/6**

EDITORIALE

3

INFERMIERI ALLE URNE NELL'ERA DI FACEBOOK

Saverio Andreula, Giuseppe Chiodo

PROFESSIONE IN AZIONE

5

IL RECUPERO POSTOPERATORIO NELLA PROTESICA ORTOPEDICA

Lina Pascalone, Lucia Asselta

7

L'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI ASSOCIATE A DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

Angelo Raffaele Leone

9

L'INFERMIERE FORENSE IN AULA GIUDIZIARIA

Raffaele Recchia

11

IL MOBBING NEL MONDO INFERMIERISTICO

Concetta Tassielli, Elsa Vitale

17

SITUAZIONI STRESSANTI E MECCANISMI DI COPING

Angelica Misino

20

IL PROGETTO S.A.R.I. CONQUISTA RAGUSA

Savino Petruzzelli

IN PUGLIA

21

NARDINO E IL CAREMANAGER

Pasqualina Camuscio

24

MEDICINA PENITENZIARIA

Valerio Savino

NURSING & QUALITÀ

26

L'OFFERTA FORMATIVA DEL COLLEGIO ACCREDITATA DALLA REGIONE PUGLIA

Carmela Marseglia

INFORMAZIONE

29

L'INFERMIERE ED IL PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO

Giuseppe Pietroforte

INSERTO 5/6

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Vanessa Manghisi

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



INFERMIERI ALLE URNE NELL'ERA DI FACEBOOK

Saverio
ANDREULA



Giuseppe
CHIODO



Due miladuecentoquarantuno sono stati i Collegi che nel mese di novembre c.a. hanno partecipato al voto per il rinnovo degli Organismi direttivi dei Collegi di Bari e di Barletta-Andria-Trani. L'appuntamento elettorale, come è ormai consuetudine, è stata un'ottima oc-

casione di confronto all'interno della comunità professionale. Nutrito il numero di aspiranti Consiglieri e Revisori, che, per gruppi, ha dato vita ad interessanti ed ap-

profonditi dibattiti sul momento elettorale, sviluppando idee e propositi, alcuni dei quali veicolati via web, nell'era di Facebook e Twitter, nelle più svariate forme comunicazionali. Molti i siti gestiti da gruppi di Infermieri che si sono cimentati nella competizione elettorale, ad evidenziare una vivacità intellettuale di ampio respiro capace di stimolare l'attenzione di tutta la classe infermieristica sui punti di maggiore criticità del "vivere infermieristico". Ora che le luci si sono spente sul momento elettorale, ci sembra doveroso precisare, ancora una volta, in risposta a "pensieri" e soprattutto a "parole" messe nero su bianco da alcuni, il ruolo e la funzione dei Collegi. Tanto, per coloro che hanno usato comunicazioni ricche di promesse elettorali su temi di assoluta impertinenza, provocando momenti di tensione e di "confusione" tra gli elettori ma altresì significative distorsioni nell'immaginario collettivo e non solo, sulla reale rappresentanza professionale dei Collegi. A

»»

ATTRIBUZIONI DEI COLLEGI (DL C.P.S. n. 233/46)

- **Vigilare** alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine e del Collegio;
- **designare** i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- **promuovere** e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- **dare** il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio;
- **esercitare** il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'albo, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- **interporsi**, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e dando il suo parere sulle controversie stesse.

I Colleghi eletti nel Consiglio Direttivo e nel Collegio dei Revisori per il triennio 2012/14 del Collegio di BARI

CONSIGLIO DIRETTIVO

Saverio	ANDREULA	Presidente
Roberto	GRECO	V/Presidente
Agostino	INGLESE	Tesoriere
Nunzio	RANIERI	Segretario
Francesco	ALBERGO	
Loredana	CAPPELLI	
Maria	CAPUTO	
Fausta	CASTROVILLI	
Rosa	CIPRI	
Maria	CASSANO	
Francesco	FERRI	
Vincenza	FUSCO	
Giuseppe	MARANGELLI	
Carmela	MARSEGLIA	
Giuseppe	NOTARNICOLA	

SINDACI REVISORI DEI CONTI

Domenico	CIMARRUSTI	Presidente
Pasquale N.	BIANCO	
Raffaele	FIGHERA	

REVISORE SUPPLENTE

Pasquale	LACASELLA
----------	------------------

beneficio di questi ultimi riportiamo in box l'art. n.3 del DLCP n. 233/46 sulle attribuzioni degli Ordini e dei Collegi Provinciali. Fatta questa doverosa premessa che speriamo serva a ribadire, come forma di rispetto verso l'infermieristica della provincia di Bari e Barletta-Andria-Trani, che i Collegi sono di esclusiva proprietà degli Infermieri, bisogna iniziare il nuovo mandato

con progetti ed azioni capaci di dare "tutela ordinistica" a tutti gli Infermieri. Per fare questo dobbiamo costruire, insieme, una rete professionale capace di rispondere a questo bisogno. I punti programmatici sui quali i neo eletti consiglieri dovranno muovere le loro azioni, li riportiamo in sintesi:

- *Elevare il livello culturale del confronto all'interno della professione infermieristica per affrontare uniti le sfide che si presentano.*
- *Evidenziare il ruolo degli Infermieri in quanto risorsa della società: senza Infermieri non c'è futuro per la sanità.*
- *Sostenere lo sviluppo della cultura e della formazione professionale attraverso azioni e strumenti diretti ad orientare nella quotidianità i comportamenti dei professionisti.*
- *Implementare modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere alla domanda di sicurezza, di qualità ed appropriatezza delle prestazioni dei cittadini e della professione infermieristica di presa in carico globale e continua del paziente.*
- *Tutelare l'identità professionale del professionista infermiere in ogni ambito di attività sostenendo i principi etici declinati dal codice deontologico.*
- *Sostenere rapporti istituzionali con le rappresentanze dei Cittadini finalizzati per definire strategie comuni, progetti*

di cura incentrati sulla persona e valorizzare il ruolo dell'infermieristica. In questo particolare delicato momento per il nostro paese, alle prese con una crisi economica di dimensioni paurose, che propaga a tutti i livelli lo stato di crisi, aggravate dalle evidente stato di estrema difficoltà in cui versa il sistema sanitario pugliese, c'è bisogno, per la professione, di "fare squadra". Noi infermieri non dobbiamo nascondere l'esigenza di giungere ad una necessaria innovazione e ammodernamento dell'impianto giuridico degli Ordini e dei Collegi, ritenendo ancora essenziale la loro funzione di garanzia nei confronti dei cittadini. Combatteremo privilegi e chiusure corporative, che non ci hanno mai riguardato, e garantiremo i cittadini della qualità degli infermieri, vigilando sul decoro della professione, continuando la riflessione critica tesa a sviluppare il contesto valoriale entro cui la professione infermieristica si evolve, esercitando il nostro potere di lotta all'esercizio abusivo della professione che danneggia l'immagine dell'infermiere tanto quanto espone i cittadini a qualsivoglia rischio per la salute. Siamo certi che è questa la vera sfida che tutti gli infermieri pugliesi devono accettare.

La sfida, impegnativa e profonda, può essere vinta a condizione che tutti noi, uniti, mettiamo in campo quella vivacità culturale e intellettuale espressa nella competizione elettorale in cui sono ne vincitori ne vinti. Facciamo in modo che vinca l'infermieristica pugliese.

I Colleghi eletti nel Consiglio Direttivo e nel Collegio dei Revisori per il triennio 2012/14 del Collegio di Barletta - Andria - Trani

CONSIGLIO DIRETTIVO

Giuseppe	CHiodo	Presidente
Leonardo	DI LEO	V/Presidente
Francesca	BRUNO	Tesoriere
Giuseppe	VURCHIO	Segretario
Maria	ACQUAVIVA	
Andreina	BRUNO	
Giuseppe	DONATIVO	
Fausta	NATALICCHIO	
Giuseppe	PAPAGNI	
Giulio	PARADISO	
Vincenzo	RICCHIUTI	
Natalina	RUFINI	
Nicola	SETTE	
Bernardo	VALENTE	
Giuseppe	ZINGARELLI	

SINDACI REVISORI DEI CONTI

Francesco P.	MAFFEI	
Luigi	MARZANO	
Clementina I.	SFREGOLA	Presidente

REVISORE SUPPLENTE

Tommaso	GAROFOLI
---------	-----------------



IL RECUPERO POST-OPERATORIO NELLA PROTESICA ORTOPEDICA

Il sistema di autotrasfusione redax drentech surgical

Lucia
ASSELTA



Nella nostra unità operativa di Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero di Trani sono molto frequenti interventi di protesi totale d'anca (PTA) e interventi di

protesi totale di ginocchio (PTG). Da qualche tempo stiamo usando il sistema di drenaggio Drentech Surgical.

Detto sistema di drenaggio è stato sviluppato per consentire il recupero di sangue nel post-operatorio chirurgico affinché sia possibile adottare una politica di risparmio del sangue con un dispositivo semplice e sicuro. Il sistema risulta molto utile nel recupero post-operatorio ortopedico ed in modo particolare negli interventi di PTA e PTG e nei re-interventi, dove le perdite ematiche risultano più abbondanti.

In un solo dispositivo un efficiente sistema di recupero sangue e drenaggio postoperatorio. L'unico dispositivo di recupero sangue con la doppia filtrazione integrata: un primo filtro a 120 micron nella camera di raccolta ed un secondo a 40 micron all'interno della sacca sangue.

La doppia filtrazione integrata ed il dispositivo di separazione della componente lipidica consentono di ottenere una migliore qualità del sangue. Sistema completamente a circuito chiuso: permette la trasfusione

autologa immediata e ripetuta del sangue, in estrema sicurezza. Aspirazione regolata da una apposita unità di vuoto in grado di adattare la pressione di aspirazione alle esigenze cliniche.

Grazie alla presenza di una unità di vuoto indipendente, il sistema può operare in aspirazione con 4 valori regolabili di pressione negativa in un range variabile compreso tra 25 e 100 mmHg. L'elevata autonomia operativa permette al sistema di coprire l'intero decorso post-operatorio del paziente. L'unità di vuoto viene fornita completa di un carica batteria.

Il sistema di recupero sangue è disponibile completo di linea di connessione e raccordo ad Y per il collegamento ai tubi di drenaggio. È un innovativo sistema a circuito chiuso a doppia filtrazione integrata per il recupero e la re-infusione del sangue nel post-operatorio.

Grazie alla presenza di una unità di vuoto indipendente è in grado di funzionare in aspirazione nel decorso post-operatorio. Un filtro a 120 micron, posto all'ingresso dei liquidi nella camera di raccolta, consente di effettuare una filtrazione della fibrina e dei macro-aggregati. Il sangue così raccolto può essere successivamente trasferito nell'apposita sacca alloggiata all'interno del sistema per la re-infusione successiva.

Il trasferimento del sangue dalla camera di raccolta alla sacca di infusione è realizzato senza alcuna deconnessione al fine di garantire la massima sicurezza e mantenendo il circuito chiuso durante tutte le operazioni. Grazie all'unità di vuoto è possibile il





trasferimento del sangue, lasciando la sacca nella sua sede, senza alcuna alterazione dei parametri ematici.

E' stato progettato un dispositivo di separazione a doppia camera al fine di prevenire l'aspirazione della massa lipidica del sovrantante durante il trasferimento del sangue alla sacca.

Dopo il trasferimento del sangue filtrato alla sacca paziente, si estrae la sacca stessa dal sistema Surgical e si procede alla reinfusione.

Mediante l'innovativo sistema di doppia filtrazione integrata, la reinfusione del sangue autologo viene effettuata mediante l'utilizzo di un normale deflussore I.V., già in dotazione con il sistema. La doppia filtrazione integrata è ottenuta da un filtro di 120 micron, inserito nella camera di raccolta e da un secondo filtro a 40 micron inserito direttamente nella sacca che consente l'eliminazione dei micro-aggregati prima della re-infusione.

Nel caso di una seconda re-infusione, grazie alla presenza del filtro micro-aggregati integrato nella sacca, sarà necessario semplicemente sostituire il deflussore I.V. normalmente utilizzato in tutti i reparti ospedalieri. La quantità di sangue raccolta va reinfusa entro 6 ore dal posizionamento del drenaggio. Dopo la reinfusione sono stati eseguiti esami di laboratorio e non si sono evidenziate alterazioni morfologiche di rilievo all'esame microscopico e strumentale dei campioni, il sangue risulta in buono stato di conservazione, senza alterazioni morfologiche di rilievo.

I sistemi di recupero di sangue post-operatorio del tipo non-wash sono conosciuti ed utilizzati da vari anni in varie discipline chirurgiche, anche se trovano il loro maggiore campo di applicazione nella chirurgia ortopedica protesica in relazione alle caratteristiche di relativa asetticità operatoria e alla quantità delle perdite ematiche post-operatorie quasi sempre superiori a quelle intraoperatorie.

Vari studi hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia della metodica nel ridurre, assieme alle altre tecniche autotrasfusionali (predeposito, emodiluizione preoperatoria, recupero intraoperatorio), il ricorso alle trasfusioni di sangue omologo, a tutt'oggi non ancora privo di importanti rischi per i pa-

zienti alterazioni significative dei parametri coagulativi dopo la reinfusione stessa.

Nonostante alcune modificazioni delle componenti plasmatiche, in particolare di quelle della funzione coagulativa, la reinfusione del sangue raccolto nel post-operatorio attraverso il sistema REDAX appare sicura e priva di rischi.

L'assistenza infermieristica al paziente con drenaggio è importantissima. Il drenaggio viene inserito dal medico in sala operatoria, è rimosso dal medico dopo 24/48 ore dall'intervento in reparto con l'assistenza dell'infermiere. Entrambe le procedure richiedono una tecnica sterile e devono essere effettuate senza introdurre area o microrganismi nella cavità.

L'infermiere di sala operatoria deve trascrivere l'ora di posizionamento del drenaggio per garantire la reinfusione che avvenga nelle sei ore. Obiettivo principale dell'assistenza infermieristica a un paziente con drenaggio è quello di facilitare la rimozione di liquido dalla cavità. Il paziente operatoria rientra nell'Unità Operativa, l'infermiere che lo accoglie effettua una valutazione iniziale, il corretto posizionamento del drenaggio sistemandolo con gli appositi ganci al lato del letto, controllare se il tubo del drenaggio è nella cavità, la pervietà, le caratteristiche e quantità della secrezione del drenaggio. Gli infermieri sono responsabili della verifica, della valutazione, del mantenimento dell'aspirazione del drenaggio.

Quando il drenaggio ha raccolto più di 300 cc si può iniziare a reinfondere. Il medico valuta la quantità il colore e la consistenza dando il via alla reinfusione. Il tutto deve avvenire nelle sei ore.

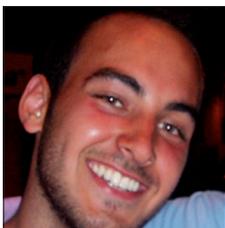
L'infermiere deve informare naturalmente il paziente della procedura e documentare tutte le informazioni utili (tipo ed ora di posizionamento del drenaggio, le caratteristiche del sangue, l'ora della re infusione, ecc.) sulla cartella clinico-infermieristica. Il sistema permette il recupero di un buon volume di sangue che, anche se di ematocrito non elevato, risulta utile nel sostegno perioperatorio e rappresenta una importante procedura nell'ambito di un programma di risparmio trasfusionale.

*Articolo in collaborazione con
Lina Pascalone*



L'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI ASSOCIATE A DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

Angelo Raffaele
LEONE



La sepsi, sindrome clinica caratterizzata dalla presenza sia di infezione che di una risposta infiammatoria sistemica, è particolarmente presente nei pazienti delle unità di terapia intensiva, essendo spesso essa stessa motivo di ricovero, con un tasso di mortalità paragonabile a quello di altre patologie quali l'infarto del miocardio e l'ictus. La causa principale di insorgenza di sepsi in terapia intensiva è rappresentata dalle infezioni ospedaliere, principalmente causate da microrganismi opportunistici normalmente presenti nell'ambiente, in particolar modo nei sistemi di ventilazione e sulle mani del personale. Negli ultimi anni si è visto un crescente aumento dell'utilizzo dei dispositivi intravascolari soprattutto nei reparti di terapia intensiva. Vengono utilizzati per somministrare liquidi, farmaci, sangue ed emoderivati, soluzioni per la nutrizione parenterale del paziente e per monitorare lo stato emodinamico. Ve ne sono di diversi tipi: CVP, CVC e CA. Nelle terapie intensive l'insorgenza di infezione è spesso più alta di quella di altre aree ospedaliere e il rischio più elevato di batteriemie sembra essere associato alla necessità di effettuare più frequentemente procedure invasive: può essere necessario avere un accesso venoso centrale per un lungo

periodo di tempo, i cateteri possono essere manipolati più volte al giorno per la somministrazione di farmaci e liquidi ed inoltre possono essere inseriti in situazioni di emergenza durante le quali non è garantito l'utilizzo di tecniche asettiche. Le infezioni ospedaliere sono almeno in parte prevenibili. È stato dimostrato che il rischio di infezione diminuisce con la standardizzazione delle procedure assistenziali asettiche e che una buona gestione dei dispositivi intravascolari è essenziale per prevenirne l'insorgenza. A tale scopo sono state proposte nel corso degli anni diverse linee guida sempre più aggiornate e che hanno come punti chiave per la prevenzione delle infezioni l'igiene delle mani del personale prima e dopo il contatto con il paziente, l'utilizzo di barriere sterili (guanti, camici e mascherine), un'attenta antisepsi cutanea con il rispetto dei tempi di azione dei disinfettanti, il rispetto della tempistica di sostituzione delle medicazioni, la disinfezione delle porte di accesso e dei rubinetti prima di infondere farmaci o eseguire prelievi e, infine, rispetto dei tempi di sostituzione delle linee di infusione.

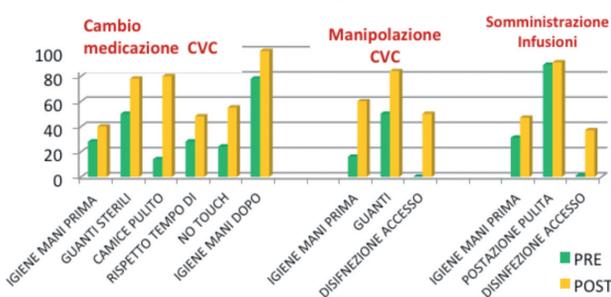
Con il mio studio ho cercato di valutare quella che è la conoscenza e l'effettiva applicazione delle linee guida per la prevenzione delle infezioni associate ai dispositivi intravascolari all'interno del reparto di Anestesiologia e Rianimazione del policlinico di Bari con lo scopo di valutare quello che è l'effettivo rischio di insorgenza di infezione e quanto si faccia per ridurre tale pericolo al minimo. A tale scopo mi sono servito di una scheda di raccolta dati su cui poter annota-





re le tecniche di gestione dei cateteri intravascolari, in particolare cvc e ca, osservate durante il periodo di tirocinio nel reparto di rianimazione. È possibile suddividere lo studio in 3 diverse fasi:

- una prima fase di raccolta dati;
- una seconda fase in cui attraverso una riunione di reparto e l'utilizzo di bundle di prevenzione è stato possibile ripetere con opportuni chiarimenti il protocollo di reparto relativo alle tecniche di prevenzione delle infezioni;
- una terza fase di raccolta dati necessaria per poter valutare eventuali cambiamenti nelle pratiche quotidiane di prevenzione.

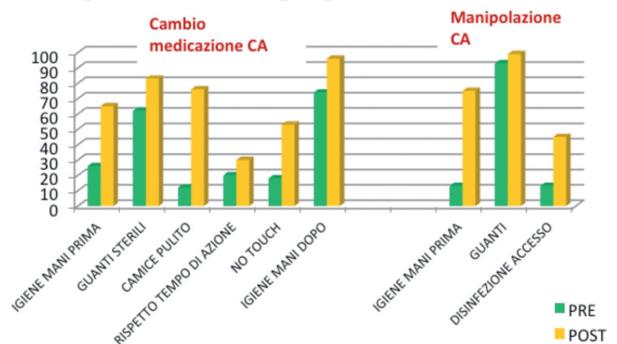


Nei grafici ho riportato in verde i dati relativi alla prima fase cioè prima del protocollo mentre in giallo quelli

relativi alla terza fase ovvero dopo il protocollo. Come è possibile osservare in merito alla pratica del cambio medicazione, per quanto riguarda il CVC vi sono stati miglioramenti in tutti gli aspetti considerati, particolarmente significativi quelli relativi all'uso di guanti sterili, di un camice pulito e di una tecnica no touch. Per quanto riguarda la manipolazione dei cvc vi sono stati cambiamenti significativi sia per quanto riguarda l'igiene delle mani prima del contatto col catetere, per l'utilizzo di guanti sterili, e la pratica di disinfettare la porta di accesso prima di infondere il farmaco. Per quanto riguarda invece le tecniche di preparazione-somministrazione infusioni cambiamenti significativi si sono avuti solo in relazione alla pratica di disinfettare il rubinetto di collegamento. Prendendo in considerazione i ca invece per quanto riguarda il cambio delle medicazioni ho potuto osservare variazioni significative nella pratica di lavare le mani prima del contatto col paziente, per l'uso di un camice sterile, l'utilizzo di una tecnica no touch, e la pratica di lavare le mani al termine dell'attività. Infine per quanto riguarda la manipolazione del ca cambiamenti significativi si possono osservare nella pratica di lavare le mani prima e in quella di disinfettare la porta di accesso. Sebbene

dunque i primi risultati non sono stati molto incoraggianti in quanto è risultata esserci una scarsa conoscenza delle linee guida da parte del personale, una scarsa applicazione delle stesse, una maggiore preoccupazione per la propria sicurezza piuttosto che di quella dell'assistito e soprattutto una scarsa consapevolezza di questa, a seguito della diffusione del protocollo di reparto con l'utilizzo di bundle e riunioni di reparto è stato possibile apprezzare un netto miglioramento della qualità dell'operato. La sepsi rappresenta una delle possibilità che ha il personale infermieristico per mettere in campo tutta la sua professionalità. L'esperienza, acquisita nel corso degli anni, rappresenta un requisito aggiunto che conferisce all'infermiere una maggiore sicurezza nel compiere determinate azioni. Molto spesso però questo non basta, soprattutto per coloro che operano in reparti di terapia intensiva. Come è emerso dal mio studio, infatti, si fa spesso troppo affidamento sull'esperienza mettendo in secondo piano quelle che sono le raccomandazioni espresse dalle evidenze scientifiche. A volte si ignora l'importanza di quello che si sta facendo, del fatto che si ha a che fare con pazienti critici su cui anche il più piccolo errore o la minima dimenticanza possono determinare esiti negativi. Le linee guida rappresentano uno strumento di grande importanza indispensabile alla professione infermieristica per ribadire la propria credibilità e

a tutta la società per ottenere un'assistenza più funzionale alle proprie esigenze ed aspettative. Ma la semplice diffusione passiva di tali linee guida risulta essere insufficiente per ottenere gli effetti desiderati. Le linee guida sono solo il primo passo necessario ma non sufficiente per un miglioramento della qualità dell'assistenza. Una volta prodotte esse devono essere poi accompagnate da attività di implementazione per assicurare la preparazione e la formazione degli operatori.





L'INFERMIERE FORENSE IN AULA GIUDIZIARIA

Raffaele
RECCHIA



specialista in medicina legale possa affrontare problematiche sempre più appannaggio di altre figure professionali esperte nella materia della quale si discute. All'art.1 L. 42/1999, si stabiliscono i nuovi riferimenti giuridici "Responsabilità e Attività". L'espressione responsabilità professionale è riconducibile al fatto che in quanto professionisti della salute assieme ad altre figure professionali, gli infermieri vengono ad assumere una posizione di garanzia e/o protezione tipica nei confronti delle persone che hanno in cura, e questa posizione obbliga a farsi carico di tutte le implicazioni rischiose che le prestazioni professionali includono, secondo quelle che sono le conoscenze scientifiche e tecniche della categoria professionale cui l'operatore appartiene. L'infermiere che assiste la persona deve farsi carico non di qualsiasi ipotetico, teorico, genericamente possibile rischio, ma dei rischi che sono prevedibili, valutabili e prevenibili, usando quelle cognizioni teorico-scientifiche e le capacità tecniche che appartengono alla categoria. Responsabilità intese come essere responsabili, agire con perizia, prudenza,

La professione infermieristica è stata, in questi anni, in evoluzione e si è consolidata oggi come originale e autonoma disciplina scientifica. Al giorno d'oggi non è più pensabile che lo

diligenza, verso i bisogni degli assistiti. Responsabilità intesa come obbligo di rispondere sotto il profilo deontologico, disciplinare e giuridico del proprio operato. Responsabilità dunque con duplice valenza:

- quella negativa riferito ad eventi illeciti;
- quella positiva dell'assunzione di obblighi nei confronti del personale, degli altri esercenti le professioni sanitarie, delle istituzioni e delle autorità competenti. La L. 42/99 rivoluziona le dinamiche dell'esercizio professionale, introducendo il concetto di "competenza". Da intendersi in "ciò che compete, ciò che è di pertinenza" ma anche "ciò di cui si è competenti, che si ha capacità e qualifica di fare. Si può quindi affermare, che più si è responsabili più si diventa competenti, più si diventa competenti più si delinea il campo di autonomia. Non esiste autonomia senza competenza e non esiste competenza senza responsabilità. Il concetto di responsabilità ha quindi una dimensione giuridico-professionale. In ambito giuridico l'infermiere sarà chiamato a rispondere in tema di responsabilità Penale per i fatti che costituiscono reato; responsabilità Civile che riguarda l'obbligo di risarcire il danno causato e la responsabilità Disciplinare che riguarda la violazione di condotta. Oggi però il termine responsabilità deve essere ricondotto anche ad una visione più positiva, quella propriamente professionale dell'essere e del sentirsi responsabili, dell'assumersi in prima persona tutta la responsabilità che l'agire professionale comporta, soprattutto in situazioni di riconosciuta autonomia. Le competenze dell'infermiere forense sono legate alla comprensione dei fondamenti della disci-





plina giuridica al fine di leggere ed interpretare fenomeni di responsabilità professionale, valutare l'operato di un collega chiamato a rispondere del proprio operato in sede civile, penale o disciplinare. L'infermiere forense è il professionista specializzato nella valutazione di ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale che riguardi l'esercizio dell'assistenza infermieristica. L'infermiere forense è in grado di fornire prestazioni competenti, nella specifica area disciplinare, con orientamento a vari settori di applicazione forense dell'attività infermieristica, ivi comprese le attività di collaborazione su richiesta e/o indicazione dell'Autorità Giudiziaria, anche in qualità di Consulente Tecnico d'Ufficio. Altresì fornire consulenza sugli specifici temi nel caso di contenziosi; fornire consulenza contrattuale - sindacale; orientarsi nell'ambito dei procedimenti casistica al fine di fornire assistenza specifica; operare efficacemente, sulla base della specifica conoscenza competenza, nell'ambito dei risvolti tecnici professionali delle diverse aree specifiche professionali dell'infermieristica legale e forense, nell'area etico - deontologica, giuridico - forense e medico - legale; effettuare attività di formazione, consulenze e ricerca nello specifico ambito infermieristico. I ruoli dell'infermiere forense, le sue competenze, limiti e prospettive nell'ambito del processo penale e del processo civile, andranno nel tempo sempre più delineandosi. L'infermiere forense potrà infatti adire alle vicende giudiziarie in qualità di Consulente Tecnico o di Perito per qualunque delle parti coinvolte, al solo fine di contribuire all'accertamento della "Verità Tecnica" in problematiche che investono l'assistenza infermieristica. La comunità professionale infermieristica deve fugare ogni pregiudizio nei confronti di questa nuova figura e in caso di contenzioso, affidarsi ad un infermiere forense per farsi rappresentare in aula giudiziaria. Gli organi giudicanti, potrebbero essere sensibilizzati circa l'opportunità e l'importanza di coinvolgere nei giudizi anche infermieri forensi, e non solo medici legali, quali periti chiamati a pronunciarsi su cau-

se che riguardano appunto l'agire quotidiano dell'infermiere. In considerazione, infatti dei presupposti secondo cui «la perizia è ammessa quando occorre svolgere [...] valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche [...]» e che la nomina del perito da parte del giudice avviene tramite «gli appositi albi o tra le persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina» ci si chiede chi, più di un infermiere, possieda le suddette particolari capacità e competenze per addurre delle valutazioni nella specifica disciplina infermieristica. Se è vero, così come sostiene Aristotele, che «si può agire con giustizia solo se si conoscono il soggetto, i mezzi e lo scopo dell'azione» che si giudica, allora più che mai risulta indispensabile il coinvolgimento degli infermieri forensi, i quali conoscono il soggetto (la professione infermieristica), i mezzi (le reali circostanze in cui l'infermiere opera) e lo scopo dell'azione (le eventuali prestazioni/atti in esame ed il razionale scientifico che le sottendono). Diversamente l'agire professionale adeguato unicamente alle sentenze del giudice penale, senza una lettura critica e sistematica delle stesse, potrebbe enfatizzare la prospettiva negativa della responsabilità; prospettiva nella quale il confronto tra i professionisti resta comunque teso, poiché ciascuno cerca di giustificare il proprio comportamento censurato di inadeguatezza o illiceità, spostandone le conseguenze su altri. Tale visione della responsabilità non risulta in linea con quanto richiamato dal Codice Deontologico della professione infermieristica, il quale guida ed esorta l'infermiere «nello sviluppo e nel comportamento eticamente responsabile, indicando che l'assistenza infermieristica è al servizio «alla persona e alla collettività». Un valido contributo nel dirimere le controversie di carattere giuridico, circa l'effettiva sussistenza dei presupposti alla base della fattispecie di reato, riconducibile all'esercizio abusivo della professione infermieristica, potrebbe provenire dai Collegi Ipasvi, che dovrebbero forse prendere porte ai processi in materia.

BIBLIOGRAFIA

- Medicina legale per infermieri, Daniele Rodriguez, Carocci Faber 2004.
- Le responsabilità dell'infermiere, G. Barbieri-A. Pennini, Carocci Faber 2008.
- La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, S. Bugnoli, Maggioli 2010.
- La professione di infermiere, aspetti giuridici medico-legali etico-deontologici, Piccin 2005.



IL MOBING NEL MONDO INFERMIERISTICO

Concetta
TASSIELLI



Elsa
VITALE



Per mobbing si intende un insieme di comportamenti violenti (abusi psicologici, angherie, vessazioni, demansionamento, emarginazione, umiliazioni, maldicenze, ostracizzazione,) perpetrati da parte di superiori e/o colleghi nei confronti di un lavoratore, prolungato nel tempo e lesivo della dignità

personale e professionale nonché della salute psicofisica dello stesso. I singoli atteggiamenti molesti o emulativi non raggiungono necessariamente la soglia del reato né debbono essere di per sé illegittimi, ma nell'insieme producono danneggiamenti plurioffensivi anche gravi con conseguenze sul patrimonio della vittima, la sua salute, la sua esistenza. Più in generale, il termine indica i comportamenti violenti che un gruppo (sociale, familiare, animale) rivolge ad un suo membro.

Il termine mobbing è stato coniato agli inizi degli anni Settanta dall'etologo Konrad Lorenz per descrivere un particolare comportamento di alcune specie animali che cir-

condano in gruppo un proprio simile e lo assalgono rumorosamente per allontanarlo dal branco. In etologia, particolarmente in ornitologia, mobbing indica anche il comportamento di gruppi di uccelli di piccola taglia nell'atto di respingere un rapace loro predatore.

Mobbing è un gerundio sostantivato inglese derivato da "mob" (coniato nel 1688 secondo il dizionario Merriam-Webster), dall'espressione latina "mobile vulgus", che significa "una folla grande e disordinata", "dedita al vandalismo e alle sommosse". Da qui, il significato assunse presso le classi sociali più elevate anche una connotazione spregiativa, per cui "mob" era, anche in assenza di azioni violente, equivalente pressappoco a "plebaglia". Al termine mobbing è correlato anche il lemma mobster, che indica genericamente chi appartiene alla malavita o adotti un comportamento malavitoso. Nei Paesi anglofoni, per indicare la violenza psicologica sul posto di lavoro si utilizzano lemmi più specifici: harassment (utilizzato anche per molestie domestiche), abuse (maltrattamento), intimidation.

Considerando la figura infermieristica nella sua evoluzione storica, si potrebbe delineare la sua ambigua collocazione all'interno delle organizzazioni professionali: l'operatore infermiere era chiamato a svolgere attività in parte autonome ed in parte dipendenti dalla sfera decisionale di altri professionisti. Questa contraddizione ha esposto nel tempo gli infermieri a situazioni di insoddisfazione lavorativa, a stress, a conflitti intra ed inter professionali, condizioni che





costituiscono fattori predisponenti all'insorgenza del fenomeno del mobbing.

Sino agli anni Novanta in Italia, nonostante l'attivazione delle Scuole Professionali per la formazione infermieristica di base e corsi di specializzazione post base, gli infermieri sono stati considerati "professione sanitaria ausiliaria" (art. n. 100 Testo Unico delle Leggi Sanitarie 27 Luglio 1934, n. 1265). La denominazione sottolinea sia la subordinazione dell'infermiere al medico, sia riconosce un certo grado di autonomia professionale, necessario per far assumere all'infermiere responsabilità assistenziali ed organizzative, indispensabili per una gestione complessiva dell'assistenza ai pazienti.

medico. In realtà, avvalendosi della propria competenza ed esperienza professionale, gli infermieri hanno spesso "infranto" la legge, pianificando interventi assistenziali finalizzati alla salvaguardia della salute dei pazienti loro affidati. Ciò ha provocato negli infermieri un ulteriore malessere, legato sia a frequenti conflitti con i medici che all'interno dello stesso gruppo professionale. Questa situazione ha contribuito a delineare un'immagine della professione poco attraente, con deboli aspettative, divisa al suo interno, facilmente esposta ad azioni scorrette da parte di altre categorie professionali. Pertanto, gli elementi predisponenti al mobbing vanno ricercati attraverso l'ana-

"MOBBING E STRESS DA LAVORO: INSEGNANTI E INFERMIERI I PIÙ COLPITI"

Roma, 3 novembre 2008: Insegnanti e infermieri, operatori di call center e forze dell'ordine sono le prime vittime di mobbing e stress da lavoro, che rappresentano un problema crescente. Lo stress da lavoro, in Europa, è tra le cause di malattie "lavorative" più comuni e colpisce 40 milioni di persone, cioè il 10% della popolazione.

Ad accendere i riflettori sul problema sono stati oggi alcuni esperti riuniti all'Ispesl (Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro). "Il rischio di incorrere in minacce di violenza e mobbing - ha detto Sergio Iavicoli, direttore del dipartimento di Medicina del Lavoro Ispesl - è più alto nell'istruzione, nel settore sanitario, nella Pubblica Amministrazione e nella Difesa, oltre che nei trasporti, nella comunicazione e nel settore alberghiero - ristorazione..."

...L'altra categoria vittima di questo stress patologico è "quella degli infermieri e più in generale di tutti i professionisti dell'aiuto - ha aggiunto Iavicoli - che in alcuni casi arrivano a subire anche violenze fisiche dai propri pazienti"...

La subordinazione, prevista dal R.D. 26 maggio 1940, n. 1310 e successive modifiche trovava la sua espressione nel mansionario, un elenco di attività assistenziali suddivise in tre aree:

- attività che l'infermiere era chiamato a svolgere in totale autonomia;
- attività da svolgere sulla base di prescrizioni mediche;
- attività da eseguire sulla base di prescrizioni e controllo medico.

Questa subordinazione tecnica era tuttavia vanificata, poiché a causa di situazioni di emergenza, della complessità dei servizi o per assenza del medico, gli infermieri erano chiamati ad assumersi tutte le responsabilità clinico-assistenziali legate al caso. Tali situazioni hanno spesso esposto gli infermieri ad un profondo disagio psicologico, riconducibile al dilemma del fare o non fare, cioè scegliere se agire tempestivamente in modo da salvaguardare la salute del paziente o non agire ed attendere indicazioni dal

lisi storica.

Il periodo dal 1925 agli anni '60

Sino al 1925, in Italia l'assistenza agli infermi era prerogativa esclusiva degli Ordini Religiosi che reclutavano ragazze bisognose oppure uomini disoccupati, con l'intento di offrire loro un impiego. Il personale era impreparato dal punto di vista tecnico ed umano, scarsamente retribuito e il ruolo dell'assistenza veniva confuso con quello di ausiliario. Nel 1901 si costituì il Consiglio Internazionale delle Infermiere, associazione infermieristica internazionale che si propose di tracciare linee guida per lo sviluppo della personalità dell'infermiera, considerata donna e cittadina in tutti i Paesi. Anche in Italia venne sollevata la questione femminile: nel 1908 si svolse a Roma il primo Congresso Femminile Nazionale per l'analisi della questione femminile, relativamente alla sua indipendenza economica e morale, da raggiungere attraverso il lavoro. In questo ambito rientrò anche la questione



della formazione delle infermiere, attività lavorativa che poteva nobilitare la donna e coincide con le sue caratteristiche naturali. Occorreva, quindi, non solo regolamentare la formazione infermieristica, ma rimuovere anche tutti quei fattori ostacolanti lo sviluppo delle condizioni sociali e culturali dell'intera popolazione femminile.

In quegli anni, due spazi sulla scia dell'influsso del pensiero e delle prime scuole dell'infermiera inglese Florence Nithingale, le infermiere volontarie della Croce Rossa, nobildonne italiane, cominciarono a sviluppare l'idea di una leadership infermieristica. Quest'ultima sarebbe diventata indipendente dal personale religioso, formata a livello tecnico/pratico, in modo da poter essere impiegata per attività di assistenza infermieristica negli ospedali e nel territorio. Così con il R.D.L. n. 1832 del 15 agosto 1925, furono istituite le prime Scuole convitto per Infermiere Professionali per la formazione infermieristica di base. Sulla base di queste disposizioni, le scuole svolgevano corsi biennali per il conseguimento del diploma di Stato, per l'esercizio della professione di

ra con il titolo di caposala e dipendeva dal Direttore Didattico (figura medica spesso coincidente con quella del Direttore Sanitario), dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo della struttura ospedaliera. Il Direttore Didattico convocava e presiedeva i Consigli dei Docenti, mentre la direttrice della scuola rispondeva al direttore della sua attività di coordinamento e di docenza. La direttrice, più che dell'insegnamento, era chiamata ad occuparsi dell'educazione morale delle allieve, dei problemi disciplinari e della conservazione degli oggetti e del materiale di cui la scuola disponeva; doveva inoltre organizzare l'attività di tirocinio clinico considerato come vero e proprio lavoro, destinato a soddisfare più l'esigenza dell'ospedale che non quelle della loro formazione.

La subordinazione della Direttrice infermiera al Direttore Didattico e/o al Direttore Sanitario venne in parte superata dal D.P.R. n. 761 del 1979, decreto con il quale venne riconosciuta la dirigenza infermieristica nel settore della didattica e dell'organizzazione dei servizi. Alle allieve che intendevano fre-

SENTENZA DELLA CORTE DI APPELLO DI ROMA, 9 MARZO 2003

“La Corte di Appello di Roma ha condannato l'Asl di F.*** per mobbing nei confronti di un'infermiera coordinatrice: il caso si riferisce al 2000, quando fu esaminata la situazione di E. C., trasferita d'urgenza in un ufficio ubicato accanto all'obitorio, senza scrivania nè telefono, in una stanza larga un metro e lunga due, sprovvista di finestra. Il Direttore Sanitario le aveva spiegato che “occorreva trovare una persona esperta per occuparsi del nuovo servizio di farmaci antitumorali”; il servizio non è mai stato attivato e la signora è rimasta per mesi nell'ufficio senza alcuna occupazione. Al suo vecchio posto in Direzione Sanitaria, intanto, era assegnato un altro infermiere. Il giudice del lavoro M.L. ha condannato l'Asl per mobbing poiché ha rifiutato di reintegrare la caposala nelle sue mansioni, confermando la sentenza a favore della dipendente, che verrà dunque risarcita”.

infermiera. Successivamente, venne istituito un terzo anno di corso per l'abilitazione a funzioni direttive (caposala) e per assistente sanitaria visitatrice (infermiera di comunità con funzioni preventive). Le scuole, inserite in ospedali o cliniche, possedevano un proprio Statuto che rendeva possibile una certa autonomia nella gestione delle attività didattiche. I corsi erano riservati alle donne, a pagamento, e avevano l'obbligatorietà dell'internato, una sorta di collegio nel quale le allieve trascorrevano gli anni di formazione teorico/pratica.

La Direttrice della scuola era un'infermie-

quentare la scuola era richiesto il titolo di scuola media di primo grado, ma, giacché tale titolo non era obbligatorio, in sua assenza venivano accettate anche le candidate in possesso della quinta elementare. Era previsto un periodo di prova di circa tre mesi, al termine del quale veniva espresso un giudizio di idoneità, necessario per la prosecuzione del corso. Le allieve dovevano pagare una tassa di iscrizione e delle tasse mensili per l'intera durata del corso. Gli insegnamenti teorici, erano prevalentemente affidati a personale medico che riportava i contenuti delle lezioni in testi scritti





in modo semplice e sintetico, in quanto consapevoli di rivolgersi a dei subordinati di scarso livello culturale. Scopo generale della formazione era quello di formare una buona infermiera educata, possibilmente colta, ma soprattutto obbediente poiché considerata una pura esecutrice di ordini.

L'allieva poteva essere soggetta a provvedimenti disciplinari per mancanze commesse nella scuola, nel tirocinio e nel convitto: la punizione più grave era il licenziamento e non si prevedeva nessuna possibilità di difesa per l'interessata. Le allieve trascorrevano gran parte del loro tempo di formazione in tirocinio, in quanto erano considerate personale di assistenza e potevano essere chiamate in qualsiasi momento per sostituire personale infermieristico assente per malattia o carente in situazioni di emergenza. Spesso, la loro presenza nei reparti era priva della guida e supervisione di personale infermieristico diplomato e ciò determinava l'assunzione di gravose responsabilità. In sintesi, la formazione delle infermiere profession-

nali, orientata allo svolgimento di mansioni piuttosto che alla gestione di problemi di assistenza, nasce e si sviluppa in un contesto che non favorisce l'acquisizione della capacità di giudizio, dello spirito critico, della consapevolezza del proprio ruolo specifico, elementi necessari per sviluppare in modo autonomo il corpo delle discipline infermieristiche e i servizi infermieristici. L'enfasi posta su aspetti come l'obbedienza, la posizione gerarchica dell'infermiera, lo spirito di sacrificio, il controllo e la disciplina contribuirà a sviluppare uno stato psicologico particolarmente fragile, incapace di difendersi e di riconoscere attacchi e soprusi da parte di altre categorie professionali.

La legge n. 1049 del 29 ottobre 1954 istituì i Collegi per Infermiere Professionali che portarono negli anni Sessanta e Settanta a numerosi cambiamenti per gli infermieri

nel settore della formazione e dell'attività professionale, determinando una crescita della categoria professionale, in linea con quella degli infermieri degli altri Paesi Europei.

Il periodo dal 1965 al 1992

Con il D.P.R. 24 maggio 1965, n. 775 "Modificazioni allo Statuto dell'Università degli Studi di Roma - Istituzione della "Scuola Speciale per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica" venne istituita la prima scuola universitaria in Italia, per la formazione di personale infermieristico dirigente e docente di scuole e servizi infermieristici a vari livelli. Per poter essere ammessi alla scuola occorre la maturità quinquennale, il diploma di infermiera professionale e alcuni anni di attività professionale (da 2 a 5 anni, a seconda dei titoli di specializzazione). Il corso della durata di due anni accademici prevede a tutt'oggi ventidue esami universitari e la dissertazione della tesi finale.

Negli anni di avvio delle scuole per dirigenti e dell'immissione nel mondo del lavoro dei primi in-

fermieri dirigenti, si verificarono numerosi cambiamenti che contribuirono, in modo decisivo, a modificare il profilo dell'infermiera in Italia.

L'Accordo Europeo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, sull'istruzione e la formazione delle infermiere estese al personale maschile l'esercizio della professione di infermiera professionale: le Scuole Convitto vennero denominate "Scuole per Infermieri professionali" e fu abolito l'obbligo dell'internato. A partire dall'anno scolastico 1973/74 per l'ammissione alla scuola per Infermieri Professionali furono richiesti dieci anni di scolarità, ossia l'idoneità al terzo anno di una Scuola Media Superiore.

Nel 1972 con D.P.R. n. 4 e n. 10 "Trasferimento della formazione professionale infermieristica alle Regioni" la gestione delle scuole per infermieri passò alle Regioni, lasciando allo Stato competenze relative ai





requisiti di ammissione, agli esami finali e agli ordinamenti didattici.

Con la legge 15 novembre 1973 n. 795 “Ratifica ed esecuzione dell’Accordo Europeo sull’istruzione e formazione delle infermiere” furono definite le funzioni dell’infermiere, il livello di istruzione richiesto per essere ammessi alle scuole (dieci anni di scolarità), la durata complessiva del corso (di circa 4.600 ore di insegnamento e di tirocinio) da svolgersi nel triennio. Vennero stabiliti alcuni criteri per l’organizzazione del tirocinio clinico, tra i quali l’individuazione di infermiere diplomate da assegnare ai reparti/servizi destinati al tirocinio clinico. La direzione della scuola per infermiere doveva essere affidata a un medico o a un’infermiera mentre l’insegnamento era affidato ad insegnanti qualificati (medici, infermieri e specialisti nelle varie discipline).

Successivamente, con D.P.R. del 13 ottobre 1975 n. 867, fu attuata la modifica dei programmi di insegnamento, cioè la durata degli studi venne portata a tre anni con 4.610 ore di formazione teorico/pratica: si completò, così, l’adeguamento a quanto stabilito nell’Accordo europeo di Strasburgo, in modo tale da garantire la libera circolazione degli infermieri nei paesi della comunità europea.

Negli anni Sessanta e Settanta, con il repentino sviluppo della scienza medica e della tecnologia, si verificò la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera e quella dei servizi territoriali: in ospedale cominciò ad essere sempre più richiesto l’impiego di personale specializzato, mentre nel territorio più lentamente si diffuse un modello di assistenza sociosanitaria integrata, da realizzarsi in servizi di prevenzione e di riabilitazione. Le scuole per infermieri, in ordine alle disposizioni europee, relative alla formazione complementare (Comitato di Sanità Pubblica del Consiglio d’Europa del 1983) attivarono corsi di specializzazione post-base della durata di un anno, al termine del quale veniva rilasciato un attestato di partecipazione.

La riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, culminata nella legge quadro n. 833 del 1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” e successivi decreti attuativi, determinò l’esigenza di riorganizzare lo stato giuridico del personale delle Unità Sa-

nitarie Locali, dividendolo in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

In base a tale suddivisione, per gli infermieri inquadrati nel ruolo sanitario fu possibile riordinare la normativa concorsuale per le posizioni di infermiere professionale e infermiere professionale specializzato, di infermiere abilitato a funzioni direttive (caposala) e di infermiere dirigente. In breve, l’ingresso degli uomini nella professione indusse cambiamenti profondi nelle motivazioni ed una maggiore partecipazione della categoria alle rivendicazioni sindacali ed ai cambiamenti sociali. La componente maschile allargò le prospettive occupazionali, soprattutto in settori tecnici ed altamente specializzati dell’assistenza e favorì il progressivo miglioramento delle condizioni contrattuali e lavorative. L’abolizione dell’internato determinò una drastica riduzione dei fattori di condizionamento che incidavano sulla formazione e favorì una maggiore crescita professionale a livello individuale. Si sviluppò l’associazionismo per l’innalzamento culturale del personale infermieristico e per la tutela del suo esercizio professionale.

Purtroppo le numerose organizzazioni professionali e sindacali presero posizioni diverse rispetto alle azioni di sviluppo da perseguire per il raggiungimento degli obiettivi. Le organizzazioni professionali riproposero il vecchio modello di una professione elitaria, refrattaria alle problematiche sociali e lavorative, mentre le organizzazioni sindacali privilegiarono la contrattazione economica perseguendo l’appiattimento della categoria, senza tenere conto degli aspetti culturali, giuridici e di status che determinarono comunque una differenziazione di funzioni all’interno della professione. La contrapposizione di queste due componenti di rappresentatività della Professione infermieristica, in costante conflitto sulle problematiche professionali, non favorì l’evoluzione della formazione dei quadri dirigenti e continuò ad ostacolare il salto di qualità per l’intera categoria professionale, rendendo ancora debole e instabile l’immagine professionale.

Il periodo dal 1992 ad oggi

Con il D.M. n. 739 del 1994 venne definito il nuovo profilo dell’infermiere, ottenendo >>



successivamente con legge del 26 febbraio 1999, n. 42 l'abolizione del mansionario e il cambiamento nella denominazione da "Professione sanitaria ausiliaria" a "Professione sanitaria". Gli infermieri assaporavano per la prima volta la possibilità di definirsi professionisti a tutto tondo, senza dover fare conti con funzioni ausiliarie delegate dal medico. Per l'infermiere, così come per qualsiasi professionista, sarà la propria competenza professionale, il profilo ed il Codice Deontologico a definire lo specifico del suo agire professionale e le conseguenti responsabilità operative da assumersi nei contesti operativi. Il recente decreto ministeriale del 2 aprile 2001 "Determinazione delle classi delle lauree universitarie e delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie" sostiene appieno l'autonomia professionale con la trasformazione ed il completamento del percorso formativo: oggi è possibile ottenere una laurea da infermiere con tre anni di formazione universitaria, proseguire con Master di I livello, specializzarsi con laurea di II livello e completare gli studi infermieristici con Master di II livello e Dottorati di ricerca. In sintesi, l'avanzamento dell'immagine professionale delineata nei provvedimenti legislativi non è ancora evidente nei luoghi di lavoro: l'infermiere ha ancora molte difficoltà a trovare spazi di autonomia ed a utilizzare risorse umane e materiali per pro-

muovere una maggiore qualità delle cure infermieristiche. Spesso è ancora coinvolto in situazioni in cui è chiamato a dipendere da livelli decisionali di altre figure, l'infermiere dal medico, il coordinatore infermieristico dal primario, il direttore dei servizi infermieristici dal direttore sanitario ed amministrativo. L'organizzazione dei servizi sociosanitari non è ancora pronta a recepire i nuovi profili professionali ed a definire nuove posizioni funzionali, in cui si renda possibile l'espressione di professionalità infermieristiche specializzate. Sono ancora molte le resistenze legate a rigide mentalità, a problemi economici e a problemi organizzativi, che ostacolano il cambiamento a livello operativo, contribuendo a rendere poco attraente la professione infermieristica tra i giovani. Gli stessi infermieri, divisi al loro interno per le tante storie vissute a livello formativo e professionale, spesso contribuiscono ad alimentare conflitti, stress e demotivazione, con il risultato di frequenti cambiamenti di sede lavorativa ed un precoce abbandono della professione. Ci vorrà ancora tempo e sostanziali cambiamenti a livello di politica sociosanitaria per poter dare a tutte le professioni della salute, compresa quella infermieristica, opportuni spazi di visibilità e decisionalità nei contesti operativi, in un'ottica di proficua collaborazione ed integrazione.

BIBLIOGRAFIA

- Alderman, C. (2000). Bullying in the workplace. *Nursing Standard*, 11(35), 22-26.
- Banucci, F. (2000). In *Il fenomeno del Mobbing: preliminari indicazioni per la valutazione medico legale*. Roma: Università "La Sapienza".
- Consoli, M., & D'angelo, F. (2005). Le linee guida sul Mobbing. *Rivista Psicologia e Psicologi*, 34-38.
- De Luise, E. (2003). Il Mobbing, la tutela esistente, le prospettive legislative e il ruolo degli organi (pp. 56-60). Napoli: Finanze e lavoro.
- Ege, H. (2002). DSM IV "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (pp. 45-56). Milano: Giuffrè.
- Giglioli, A., & Gilioli, R. (2000). Cattivi capi, cattivi colleghi: come difendersi dal mobbing e dal nuovo capitalismo selvaggio (pp. 34-50). Milano: Mondadori.
- Gilioli, R., Campanini, P., Fichera, P., Punzi, G., & Cassitto, S. (2006). Emerging aspects of psychosocial risks: "violence and harassment at work". *Med. Lav.*, 97(2), 160-164.
- Jarreta, B., Garcia - Campayo, J., Gascon, S., & Bolea, M. (2004). Medico-legal implications of mobbing. A false accusation of psychological harassment at the workplace. *Forensic Sci International*, 146, 17-18.
- Pranjic, N., Males-Bilic, L., Beganlic, A., & Mustajbegovic, J. (2005). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Med. Lav.*, 96(5), 432-439.
- Stephen, M. S. (2003). *Basi neuroscientifiche e applicazioni pratiche*. Torino: Centro scientifico editore.

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*



**I CONTRATTI PART TIME
E LA LORO REVOCA**

Sulla scorta di quanto disposto dall'art. 16 della L. 183/2010 (il così detto collegato lavoro), si sta sviluppando un'accesa protesta da parte di tutti gli operatori del settore.

La norma stabilisce che le amministrazioni pubbliche entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge (24.11.2010), nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede, possono sottoporre a nuova valutazione i provvedimenti autorizzativi della trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale già adottati prima della data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008. L'art 16 del collegato lavoro andrebbe interpretato come fonte di una possibile proposta di ritorno al full time onde evitarne una sua lettura incostituzionale per le ragioni di tutela dell'affidamento nella legge e di salvaguardia dei diritti quesiti.

Non a caso, recentemente, la Suprema Corte, per le ragioni innanzi sinteticamente esposte ha inteso rimettere gli atti alla Corte Costituzionale evidenziando, tra l'altro, come l'intervento del legislatore diretto a regolare situazioni pregresse è legittimo a condizione che vengano rispettati i canoni costituzionali di ragionevolezza e i principi generali di tutela del legittimo affidamento e di certezza delle situazioni giuridiche. Infatti, la norma successiva non può tradire l'affidamento del privato sull'avvenuto consolidamento di situazioni sostanziali.

Ciò detto, va evidenziato che la norma in questione si pone altresì in contrasto con la normativa comunitaria e, peraltro, già risultano esserci pronunce di merito in tal senso.

Nel provvedimento reso recentemente (4.5.2011) dal Tribunale di Trento G.L., in merito all'art. 16 del collegato lavoro si evidenzia "la difformità dell'art. 16 della legge 4-11-2010 n°183, alla direttiva Europea, 15-12-1997, n° 97/81/CE nella parte in cui attribuisce alla pubblica amministrazione di poter trasformare, unilateralmente, i rapporti di lavoro da tempo pieno a tempo parziale alla sola condizione del "principio di correttezza e buona fede" senza

il consenso del lavoratore, discrimina il lavoratore part-time rispetto al lavoratore a tempo pieno, che rimane soggetto al potere del datore di lavoro pubblico, di modificare unilateralmente la durata della prestazione lavorativa. Ed ancora, "viene dato atto che esso rappresenta la volontà delle parti sociali di definire un quadro generale per l'eliminazione delle discriminazioni nei confronti dei lavoratori a tempo parziale e per contribuire allo sviluppo delle possibilità di lavoro a tempo parziale su basi che siano accettabili sia per i datori di lavoro sia per i lavoratori. L'art 5 del D.lgs. 25.2.2000 n. 61, attuativo della direttiva europea, prevede che la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo parziale a tempo pieno possa aver luogo solo con il consenso del lavoratore il cui rifiuto non costituisce giustificato motivo di licenziamento. Se questi sono i termini della direttiva, se è vero come è vero che le amministrazioni hanno il dovere di non travolgere la condizione di equilibrio familiare che il lavoratore part-time ha nel frattempo raggiunto, dandogli considerazione, dignità ed importanza analoga a quella riguardante l'organizzazione del lavoro, ricercando prioritariamente soluzioni di adattamento e/o alternative alla revoca del part-time, nel caso di revoche indiscriminate e non motivate dei part-time, ci troviamo di fronte ad un utilizzo del potere autoritario e discrezionale che va oltre i limiti consentiti

LE VESSAZIONI SUL LUOGO DI LAVORO E L'ONERE DELLA PROVA

Un lavoratore subordinato del settore pubblico, lamentando un indebito demansionamento ed altresì l'assoggettamento ad atti di mobbing e bossing (ovvero rispettivamente ad atti di persecuzione e sottomissione) da parte del datore di lavoro, adiva la magistratura del lavoro per ottenere una tutela giudiziale diretta al riconoscimento delle spettanti differenze retributive previo corretto inquadramento professionale, al riconoscimento di altre differenze retributive derivanti dal mancato riconoscimento delle ore effettivamente lavoro straordinario ed infine al riconoscimento del risarcimento ex-contractu dei danni morali derivanti dalla predetta condotta illecita posta in essere dal datore di lavoro.



Il Tribunale in primo grado accoglieva solamente in minima parte le pretese azionate dal predetto lavoratore, il quale proponeva pertanto gravame alla competente Corte Territoriale che, con sentenza di appello, riformava solo parzialmente la sentenza del giudice di prime cure e con riferimento ad aspetti processuali di minore interesse per il lavoratore, confermando nel merito quanto statuito in primo grado.

Il *decisum* raggiunto dalla Corte Territoriale, trovava la giustificazione logico-giuridica nell'accertamento circa la corrispondenza tra le mansioni espletate di fatto dal lavoratore con quelle sancite di diritto dalla contrattazione collettiva; mentre, con riferimento alle pretese creditorie lamentate dal lavoratore medesimo, i giudici del gravame le ritenevano carenti sotto il profilo probatorio. La questione giungeva, infine, in Cassazione, a cura sempre del lavoratore-ricorrente, che censurava la sentenza di appello per vizio di motivazione con riferimento all'accertamento del lavoro straordinario e sempre per vizio di motivazione combinato ai vizi di violazione e/o falsa applicazione di norma di legge con riferimento al demansionamento ed agli atti persecutori commessi dal datore di lavoro.

Il Supremo Consesso disattendeva, però, le predette doglianze ribadendo, relativamente all'esame del c.d. vizio logico che l'operato dei giudici di appello ne era privo, in quanto esatta e puntuale era stata la ricostruzione del fatto storico consistente in riferimento all'orario di lavoro in concreto espletato dal lavoratore. Tale accertamento sul fatto era infatti avvenuto non solamente dall'esame delle buste paga, prodotte dal datore di lavoro e sottoscritte dal lavoratore, ma, altresì dall'assunzione di prove costituenti quali l'escussione di testimoni, le cui risultanze sfavorevoli per il ricorrente erano state valutate razionalmente dalla Corte Territoriale. Quindi, il convincimento poi statuito in sentenza non si era basato sul riconoscimento di un valore confessorio stragiudiziale delle buste paga, come lamentato erroneamente dal lavoratore.

Passando poi alla pretesa retributiva derivante dall'asserito demansionamento, la Cassazione, negando ogni censura di legittimità, circa l'inquadramento professionale riconosciuto al la-

voratore dai giudici di appello, ha richiamato un proprio consolidato orientamento secondo il quale, l'iter logico giuridico che deve essere seguito dal giudice del merito per determinare l'inquadramento professionale del lavoratore, deve essere scandito da tre rispettive fasi, ovvero, dalla ricostruzione delle attività concretamente svolte dal lavoratore, dalla individuazione delle categorie professionali fissate a livello di contrattazione collettiva ed infine dal raffronto tra le risultanze della prima fase e l'interpretazione delle norme contrattuali "collettive". Il danno morale da mobbing e bossing non può prescindere dalla sussistenza di un pregiudizio oggettivamente accertabile. Infine, circa la dedotta pretesa risarcitoria per danni morali, derivante da inadempimento contrattuale del datore di lavoro consistente nel compimento a danno del lavoratore di atti di sottomissione e persecuzione, la Cassazione ha statuito in aderenza sempre a propri precedenti orientamenti, come il danno biologico *ex-contractu* per atti di sottomissione e persecuzione non ricorre automaticamente in presenza di qualsivoglia tipo di inadempimento contrattuale datoriale, in quanto, detto documento non patrimoniale, deve consistere in una sofferenza oggettivamente rilevabile e non di natura meramente emotiva ed interiore del soggetto.

Peraltro, tale pregiudizio non discende *tout court* dal mero inadempimento contrattuale del datore di lavoro, pertanto il lavoratore è tenuto ad allegare i fatti costitutivi del c.d. demansionamento ed altresì, sempre in adempimento all'onus probandi *ex art. 2697 c.c.* è tenuto a provare il documento non patrimoniale patito e soprattutto il nesso eziologico con il predetto inadempimento datoriale.

ILLEGITTIMO IL LICENZIAMENTO DELLA LAVORATRICE MADRE CHE RIFIUTA IL LAVORO NOTTURNO

E' senz'altro censurabile il licenziamento per giustificato motivo oggettivo, se non viene fornita la prova dell'impossibilità di ricollocare in altro turno la lavoratrice che legittimamente rifiuta di svolgere le sue mansioni in orario notturno. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con sentenza



n. 23807 del 14 novembre scorso.

Una lavoratrice, addetta a mansioni di pulizia dei macchinari aziendali con turni notturni, dopo essere stata adibita a turno diurno con orario part-time, in occasione di un periodo di cassa integrazione, rifiutava di tornare all'originario turno notturno e veniva, quindi, licenziata dalla datrice di lavoro per giustificato motivo oggettivo. Il Tribunale accoglieva il ricorso della dipendente, volto a far dichiarare illegittimo il licenziamento, e la Corte d'appello confermava la decisione. La società datrice proponeva, infine, ricorso per cassazione.

Legittimo il rifiuto della lavoratrice di svolgere turni notturni. I giudici di merito hanno affrontato la questione partendo dal rifiuto della lavoratrice di tornare a svolgere le sue mansioni sul turno notturno, dopo la cessazione della CIG: tale rifiuto è stato giudicato legittimo, ex art. 11, comma 2, d. lgs. 66/2003, in quanto la lavoratrice era madre di un bambino di età inferiore a tre anni. Per il licenziamento del lavoratore serve la prova dell'impossibilità di adibirlo a mansioni alternative in altro orario. A fronte di tale rifiuto, al fine di poter procedere al licenziamento per giustificato motivo oggettivo la società datrice avrebbe dovuto fornire la prova dell'impossibilità di adibire la dipendente a mansioni alternative diurne. Prova che, nel caso di specie, non è stata fornita. La S.C. ritiene di confermare le valutazioni operate dai giudici territoriali, anche perché i motivi di ricorso si rivelano infondati e inammissibili laddove si risolvono in una richiesta di riesaminare nel merito il quadro probatorio.

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO O INDETERMINATO?

Si commenta la recente sentenza del (18/7/2011) del Tribunale di Bari – Sezione Lavoro che ha condannato le Pubbliche Amministrazioni ad assumere a tempo indeterminato i lavoratori con contratto a tempo determinato per triplice violazione:

- carenza e/o assenza dei motivi a supporto dell'utilizzo di detti contratti;
- violazione del termine triennale;
- violazione della regola di una sola proroga al contratto.

Nullità della clausola temporale

La clausola temporale apposta più volte ai contratti a tempo determinato ed alle successive proroghe è evidentemente nulla. La fattispecie dei contratti a termine è regolamentata dagli artt. 1 comma 2 e 4 del Dlgs 368/2001 in ragione per cui: è consentita l'apposizione di un termine alla durata del contratto di lavoro a tempo determinato a fronte di ragioni di carattere tecnico, organizzativo e produttivo o sostitutivo, anche se riferibili alla ordinaria attività del datore di lavoro. L'apposizione del termine è priva di effetto se non risulta, direttamente o indirettamente, da atto scritto nel quale sono specificate le ragioni di cui al comma 1 (art. 1 comma 1 Dlgs 368/2001); ed ancora il termine del contratto a tempo determinato può essere, con il consenso del lavoratore, prorogato solo quando la durata iniziale del contratto di lavoro sia inferiore a tre anni. In questi casi la proroga è ammessa una sola volta e a condizione che sia richiesta da ragioni oggettive e si riferisca alla stessa attività lavorativa per la quale il contratto è stato stipulato a tempo determinato. Con esclusivo riferimento a tale ipotesi la durata complessiva del rapporto di lavoro non deve essere superiore a tre anni (art. 4 comma 1 Dlgs 368/2001). L'Azienda ha l'obbligo di specificare per iscritto ed in dettaglio le ragioni tecnico, organizzative, produttive e sostitutive che giustificano il ricorso a tale tipologia di contratto; ma le nullità più gravi ed insanabili emergono dalla violazione dell'art. 4 comma 1 del richiamato testo normativo allorché la P.A. (ASL BAT nel caso di specie) prorogato il contratto per più di due volte ha violato il termine dei tre anni.

La giurisprudenza di merito formatasi da ultimo è univoca e così si sintetizza: "la norma di cui all'articolo 4 D.lgs.368/2001 il datore di lavoro che stipula con il lavoratore già assunto a termine una serie di proroghe dello stesso contratto e' ammessa per legge una sola proroga che deve essere occasionata necessariamente da circostanze sopravvenute rispetto al momento della originaria stipulazione del contratto. E' nulla una serie di proroghe o una proroga motivata per ragioni inesprese, inesistenti o già presenti "ab initio", con conseguente conversione a rapporto



CXVI

a tempo indeterminato (trib. milano, 31 marzo 2001)”.

Le clausole relative al termine ed alla sua durata devono, quindi, ritenersi apposte in violazione di legge a fronte di una simile illegittima successione di contratti temporanei.

Costituisce “*ius receptum*” nella giurisprudenza della Suprema Corte la regola secondo cui, in caso di nullità della clausola appositiva del termine per violazione di requisiti formali o sostanziali, “pur in assenza di una norma che sanzioni espressamente la mancanza di dette ragioni, in base ai principi generali in materia di nullità parziale del contratto e di etero integrazione della disciplina contrattuale, nonché alla stretta dell’interpretazione dello stesso art. 1 citato nel quadro delineato dalla direttiva comunitaria 1999/70 CE e nel sistema generale dei profili sanzionatori nel rapporto di lavoro subordinato tracciato dalla Corte Costituzionale – n. 210 del 1992 e n. 283 del 2005 - all’illegittimità del termine e alla nullità della clausola di apposizione dello stesso consegue l’invalidità parziale relativa alla sola clausola e l’instaurarsi di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato (cfr Cas. n. 6328/2010 e 12985/2008).

A tale conclusione – prosegue la Corte – è dato pervenire attraverso l’interpretazione sistematica, i cui parametri normativi sono costituiti dalla direttiva comunitaria (in particolare, dalla clausola n. 8 di non regresso) recepita dal D.lgs n.368/2001, dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia (sentenze *Mongold* e *Adeneler*) e dal coordinamento logico degli articoli 1, 4 e 5 dello stesso decreto legislativo, nel solco tracciato dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 210/1992 sulla inderogabilità delle norme poste a tutela dei lavoratori (cas n. 6328/2010; n. 12985/2008).

La clausola temporale e di termine nulla si ha come inesistente ma al suo posto va considerato esistente il contratto, formalmente stipulato e valido per il resto “*utile per inutile non vitiatur*”. E’ oltremodo necessario però individuare oltremodo la sanzione da applicare al datore di lavoro che ha violato norme di legge poste a tutela del lavoratore, sanzione dalla quale dipende anche la sorte di quel contratto.

I possibili profili sanzionatori del termine
la conversione automatica del contratto di lavoro a tempo indeterminato in aggiunta al risarcimento del danno.

Se il ricorrente fosse stato dipendente di una azienda sanitaria privata, le conseguenze di una simile violazione del termine e di ripetizione di contratti, reiteratamente propagati, sarebbero state talmente ovvie che nessuno avrebbe posto in discussione il diritto alla conversione automatica del contratto a tempo indeterminato, in quanto la mancata indicazione, nei documenti negoziali delle ragioni legittimanti l’apposizione del termine, la proroga ripetuta del termine stesso e soprattutto la violazione del limite temporale dei tre anni sono tutti elementi che disvelano, per un verso, l’esistenza di esigenze strutturali, per nulla provvisorie, e per altro verso, il palese abuso di tale tipologia contrattuale da parte del datore di lavoro pubblico. Siamo, invece, dinanzi ad una Pubblica Amministrazione da sempre considerata tendenzialmente immune dal subire la conversione del contratto (con conseguente eventuale responsabilità patrimoniale del legale rappresentante pro tempore) avendo la stessa l’onere di assumere per concorso, ex articolo 97 Costituzione. I magistrati hanno valutato concretamente questo aspetto ed hanno verificato, concretamente nel caso in specie, se la regola del concorso possa essere un fattore ostativo oppure no alla conversione del rapporto di lavoro o meglio del contratto.

Occorre a riguardo una premessa di carattere generale: la regola concorsuale non è ineludibile, per l’assorbente motivazione che nello stesso articolo 97 è contemplata la possibilità che questa regola sia derogata nei casi stabiliti dalla legge. La regola del contratto derogabile non è collocata, inoltre, nel novero dei primi articoli della costituzione che dettano i principi fondamentali; il che significa che pur trattandosi di regola a valenza costituzionale, essa cede al diritto interno e/o comunitario eventualmente incompatibile o con essa in contrasto. Tale principio è stato fatto proprio dalla stessa Corte Costituzionale. Fatta questa premessa, nel caso specifico per accedere alla conversione del contratto non è necessaria alcuna deroga, ove mai occorresse, al principio



di concorsualità. L'art. 36 Dlgs. 165/2001 prevede che anche le assunzioni a termine siano effettuate nel rispetto di procedure di reclutamento ad evidenza pubblica di cui all'art.35 - e tali sono quelle alle quali parte ricorrente si è sottoposta prima di essere assunta alle dipendenze della P.A., come precaria – in osservanza dell'art. 97 Cost; ipotesi che può realizzarsi, d'altro canto, anche in caso di assunzione a termine preceduta da selezione effettuata solo ed esclusivamente in base alla valutazione dei curricula e dei titoli prodotti. L'art. 97 Cost. (principio derogabile di concorsualità) non rappresenta un ostacolo alla estensione al lavoro pubblico della sanzione di conversione del termine e della durata illegittimi e certamente non lo è nel caso concreto, a fronte di una selezione ad evidenza pubblica superata da parte del lavoratore precario prima di essere assunto a termine. In tal senso è emblematica la giurisprudenza di merito formatasi a riguardo secondo cui in presenza di una serie illegittima di contratti a termine quale quella che ha caratterizzato l'esperienza lavorativa del lavoratore presso la P.A., l'operatore del diritto interno che intende sanzionare una simile forma di abuso deve, in primis, attenersi alle norme e ai principi di derivazione comunitaria, ai quali il nostro Ordinamento riconosce valore e deve uniformarsi in base all'art. 111 Cost. Infatti, la direttiva 99/70 relativa all'accordo quadro del 18 marzo 99, applicabile al settore pubblico (a tal riguardo fondamentali sono le sentenze Adeneler, C-212/04 e sentenza Angelidaki G-378-80/07) che sancisce due principi fondamentali:

- Il principio di non discriminazione tra lavoratori a termine e lavoratori a tempo indeterminato;
- il principio di prevenzione dell'abuso derivante dalla reiterazione del lavoro a termine, riaffermando chiaramente la eccezionalità del contratto di lavoro a termine quando la regola è il lavoro a tempo indeterminato.

La Corte di Giustizia ha dichiarato che l'accordo quadro e la direttiva sul lavoro a tempo determinato devono essere interpretati nel senso che non osta in linea di principio ad una normativa nazionale che escluda, in caso di abuso derivante dall'utilizzo di una successione di contratti o di

rapporti di lavoro a tempo indeterminato, mentre tale trasformazione è prevista per i contratti e i rapporti di lavoro conclusi con un datore di lavoro appartenente al settore privato, qualora tale normativa contenga un'altra misura effettiva destinata ad evitare e, se del caso a sanzionare un utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato da parte di un lavoro rientrante nel settore pubblico. Il giudice del singolo stato membro ha, perciò, il compito di valutare la congruità della sanzione che tenda ad evitare l'utilizzo abusivo da parte della pubblica amministrazione di contratti o di rapporti di lavoro a tempo determinato successivi e in violazione del termine triennale.

La tutela sanzionatoria a favore del lavoratore deve essere per tanto di duplice natura: effettiva e dissuasiva. Il tutto per rispondere ai requisiti precisati dalla corte di giustizia. Detta sanzione, nel nostro ordinamento sarebbe, allo stato attuale, solo un risarcimento monetario di valore incerto, poiché imprecisato, e certamente non dotato delle caratteristiche di effettività, adeguatezza e dissuasione rimarcate dalla Corte di Giustizia, incomparabilmente assai lontano dal risarcimento in forma specifica e reale riconosciuto al lavoratore privato in termini di definitiva stabilizzazione del rapporto di lavoro. Di fronte ad abusi di reiterazione di contratti a termine che segnano la qualità della vita di una persona in termini negativi impedendogli progettualità, togliendoli retribuzione, pensione, stabilità, autostima il semplice risarcimento di una somma incerta di denaro non può essere considerata congrua sanzione. Tanto più se si considera che tale comportamento deriva da una Pubblica Amministrazione, ovvero da chi più di altri è tenuto ad osservare le leggi e i principi dell'ordinamento, e che invece utilizza il contratto a termine senza alcuna effettiva necessità, senza giustificazioni e per un periodo non confacente ad esigenze temporanee e in maggior spregio reiterandoli.

Il diritto al risarcimento del danno

Ribadita la assoluta nullità e non sanabilità delle clausole temporali vi è ancora in giurisprudenza chi non ritiene si debba procedere con la conversione del contratto oltre al risarcimento del danno considerando non indispensabile



l'attuazione della Direttiva Comunitaria in tal senso. Viene in soccorso del lavoratore pubblico a tempo determinato, il combinato disposto di cui agli artt. 3-8 Dlgs 368/2001 e 2043 c.c. in applicazione del principio *neminem laedere* i quali riconoscono al dipendente il risarcimento del danno *La conditio sine qua non* per l'applicabilità della tutela risarcitoria in questione è duplice e consiste sia nell'utilizzo della prestazione lavorativa in violazione di disposizioni imperative di legge sia nella perdita del posto di lavoro alla scadenza del termine illegittimamente apposto dalla pubblica amministrazione, circostanza che ha impedito al prestatore di lavoro a tempo determinato di essere stabilizzata o meglio essere assunto e di contro vivendo una vita di costante precariato senza alcuna prospettiva di una dignitosa esistenza.

Avuto riguardo alla quantificazione di tale danno a riguardo vi sono diverse pronunce ed orientamenti ma l'orientamento condiviso dal sottoscritto e dalla maggioritaria giurisprudenza (Trib. Arezzo sent. n° 163 del 16/5/2011, Trib. Genova 14 dicembre 2006 -in Riv.Giur.Lav.2008, II, 446) prevede un meccanismo risarcitorio parzialmente forfettizzato e predeterminato, il quale, per quanto incomparabilmente diverso, incongruo ed inferiore da quello che, in identiche condizioni, spetterebbe nel privato, tenga conto della perdita del posto di lavoro e delle perdite delle retribuzioni conseguenti, utilizzando, quindi, come parametro normativo interno l'art. 18 L. 300/1970. La richiamata disposizione ha monetizzato il posto di lavoro assistito da tutela reale (azienda con più di quindici dipendenti) così come è il posto di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni in 5 mensilità quale indennizzo sanzionatorio come previsto dal 4 comma dell'art. 18 Stat. Lav. al quale devono essere sommate le quindici mensilità in misura sostitutiva della reintegra. Pertanto, in via subordinata vi è anche questa possibilità –certamente non paragonabile con la trasformazione del posto di lavoro ma quantomeno a forte valenza risarcitoria- che in caso di accoglimento delle domande la Pubblica Amministrazione sia condannata a corrispondere in favore di parte ricorrente a titolo di risarcimento del danno (art.

36 Dlgs 165/2001) pari a venti mensilità della retribuzione di fatto e globale percepita in qualità di collaboratore professionale a fronte di una illegittima ripetizione di contratti a termine e violazione del termine triennale cui è stata sottoposta la qualità di vita della stessa in termini negativi, togliendole progettualità, contribuzione e privandola in definitiva del posto di lavoro.

Nota: Considerato che mi sono giunti molti quesiti a riguardo occorre ribadire che la condotta di alcune pubbliche amministrazioni le quali per timore di essere condannate “richiamano” i sottoscrittori di contratti a tempo determinato per sottoscrivere altri con una clausola con la quale gli stessi si impegnano a non ricorrere all'Autorità Giudiziaria rinunciando così ad ogni azione è palesemente e totalmente nulla in violazione dell'art. 2113 quindi impugnabile.

IL COLLEGATO LAVORO ED I NUOVI TERMINI PRESCRIZIONALI NEL RAPPORTO DI LAVORO

Le norme del collegato lavoro (L. 183/2010) hanno apportato importanti modificazioni all'assetto normativo lavoristico anche rispetto a taluni aspetti di rilevanza più propriamente processuale. Tra di esse, di particolare rilievo è l'art. 32, che ha introdotto termini decadenziali rispetto alla proposizione dell'azione giudiziaria individuando oltre ai licenziamenti, già disciplinati in tal senso, tutta una serie di fattispecie (ad esempio trasferimenti, nullità di contratti a termine) a fronte delle quali il lavoratore sarà onerato di impugnare stragiudizialmente nel termine di sessanta giorni, con obbligo di proposizione dell'azione nei successivi 270 giorni, come appena accennato.

Il secondo comma specifica che le disposizioni che precedono si applicano anche a tutti i casi di invalidità del licenziamento. Ciò che però ha destato il grande interesse degli studiosi e, soprattutto, dopo l'approvazione della norma e la sua “assimilazione” il malcontento dei precari e la protesta delle OO.SS. è che, come chiarito ai commi 3 e 4 “le disposizioni di cui all'articolo 6 della legge 15 luglio 1966, n. 604, come modificato dal comma 1 del presente articolo, si applicano inoltre: a) ai licenziamenti che



presuppongono la risoluzione di questioni relative alla qualificazione del rapporto di lavoro ovvero alla legittimità del termine apposto al contratto; b) al recesso del committente nei rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, anche nella modalità a progetto, di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile; c) al trasferimento ai sensi dell'articolo 2103 del codice civile, con termine decorrente dalla data di ricezione della comunicazione di trasferimento; d) all'azione di nullità del termine apposto al contratto di lavoro, ai sensi degli articoli 1, 2 e 4 del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, e successive modificazioni, con termine decorrente dalla scadenza del medesimo", ed anche "a) ai contratti di lavoro a termine stipulati ai sensi degli articoli 1, 2 e 4 del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, in corso di esecuzione alla data di entrata in vigore della presente legge, con decorrenza dalla scadenza del termine; b) ai contratti di lavoro a termine, stipulati anche in applicazione di disposizioni di legge previgenti al decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368, e già conclusi alla data di entrata in vigore della presente legge, con decorrenza dalla medesima data di entrata in vigore della presente legge; c) alla cessione di contratto di lavoro avvenuta ai sensi dell'articolo 2112 del codice civile con termine decorrente dalla data del trasferimento; d) in ogni altro caso in cui, compresa l'ipotesi prevista dall'articolo 27 del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, si chieda la costituzione o l'accertamento di un rapporto di lavoro in capo a un soggetto diverso dal titolare del contratto." Detto ultimo comma che dispone l'applicazione retroattiva della disciplina di cui trattasi ai contratti a termine, come detto, ha per un verso scatenato la protesta dei molti precari e delle organizzazioni sindacali e, per altro verso, determinato l'intervento del governo prima e del parlamento poi. Infatti, alla data del 24.1.2011 sarebbero scaduti i termini per proporre ogni impugnativa rispetto ai contratti a tempo determinato. Pertanto, proprio per scongiurare il pericolo che tanti lavoratori potessero irrimediabilmente essere pregiudicati dalla nuovo dato normativo il c.d. decreto milleproroghe (D.L. n. 225 del 29.12.2010 convertito nella legge 26.2.2011 n.

10) all'art. 2 comma 54 ha disposto che all'art. 32 fosse aggiunto il comma 1-bis di seguito riportato: "in sede di prima applicazione, le disposizioni di cui all'art. 6 primo comma, della L. 15. Luglio 1966 n. 604 come modificato dal comma 1 del presente articolo, relative al termine di 60 giorni per l'impugnazione del licenziamento, acquistano efficacia a decorrere dal 31 dicembre 2011" Da più parti si è ritenuto che detto articolo avrebbe di fatto sospeso ogni termine decadenziale per tutte le fattispecie innanzi richiamate, mentre, secondo talune più rigide interpretazioni il fatto che il detto art. 1 bis faccia espresso richiamo alla sospensione dei termini di cui al comma 1 del predetto articolo, dovrebbe far escludere l'operatività della sospensione per tutte le ipotesi previste ai commi 3 e 4 dell'art. 32. Detta ultima lettura ci pare poco convincente in considerazione del fatto che già l'art. 32 al comma 4 dispone l'applicazione retroattiva dell'articolo in esame ma, tutte le fattispecie, vengono accomunate dall'applicabilità dei nuovi termini individuati dal comma 1. Ragion per cui, è evidente che il comma 1-bis introdotto per il tramite del decreto milleproroghe, va a creare una deroga generale per tutti i termini di decadenza visto che, peraltro, si fa espresso richiamo al periodo di "prima applicazione" che non può che riferirsi in particolare modo alle ipotesi di cui ai commi 3 e 4 del citato articolo 32 visto che, il termine decadenziale di 60 gg. per l'impugnativa di licenziamento, era presente da tempo nel nostro ordinamento con riferimento ai licenziamenti intimati nell'ambito dei contratti di lavoro a tempo indeterminato. Tale soluzione, che ci pare quella più consona al dato normativo, è l'unica proponibile anche nell'ottica di una lettura costituzionalmente orientata del citato comma 1-bis volta ad affermare il fondamentale principio di uguaglianza.

PREGIUDIZIO PER IL LAVORATORE ED ONERE DELLA PROVA

Un lavoratore subordinato, lamentando un indebito demansionamento ed altresì l'assoggettamento ad atti di mobbing e bossing (ovvero rispettivamente ad atti di persecuzione e sotmissione) da parte del datore di lavoro, adi-



va la magistratura del lavoro per ottenere una tutela giudiziale diretta al riconoscimento delle spettanti differenze retributive previo corretto inquadramento professionale, al riconoscimento di altre differenze retributive derivanti dal mancato riconoscimento delle ore effettivamente svolte di lavoro straordinario ed infine al riconoscimento del risarcimento ex-contractu dei danni morali derivanti dalla predetta condotta illecita posta in essere dal datore di lavoro. Il Tribunale in primo grado accoglieva solamente in minima parte le pretese azionate dal predetto lavoratore, il quale proponeva pertanto gravame alla competente Corte Territoriale che, con sentenza di appello, riformava solo parzialmente la sentenza del giudice di prime cure e con riferimento ad aspetti processuali. Il decisum raggiunto dalla Corte Territoriale, trovava la giustificazione logico-giuridica nell'accertamento circa la corrispondenza tra le mansioni espletate di fatto dal lavoratore con quelle sancite di diritto dalla contrattazione collettiva; mentre, con riferimento alle pretese creditorie lamentate dal lavoratore medesimo, i giudici del gravame le ritenevano carenti sotto il profilo probatorio. La questione giungeva, infine, in Cassazione, a cura sempre del lavoratore-ricorrente, che censurava la sentenza di appello per vizio di motivazione con riferimento all'accertamento del lavoro straordinario e sempre per vizio di motivazione combinato ai vizi di violazione e/o falsa applicazione di norma di legge con riferimento al demansionamento ed agli atti persecutori commessi dal datore di lavoro. Il Supremo Consesso disattendeva, però, le predette doglianze ribadendo, relativamente all'esame del c.d. vizio logico che l'operato dei giudici di appello ne era privo, in quanto esatta e puntuale era stata la ricostruzione del fatto storico consistente in riferimento all'orario di lavoro in concreto espletato dal lavoratore. **Nessun valore confessorio stragiudiziale è stato riconosciuto alle buste paga.** Tale accertamento sul fatto era infatti avvenuto non solamente dall'esame delle buste paga, prodotte dal datore di lavoro e sottoscritte dal lavoratore, ma, altresì dall'assunzione di prove costituendo quali l'escussione di testimoni, le cui risultanze

sfavorevoli per il ricorrente erano state valutate razionalmente dalla Corte Territoriale. Quindi, il convincimento poi statuito in sentenza non si era basato sul riconoscimento di un valore confessorio stragiudiziale delle buste paga, come lamentato erroneamente dal lavoratore. Passando poi alla pretesa retributiva derivante dall'asserito demansionamento, la Cassazione, negando ogni censura di legittimità, circa l'inquadramento professionale riconosciuto al lavoratore dai giudici di appello, ha richiamato un proprio consolidato orientamento secondo il quale, l'iter logico giuridico che deve essere seguito dal giudice del merito per determinare l'inquadramento professionale del lavoratore, deve essere scandito da tre rispettive fasi, ovvero, dalla ricostruzione delle attività concretamente svolte dal lavoratore, dalla individuazione delle categorie professionali fissate a livello di contrattazione collettiva ed infine dal raffronto tra le risultanze della prima fase e l'interpretazione delle norme contrattuali "collettive". **Il danno morale da mobbing e bossing non può prescindere dalla sussistenza di un pregiudizio oggettivamente accertabile.** Infine, circa la dedotta pretesa risarcitoria per danni morali, derivante da inadempimento contrattuale del datore di lavoro consistente nel compimento a danno del lavoratore di atti di sottomissione e persecuzione, la Cassazione ha statuito in aderenza sempre a propri precedenti orientamenti, come il danno biologico ex-contractu per atti di sottomissione e persecuzione non ricorre automaticamente in presenza di qualsivoglia tipo di inadempimento contrattuale datoriale, in quanto, detto nocumento non patrimoniale, deve consistere in una sofferenza oggettivamente rilevabile e non di natura meramente emotiva ed interiore del soggetto. Peraltro, tale pregiudizio non discende tout court dal mero inadempimento contrattuale del datore di lavoro, pertanto il lavoratore è tenuto ad allegare i fatti costitutivi del c.d. demansionamento ed altresì, sempre in adempimento all'onus probandi ex art. 2697 c.c. è tenuto a provare il nocumento non patrimoniale patito e soprattutto il nesso eziologico con il predetto inadempimento datoriale.



SITUAZIONI STRESSANTI E MECCANISMI DI COPING

Angelica
MISNO



Il termine stress viene usato per indicare genericamente una condizione di tensione psichica, che può essere determinata dalle più svariate situazioni: familiari, lavorative, di coppia e amicali. Importante è la variabilità individuale, che condiziona il diverso modo di percepire gli eventi stressanti e dipende tra l'altro dagli strumenti che ciascuno ha a disposizione per affrontarli.

Importante è la variabilità individuale, che condiziona il diverso modo di percepire gli eventi stressanti e dipende tra l'altro dagli strumenti che ciascuno ha a disposizione per affrontarli.

LO STRESS

L'origine del termine stress è appannaggio dell'ingegneria, dove con stress si denota una forza che viene applicata ad un materiale e che, in tal modo, può produrre in esso una tensione o un cambiamento meccanico. In psicologia viene utilizzato per la prima volta da Cannon nel 1932 come sinonimo di stimolo nocivo. Successivamente Selye concettualizza lo stress come un insieme di reazioni difensive di natura fisiologica e psicologica attuate per far fronte ad una minaccia o ad una sfida. Selye fu il primo ad aver riconosciuto che lo stress non è una condizione necessariamente patologica e negativa, ma una reazione in primo luogo adattiva, in quanto finalizzata a ristabilire o a mantenere l'equilibrio omeostatico. Dunque, il termine stress viene utilizzato indifferentemente sia per indicare un insieme di reazioni psicologiche e fisiologiche a certe situazioni ed eventi sia per indicare

queste situazioni e questi eventi. Infine Lazarus e Folkman definiscono lo stress come la condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo. Quindi lo stress viene concettualizzato come qualcosa di dinamico, a carattere relazionale e compare per la prima volta il concetto di stress psicologico. Con tale concetto si sottolinea la componente soggettiva dell'evento stressante, ovvero che l'elemento fondamentale che determina l'entità della reazione emozionale-fisiologica è la valutazione cognitiva che l'individuo compie del suddetto evento stressante. In altre parole, nessun evento esistenziale significativo può essere considerato aprioristicamente patogenetico e, allo stesso tempo, ogni evento suscettibile di produrre una reazione emozionale potrebbe essere definito come avvenimento stressante. Quindi gli eventi sono stressanti nella misura in cui sono percepiti come stressanti, per cui uno stimolo produrrà o meno una reazione di stress a seconda di come viene interpretato e valutato. Tuttavia lo stress non è un'esperienza esclusivamente soggettiva, ma la sua entità è definita anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo. Perciò la portata stressogena di un evento è determinata oltre che dalla valutazione cognitiva dello stimolo compiuta dall'individuo, anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo, ovvero dalla qualità dell'evento (come impatto emozionale che produce nel soggetto) e dalla sua quantità. Infine, la portata stressogena di un evento è definita, oltre che dalla cosiddetta valutazione primaria, ovvero dalla valutazione cognitiva e



dalla percezione emotiva dello stimolo, anche dalla cosiddetta valutazione secondaria, ovvero dalla valutazione che un individuo compie delle proprie risorse e capacità di far fronte allo stimolo stressante (Strategie di Coping). In altre parole un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo. Le strategie di Coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Tuttavia esse non garantiscono il successo di tale adattamento. Infatti il Coping, se è funzionale alla situazione può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, ma se è disfunzionale ad essa, può anche amplificarla.

MA COSA SI INTENDE PER COPING?

Quando si parla di coping ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus, 1991). Si evincono da tale definizione quelle che sono le caratteristiche distintive del coping (processo dinamico, in quanto è costituito da una serie di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente e individuo si influenzano a vicenda). Esso comprende una serie di azioni, sia cognitive che comportamentali, intenzionali, finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante.

PERSONALE SANITARIO SOTTO STRESS E COPING

Il modo in cui le persone affrontano le situazioni di stress fa parte di quei meccanismi che in termini tecnico si chiamano "coping". Il coping è definito come l'insieme delle strategie impiegate per affrontare situazioni minacciose, con l'obiettivo di mantenere l'integrità fisica e psichica dell'individuo. I medici e gli infermieri ospedalieri sono tra le cate-

rie professionali più sottoposte a situazioni stressanti a causa della peculiarità del loro lavoro, che non solo li costringe a un contatto diretto e continuo con la sofferenza dei pazienti, ma richiede anche costante attenzione e forte senso di responsabilità. L'incapacità di fronteggiare i problemi utilizzando meccanismi di coping validi può essere all'origine della sindrome del burn-out, di cui soffre il 25-30% del personale ospedaliero, con picchi che toccano il 55% dei medici e infermieri che lavorano in reparti particolarmente impegnativi a livello emotivo come quello oncologico o di chirurgia d'urgenza. Questa sindrome è caratterizzata da esaurimento fisico e psicologico, dovuto a uno sbilanciamento tra le esigenze del lavoro e la capacità individuale di affrontarle. A questo proposito risultati particolarmente significativi sono emersi dall'impiego di uno strumento recentemente sviluppato per la valutazione dello stress e del coping nei medici e infermieri: l'Health Professions Stress and Coping Scale, HPSCS. Sulla base dello stress percepito e dei meccanismi di coping adottati nelle diverse situazioni, sono stati individuati alcuni profili professionali, tra cui: il medico che ha difficoltà nelle relazioni con i pazienti e nel confronto con la morte, un professionista estremamente competente nell'area clinica ma prova un profondo disagio emotivo nella relazione con i pazienti e la morte, disagio che vede nell'evitamento la strategia di coping più utilizzata; l'infermiere che ha difficoltà nell'area organizzativa e nelle relazioni con i colleghi e superiori e di fronte agli imprevisti utilizza, in particolare, il coping di evitamento del problema. E' possibile intervenire sui meccanismi di coping rendendoli più efficaci. Ovviamente, maggiori sono le risorse individuali e ambientali disponibili, maggiore è la percezione.





Gli interventi possono quindi essere condotti sia in modo individuale che di gruppo. Tra gli strumenti che possono essere utilizzati per un intervento di gruppo, possiamo ricordare il gioco dei ruoli, "role playing", in cui i partecipanti, assumendo ruoli diversi, simulano situazioni lavorative problematiche nelle quali vengono utilizzate modalità di coping scarsamente funzionali. La condivisione col gruppo, attraverso la drammatizzazione, delle emozioni provate in situazioni specifiche, delle strategie di coping disfunzionali messe in atto per affrontarle e dei risultati ottenuti, facilita l'elaborazione di strategie di coping alternative più funzionali. Può essere estremamente utile la somministrazione di un questionario che permetta di monitorare a situazione problematica analizzata, di valutare gli eventuali cambiamenti attraverso l'analisi dei diversi fattori coinvolti (personali, ambientali, organizzativi) e di controllare i meccanismi di coping, considerando come il loro variare possa incidere sulla situazione in oggetto. A livello individuale può essere utilizzato un diario su cui segnare i vari momenti in cui si attua il passaggio dall'utilizzo di strategie di coping disadattative a strategie adattative.

In conclusione, se non sempre è possibile eliminare le situazioni che procurano stress, possiamo però trovare il modo per evitare di sentirci impotenti, di fronte ad esse. La fatica iniziale, dovuta alla necessità di adottare modalità di risposta diverse da quelle abituali, col passare del tempo tenderà a ridursi e a essere sostituita dalla sensazione di un maggior controllo della propria vita, che porterà a un incremento del livello di benessere individuale.

CONCLUSIONI

Siamo abituati ad avere a che fare con una medicina che si occupa di malattie e di corpi, non di malati e di persone. Parallelamente pensiamo ad una psicologia che si occupa di qualcosa di astratto: menti, pensieri, fantasie, qualcosa che non ha niente a che fare con le cellule, con gli organi o con i disturbi e le

malattie del nostro corpo. E' una visione destinata a cambiare sotto la spinta di due fondamentali fattori: le tante novità fornite dalla ricerca scientifica in questi anni e le nuove esigenze e sfide che i sistemi sanitari si trovano ad affrontare. Alcuni studi confermano la necessità di incrementare questo rapporto. Uno studio inglese (Programma Whitehall) ha seguito 10.000 persone per ben 20 anni: lo stress psicologico è importante fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. Una persona con elevato stress psicologico cronico ha sino al 70% di probabilità in più di sviluppare una malattia cardiovascolare.

Analoghi studi esistono per molte altre malattie, a partire dal diabete sino all'ictus e cominciano ad esserci dati interessanti anche sui tumori. Un significativo studio epidemiologico, condotto in Svezia dai ricercatori della Sahlgrenska Academy di Goteborg, che hanno seguito 1.350 donne a partire dalla metà degli anni sessanta, sottoponendole periodicamente a questionari di valutazione dello stress psicologico: dopo 24 anni di osservazione è risultato che le donne con stress più elevato hanno un rischio di cancro al seno pari al doppio delle donne con basso stress. E' quindi importante diffondere interventi psicologici di stress management, che si sono rivelati efficaci nella riduzione dello stress, non solo per migliorare la qualità della vita ed il benessere psicologico ma come prevenzione della patologia fisica.

Ma i fattori psicologici negativi non agiscono solo favorendo la malattia, essi hanno un ruolo importante anche nelle situazioni di malattia: fanno la differenza nel modo di reagire e fronteggiare il problema, nella gestione della malattia e nella qualità della vita, incidono sulla adesione e sulla risposta alle cure, persino sul decorso o la comparsa di complicanze e ricadute. Occorre stabilire un rapporto più proficuo tra medicina e psicologia per rendere più efficaci gli interventi sanitari e porre al centro dell'attenzione le persone, non solo gli organismi.

BIBLIOGRAFIA

- Pancheri, P. (1993). Stress, emozioni, malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica (5° ed.). Milano: Edizioni Scientifiche e Tecniche Mondadori.
- Lazarus. R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lazarus: R.S. (1991): Emotion and adaptation. London: Pxfordo University Press.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. Psychosomatic medicine, 55, 237-247.



IL PROGETTO S.A.R.I. CONQUISTA RAGUSA

Savino
PETRUZZELLI



Si è concluso con grande successo il 5° Congresso Nazionale Cives ospitato a Ragusa dal 30 settembre al 1° ottobre 2011. Il tema scelto è stato: «Sistema Avanzato di Risposta Infermieristica in Protezione Civile - Il nuovo modello organizzativo ed operativo quale contributo della professione». A Ragusa si è tenuto un area di approfondimento tematico, teorico e pratico con l'esercitazione «Vespri Siciliani» mettendo in evidenza le potenzialità del progetto S.A.R.I., ipotizzando differenti scenari a seguito di un violento terremoto. Una grande occasione per discutere della professione e del ruolo a cui sono chiamati anche gli infermieri durante gli interventi di Protezione Civile. Il progetto S.A.R.I. sviluppa una cultura del soccorso, fondamentale per un giusto approccio che si intende dare nelle maxi-emergenze. Nell'esercitazione è stato previsto il recupero di due feriti sul tetto di un edificio salvati dai Vigili del Fuoco e consegnati per le cure del caso agli infermieri CIVES. Anche in questo caso, dopo che i Vigili del Fuoco hanno estratto le vittime dell'incidente, sono intervenuti ancora una volta gli infermieri. Tutti i feriti sono stati subito trasportati all'interno del MIA (Modulo Infermieristico Avanzato), che fa parte del progetto S.A.R.I. Attraverso questo sistema, è stato dimostrato che si è in

grado di attivare in poco tempo una squadra di infermieri altamente qualificati e immediatamente operativi, pronti a intervenire in tutte le situazioni di emergenza con il supporto di mezzi e attrezzature speciali per fornire adeguato supporto alla popolazione.

Il S.A.R.I. è un progetto strategico per il soccorso alle popolazioni colpite da maxi-emergenze, catastrofi e calamità naturali. Il congresso ha visto un finale dedicato al conferimento delle benemeritenze per gli infermieri che hanno portato soccorso per «Rifiuti Campania 2008», «Grande evento G8» e «Sisma in Abruzzo» con la consegna di alcuni riconoscimenti assegnati dalla Presidenza della Repubblica, dal Senato e dalla Camera dei Deputati. A conclusione del congresso, il presidente CIVES di Ragusa, Giuseppe Occhipinti, ha mostrato la propria soddisfazione: «Abbiamo ottenuto ottimi riscontri sia per la partecipazione al congresso, con presenze da tutta Italia. Il modulo S.A.R.I. è efficiente e ha dato le risposte che cercavamo riuscendo a mostrare le caratteristiche di flessibilità tipiche della professione infermieristica. Gli infermieri per l'emergenza aderenti a CIVES rappresentano una nuova immagine di infermieristica moderna e manageriale capace di valutare, pianificare, coordinare e operare nelle più diverse attività di Protezione Civile pronti ad operare nel mondo del volontariato come fatto anche negli ultimi anni in momenti particolarmente difficili come il terremoto de L'Aquila o per i continui sbarchi a Lampedusa». L'appuntamento per il VI Congresso Nazionale CIVES del 2012 si terrà nella provincia di Barletta-Andria-Trani.



NARDINO E IL CAREMANAGER

Pasqualina
CARAMUSCIO



Potrebbe essere il titolo di uno di quei racconti che ritroviamo nei libri di testo dei nostri bambini o di una favola della buona notte, invece è forse una realtà della nostra

Sanità pugliese

e una grande opportunità per rilanciare e riqualificare la funzione infermieristica territoriale, contribuendo alle scelte operate dalla Regione Puglia.

Sentiremo parlare a breve e sempre più spesso di un Progetto denominato “Nardino”, derivante dal “Progetto Leonardo” sempre curato dall’*Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia*, in cui una rete di Specialisti, Medici di medicina generale e Infermieri/Care Manager forniranno, con le tecniche più avanzate, un’*assistenza* territoriale qualificata e appropriata, facilitando il rapporto tra salute e cittadino, proprio in quei comuni, nello specifico venti, coinvolti nel “*Piano di rientro e di riqualificazione*” del Sistema Sanitario Pugliese.

Il Progetto “Nardino” che riguarda complessivamente 450mila abitanti, vede protagonista il cittadino che necessita di prestazioni e mette in risalto l’importanza del Territorio definito il motore dell’assistenza generale in grado di dare risposte concrete e tempestive all’utente. Soprattutto in quelle realtà dove strutture sanitarie chiudono o vengo-

no riconvertite, lì, con maggiore rapidità la medicina territoriale offrirà ai cittadini servizi più celeri, efficaci ed a misura più umana, e l’Infermiere/Care Manager ha un ruolo, una identità e responsabilità ben precisa, La domanda di salute, ha bisogno di incontrare un luogo: e il luogo consueto delle cure è l’ospedale ma non è sempre detto che il luogo ordinario sia in grado di offrire la risposta appropriata a quella specifica domanda di salute.

La cronicità, soprattutto nella cosiddetta terza età, non ha bisogno di essere localizzata dentro le strutture ospedaliere, dove a volte, i ricoveri sono la fotografia della inappropriata e della solitudine sociale.

Dal punto di vista operativo, gli strumenti che si possono utilizzare per favorire l’integrazione tra i diversi nodi della rete sono rappresentati dai progetti, come il “Progetto Nardino” di disease management e dai percorsi clinico-assistenziali, che codificando la sequenza spazio-temporale degli interventi rispetto ad uno specifico problema di salute e consentono conseguentemente di veicolare tale informazione ai diversi nodi della rete interagenti.

Il principale risultato determinato dall’assetto a rete e dal riposizionamento delle strutture ad essa partecipanti, consiste in una aumentata capacità di contatto con il cittadino, dato che nella rete si moltiplicano i possibili punti di accesso rispetto a ciascuna struttura.

La qualità nella continuità di cura tra ospedale e territorio si traduce:

- nella promozione delle best practice;



- nell'aumento della informazione al cittadino;
- nella tempestività nelle risposte assistenziali;
- nella standardizzazione delle cure;
- nell'assicurazione di percorsi assistenziali per le patologie croniche più diffuse e invalidanti, elementi intorno ai quali è possibile sviluppare un articolato sistema di indicatori (clinici, di qualità della vita, assistenziali).

Il **Care Manager** prende in carico il paziente e lo accompagna nel percorso delle cure specialistiche e della programmazione delle cure, trasformando una parte degli accessi spontanei del paziente in accessi programmati. Ciò serve a evitare ricoveri e richieste di prestazioni inappropriate e allo stesso tempo sottrae al paziente file e attese non necessarie nei poliambulatori dei distretti soci sanitari e negli ambulatori dei medici di famiglia. L'obiettivo, è il mantenimento della salute e del benessere delle persone assistite, attraverso l'introduzione del Care Manager. E' una figura professionale per molti aspetti nuova, che coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle dell'informazione, educazione, self-management e coaching del paziente. E' figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso

assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente. Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente e la sua collaborazione con i MMG, Care Manager e Specialisti si migliora l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere miglior outcome clinici. L'intervento si basa sul rapporto fiduciario medico-paziente, disegnando percorsi clinici per le patologie cardiovascolari e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse, supportando i medici di famiglia ed i pazienti nel loro percorso clinico con gli Infermieri/Care Manager specificamente formati con le tecniche del coaching. Dopo l'arruolamento da parte del medico di famiglia o lo specialista, il Care manager completa la valutazione iniziale utilizzando le informazioni fornite dal paziente e quelle già contenute nel database del medico. Medico e Care Manager definiscono poi il piano delle cure (Piano Assistenziale Individuale) che condividono con il paziente. Vengono attivati, ove necessario, consulti con lo specialista, utilizzando agende dedicate di prenotazione, per completare il piano delle cure. Ogni passaggio viene registrato su una Scheda di Valutazione del Paziente per il care management delle cronicità, patrimonio di tutti gli attori del Pia-

CASE MANAGEMENT (gestione del caso)

È un processo di collaborazione che valuta, pianifica, attua, coordina, fa il monitoraggio e valuta le opzioni e i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di benessere di un individuo, usando la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere la qualità e contenere i costi (Case Management Society of America, 1995). Il case management è un modello di erogazione dell'assistenza che integra la soddisfazione del cittadino e dell'organizzazione ed è nello stesso tempo un metodo per la gestione olistica ed individuale dei problemi di salute.

MANAGED CARE (assistenza gestita)

È un sistema organizzativo di origine statunitense composto da strutture e metodi la cui finalità ultima è quella del contenimento dei costi (efficienza) e dell'erogazione di un servizio sanitario di qualità (efficacia) e di una logica/filosofia che deve declinare efficienza, efficacia e soddisfazione del cittadino.

Il managed care è un sistema organizzativo di assistenza che ha come fine ultimo il raggiungimento di determinati risultati usando risorse che sono appropriate al caso specifico e al tipo di utenti serviti.

I sistemi managed care utilizzano come strumento "professionale" di orientamento della pratica clinica i critical o clinical pathway (percorsi critici o clinici standard), elaborati da gruppi multidisciplinari e gestiti spesso da manager o coordinatori infermieristici o amministrativi. I termini managed care e case management vengono spesso confusi al punto che spesso viene oscurato l'obiettivo principale del modello assistenziale. Il managed care è più che altro un ingranaggio per il controllo finanziario dei servizi e per conglobare in generale un target di popolazione. Esso è stato descritto come una unità di base di un modello assistenziale centrato sui risultati dei clienti (Zander); al contrario il case management è fondato sui bisogni di salute di una specifica popolazione di clienti. Il case management è un componente del managed care chiamato anche primary nursing di seconda generazione ed è considerato evoluzione, miglioramento ed estensione dei concetti fondamentali del primary nursing.



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



no delle Cure, che orienterà l'attività assistenziale e di coaching del paziente, la cui sintesi accompagnerà il paziente anche in occasione di altre consulenze specialistiche o di episodi di ricovero. La scheda di Valutazione del Paziente sarà informatizzata e risiederà nel Sistema Informatico Regionale, interfacciandosi con i principali software in uso presso i medici di famiglia e rappresenterà anche lo strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica.

L'applicativo che sarà realizzato per la gestione del progetto, verrà realizzato con interfaccia web per poterne garantire la massima diffusione e semplicità di utilizzo. Dovrà acquisire tutti i dati della scheda paziente a cura del Care Manager e fornire tre output diversi:

- indicazioni sullo stato del percorso terapeutico dei pazienti e sulle attività da svolgere per singolo paziente, allo stesso Care Manager;
- indicatori di attività complessiva a scadenza minima mensili, ai responsabili ASL;
- indicatori sullo stato complessivo del progetto AReS.

Il programma viene quindi attuato attraverso sette passaggi fondamentali:

1. Verifica dei criteri di inclusione ed esclusione, arruolamento.
2. Valutazione del paziente: verifica dello stato di salute del paziente e stratifica-

zione del livello di gravità della patologia.

3. Definizione degli obiettivi di salute: gli obiettivi sono costruiti sulla base delle raccomandazioni cliniche tratte da una attenta analisi della letteratura.
4. Impostazione e sviluppo del piano di Salute personalizzato: oltre al piano clinico terapeutico, il piano di Salute è composto anche dal Piano Assistenziale, cioè da quell'insieme di attività ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute.
5. Monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del Piano di Salute.
6. Formazione del paziente.
7. Ricorso appropriato ai servizi.

L'Infermiere/Care Manager, nell'attuazione del Piano di Salute, garantisce la presa in carico assistenziale agendo in relazione diretta con il paziente attraverso una costante attività:

- di monitoraggio e valutazione dell'adesione al Piano di Salute;
- di "coaching" basata su informazione, motivazione, supporto educazione al self-management.

Il paziente, in tale contesto di sinergie e relazioni, assume un ruolo attivo nel processo assistenziale, in quanto viene responsabilizzato ed educato a comprendere quanto lui stesso possa fare per migliorare gli esiti e la qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

- Piano di Salute 2008-2010.
- G. Giarelli-E.Venneri – Sociologia della salute e Medicina – Franco Angeli 2009.
- Progetto Nardino – AReS Puglia.
- <http://www.arespuglia.it>.

MEDICINA PENITENZIARIA

Conseguenze sulla salute a causa del sovraffollamento

Valerio
SAVINO



Da diversi mesi si discute sulla situazione di grave disagio che vivono i detenuti a causa del sovraffollamento nei penitenziari italiani. Sul gravoso argomento è intervenuto, nume-

rose volte, il Presidente della Repubblica con appelli rivolti alla politica, la quale ha il compito di dare le risposte fattive affinché questa situazione, poco onorevole, che lede la dignità della persona, giunga a una conclusione positiva. Il sovraffollamento è sicuramente una condizione difficoltosa che determina l'insorgenza di diverse patologie afferenti la sfera psicologica - comportamentale e acuisce alcune patologie psichiatriche. La situazione limitativa imposta al detenuto, al fine di assicurare un livello di sicurezza ottimale, sommato alla riduzione degli spazi in cella (ogni detenuto deve avere a disposizione almeno sette mq in cella singola e quattro mq in cella multipla), non rendono la vita, all'interno di un carcere, una passeggiata. Attualmente sono reclusi nelle carceri italiane circa 67mila detenuti, a fronte di una recezione di 45mila persone (capienza regolamentare). La capienza "regolamentare" di un carcere può essere dilatata fino alla capienza "tollerabile", ma questo non significa che gli spazi della detenzione sono effettivamente predisposti

per tale carico. Infatti, la capienza "tollerabile" si raggiunge, nella maggior parte dei casi, aggiungendo letti a castello negli stessi ambienti già occupati da altre persone ristrette, o utilizzando temporaneamente, spazi alternativi quali aule scolastiche o altri spazi. L'Amministrazione penitenziaria ha come fini istituzionali, assicurare la custodia della persona reclusa e favorirne, attraverso il trattamento rieducativo, il reinserimento sociale. Nell'ambito di questa funzione due articoli della nostra Costituzione, l'art. 27 (le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato) e l'art. 32 (nel quale la salute è sancita come fondamentale diritto dell'individuo), sostengono l'impegno in base al quale lo Stato è tenuto a garantire la tutela della salute della popolazione detenuta. Le condizioni nelle carceri sono critiche, mentre i bisogni di salute sono enormi e richiedono una vera e propria presa in carico dei detenuti, che oltre alle malattie comuni a tutta la popolazione, spesso presentano stati di salute aggravati dalle condizioni di vita legate alla reclusione. Agli operatori sanitari della Medicina Penitenziaria è affidato il compito della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in carcere al fine di assicurare i necessari livelli di salute in maniera compatibile con la sicurezza della struttura e il rispetto del paziente detenuto. E' pur vero che la centralità del lavoro di tutti gli operatori sanitari è il paziente, ma è anche certo che la situazione attuale di emergenza che si sta vivendo nelle carceri di tutta l'Italia ha



innescato una reazione a catena che produce una moltitudine di problemi sulla salute, non solo dei ristretti, ma del personale che opera in queste strutture. La polizia penitenziaria è la prima che manifesta una condizione di affaticamento, ma è pur vero che anche gli operatori sanitari e in particolare il personale infermieristico sono già allo stremo. Gli attuali organici sanitari si riferiscono a un numero di reclusi di molto inferiore all'odierna situazione, pertanto, per assicurare

“Gli attuali organici sanitari si riferiscono a un numero di reclusi di molto inferiore all'odierna situazione”

un dignitoso trattamento sanitario intramurario, sono costretti a triplicare le proprie energie. In questo caso non è difficile che s'instauri un processo di logoramento e decadimento psico - fisico riconducibile alla sindrome di burnout. A tal proposito, un recente studio, condotto dall'Università di Toronto, la Facoltà Bloomberg di infermieristica, ha esaminato il ruolo di 500 infermieri che lavorano nel sistema carcerario provinciale dell'Ontario, il quale si occupa di quasi 9.000 persone, in trenta strutture. Lo studio, condotto da Joan Almost e Diane Doran, è la prima rassegna globale sugli infermieri che lavorano nelle strutture correzionali in Canada. Si è così riscontrato che gli infermieri che lavorano nel settore sentono di avere uno scarso controllo sulla loro pratica professionale, a causa delle restrizioni dovute alle ragioni di sicurezza, hanno un minore accesso alle risorse e alle attrezzature necessarie, e un'esperienza più elevata di stress emotivo e di tensione nella relazione col paziente. Nei diciassette infermieri intervistati e nei 300 studiati, solo il 4% ha segnalato di aver subito un abuso fisico, un dato che può essere attribuito alla presenza di un funzionario del carcere ogni volta che un infermiere interagisce con un detenuto. Lo studio ha anche rilevato che, nonostante la soddisfazione sul lavoro sia leggermente inferiore a quella degli infermieri impiegati in altri settori, chi lavora in carcere registra livelli di burnout inferiori, oltre che un maggiore proposito di rimanere a fare il proprio lavoro. La Almost attribuisce questo aspetto al fatto che il lavoro in carcere è molto diversificato e richiede agli infermieri di attingere a una vasta gam-

ma delle loro competenze. La principale differenza tra il carcere e altri settori è che, negli istituti penitenziari, importante non è solo l'assistenza sanitaria, ma anche la sicurezza che sono equilibrio “unico”, molto particolare, afferma Linda Ogilvie, responsabile dei servizi sanitari aziendali per il Ministero della Sicurezza della Comunità e dei servizi correzionali canadesi. A volte, infatti,

i detenuti cercano di aggirare la sicurezza sostenendo di avere

un problema di salute, al fine di lasciare la struttura e andare in ospedale. Questo modo di fare consente ai ristretti di lasciare la cella per ottenere qualche giorno di ricovero. E' spesso molto difficile capire se si tratta di una sensazione vera o se il detenuto sta tentando di fuggire dal carcere e inoltre c'è il problema dello stress emotivo, a causa delle allusioni sessuali. L'ambiente insomma non è favorevole alla costruzione di una relazione terapeutica: se non si dispone di un qualche tipo di meccanismo che impedisca lo stress emotivo, diventa un ambiente molto difficile in cui lavorare. Ricerche simili sono state eseguite anche nel nostro paese cercando di rilevare la percezione del ruolo infermieristico all'interno degli istituti di pena e la relazione “paziente/detenuto e infermiere”. I penitenziari, proprio per le limitazioni istituzionali e per la prevalente condizione che tende principalmente ad assumere un sistema tendenzialmente custodialistico, rendono vano il lavoro svolto dagli operatori sanitari coinvolti nel processo sanitario-assistenziale. Il carcere, poiché luogo di pena, è un fattore di rischio per gli addetti ai lavori, in particolar modo per gli infermieri e causa predisponente per l'insorgenza di sintomatologie che implicano il costante contatto con la sofferenza, il cui coinvolgimento può rivelarsi a un certo punto insostenibile. In conclusione, l'alto numero di presenze negli istituti penitenziari unitamente alla tipologia dell'ambiente lavorativo è di per sé un fattore di rischio che può determinare un deterioramento fisico e psichico del personale coinvolto con conseguenti ricadute sullo stato di benessere.



L'OFFERTA FORMATIVA DEL COLLEGIO ACCREDITATA DALLA REGIONE

Carmela
MARSEGLIA



La progettazione delle attività deve tener conto della necessità di integrare più linguaggi e più categorie concettuali.

Il tempo tra bisogno e risposta è sempre minore, occorre

quindi attivare progetti molto strutturati e ben definiti rispetto agli obiettivi e definire criteri che prevedano una chiara definizione dei risultati attesi, sia rispetto all'apprendimento che al cambiamento dei processi di lavoro.

“Alle vecchie certezze, date dalla stabilità dell'organizzazione e dalla prevedibilità del domani, si sostituiscono le esigenze di maggiori capacità dei singoli di orientarsi e di affrontare il nuovo e il diverso”.

L'aula può diventare quindi una connessione organizzativa guidata per imparare a valorizzare, confrontare e validare le esperienze.

L'Organismo per la Formazione della Regione Puglia nel 2010 ha dato avvio a numerose iniziative formative in Educazione Continua in Medicina alle quali hanno partecipato le Istituzioni sanitarie e professionali regionali. Il Collegio IPASVI di Bari ha visto riconosciuti tre progetti: “Tutor Clinico”, “Sterilizzazione: sicurezza e qualità per il cittadino” “Family Centered Care”.

Tutor Clinico

Il termine Tutor deriva dal latino “Tueri” che significa proteggere, difendere, custodire ed in Italia tale ruolo è presente dal 1950 con il compito di affiancare e sviluppare le competenze degli studenti in Infermieristica. La competenza professionale racchiude una vasta gamma di comportamenti, attitu-

L'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità - O.R.F.S

È stato istituito il 3 febbraio 2009 con atto deliberativo di Giunta Regionale n. 93 (pubblicato sul B.U.R.P. n. 65 del 30/04/09), con la sede operativa presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari. Esso trova già un'anticipazione nel Piano della Salute della Regione Puglia 2008 - 2010 (L.R. n. 25 del 26/09/08), ove si mette in evidenza la necessità di “coordinare tutte le attività di formazione al fine di garantire l'adeguatezza dei processi formativi alla tipologia degli individui da formare, sviluppando i filoni dell'andragogia e dell'apprendimento delle organizzazioni”, attraverso la costituzione di una struttura ad hoc come l'Organismo Regionale

E-mail: formazioneinsanita@regione.puglia.it

Strutture correlate:

- Commissione Regionale ECM
- Consulta Regionale per la Formazione in Sanità



AL COLLEGIO IPASVI DI BARI: ATTESTAZIONE DI MERITO

Premio “Lavinia Castagna”
Per la promozione della salute e per il miglioramento
dell’umanizzazione e della qualità
dell’assistenza infermieristica in area pediatrica



EDIZIONE 2011



La commissione del Network “Gli Ospedali di Andrea”, promosso dall’AGE - Associazione Italiana Genitori - , in collaborazione con l’Ospedale Pediatrico “Bambino Gesù” di Roma ed il Collegio IPASVI di Roma, il 2 dicembre 2011 presso l’Aula Newman della Pontificia Università Urbana di Roma ha consegnato al COLLEGIO IPASVI DI BARI una **ATTESTAZIONE DI MERITO** per il corso di formazione “Family Centered Care” con la seguente motivazione: “...il progetto risulta estremamente interessante nella sua impostazione teorica-pratica e anche alla luce di un lavoro svolto da un gruppo di professionisti impegnati all’interno dell’organo associativo professionale”.

dini, conoscenze, motivazioni, che presenti in un individuo lo rendono capace di svolgere determinate attività.

Il Tutor quindi deve possedere gli strumenti per trasformare l’attività quotidiana in esperienze generatrici di dinamiche per l’assistenza personalizzata.

Perché ciò si realizzi è necessario che vi siano formatori, in grado di svolgere le funzioni di Tutor clinico, cioè capaci di mettere lo studente infermiere, durante il suo tirocinio in condizioni di fare dall’esperienza una metacompetenza.

Il Tutorato clinico si basa sulla didattica dell’apprendimento per problemi, è caratterizzato dall’analisi dei problemi legati ad un caso simulato o ad un caso reale, presentati ad un piccolo gruppo di studenti, ai quali viene richiesto di apprendere la capacità di gestire il problema, non attraverso la soluzione fornita dal docente, ma attraverso un processo di apprendimento attivo.

Il setting è il concetto fondamentale, infatti l’azione formativa si svolge in concomitanza all’assistenza clinica ordinaria, in setting come ambulatori, corsie, territorio ecc..

Per realizzare questi obiettivi il corso è stato strutturato in 50 ore di lezioni frontali e 50 di attività pratica per un totale di 100 ore formative e ripetuto per 4 edizioni. In totale hanno partecipato 280 infermieri provenienti dalla Aziende Sanitarie pubbliche e private della provincia di Bari.

Sterilizzazione: sicurezza e qualità per il cittadino

Parlare oggi di sterilizzazione è un’obbligo per una organizzazione ospedaliera efficiente e che ha come obiettivi la sicurezza e la qualità assistenziale dei propri utenti. Scientificamente parlando le infezioni ospedaliere sono considerate una delle principali cause di morte o di complicanze post-chirurgiche. La sterilizzazione diventa l’unico strumento di efficienza ed efficacia, di controllo e di valutazioni delle pratiche all’interno di contesti operativi come le sale operatorie e i reparti di interesse chirurgico. Resta comunque difficile la sua applicazione nel quotidiano, difatti la sua estrinsecazione va portata avanti seguendo delle

ANALISI STRUTTURALE DEI CORSI			
	n. partecipanti	n. ore di formazione	n. crediti per discente
TUTOR CLINICO	280	400	50
STERILIZZAZIONE: SICUREZZA E QUALITÀ PER IL CITTADINO	180	240	50
FAMILY CENTERED CARE	190	240	50
TOTALE	650	880	

tappe ben specifiche e con il massimo della competenza e capacità professionale.

Questo non basta, talvolta è necessario superare ostacoli di natura organizzativa che nel settore sanitario bloccano il normale procedimento. La relazione esistente tra i diversi operatori del settore crea delle difficoltà tra le diverse professionalità impegnate, mettendo in crisi non solo il rappor-





to personale ma di certo il rapporto professionale.

Per rispondere a questi interrogativi i contenuti del progetto formativo sono stati:

- Epidemiologia delle Malattie Infettive in ambito del Dipartimento Chirurgico, di Emergenza;
- Concetti di Sterilizzazione, Disinfezione e Sanificazione;
- Quadri di riferimento assistenziale nelle diverse fasi delle malattie chirurgiche;
- Pianificazione, valutazione dell'assistenza infermieristica;
- Coinvolgimento della comunità infermieristica nell'assistenza con partecipazione attiva al processo decisionale relativo.

Dalla logica sistemica alla logica per prestazioni. Tecnica e strumenti della Quality assurance alla tecnica della qualità; La responsabilizzazione delle prestazioni.

Il corso è stato strutturato in 40 ore di lezioni frontali e 40 ore di attività pratica per un totale di 80 ore formative e ripetuto per 4 edizioni.

In totale hanno partecipato 180 infermieri provenienti dalla Aziende Sanitarie pubbliche e private della provincia di Bari.

Family Centered Care

La Family Centered Care è una modalità assistenziale basata sul riconoscimento del ruolo centrale della famiglia nella vita del bambino ospedalizzato e nel piano assistenziale.

L'assistenza centrata sulla famiglia richiede che l'infermiere posseda ed usi conoscenze professionali e abilità per supportare la partecipazione del bambino e della famiglia nell'ambiente ospedaliero e nella comunità. L'obiettivo è mantenere e rinforzare i ruoli all'interno della famiglia e i legami tra di essa ed il bambino ricoverato, per promuovere la normalità del funzionamento familiare. Per dare forma al sistema proposto i contenuti del progetto formativo sono stati:

- Aumentare la partecipazione dell'utente all'assistenza e promuoverne l'autonomia (centralità del cittadino);
- Creare un nuovo modello organizzativo orientato/teso all'implementazione del



processo di umanizzazione in pediatria;

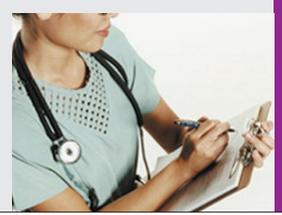
- Garantire il collegamento tra le pediatrie aziendali e l'accesso a una banca dati su buone prassi in sanità;
- Promuovere un costante approfondimento del contenuto della relazione infermiere/bambino/famiglia;
- Creare e condividere dei codici linguistici comuni;
- Favorire l'adozione di modelli concettuali dell'assistenza infermieristica;
- Creare l'individuazione di indicatori specifici dell'area pediatrica.

Il progetto pone il bambino/paziente e la sua famiglia al centro del processo assistenziale, alimentando e favorendo così il processo di comunicazione e collaborazione tra i professionisti e la famiglia stessa, la quale non viene più lasciata da sola ad affrontare la malattia e la sofferenza.

Il corso è stato strutturato in 30 ore di lezioni frontali, 14 di attività pratica in aula e 36 ore di attività pratica nelle UU.OO. afferenti per un totale di 80 ore formative e ripetuto per 4 edizioni. In totale hanno partecipato 190 infermieri provenienti dalla Aziende Sanitarie pubbliche e private della provincia di Bari

Analisi progettuale dei corsi

Al termine di ogni edizione dei corsi i discenti, per piccoli gruppi, hanno presentato dei progetti possibili di implementazione. Tutti VOI colleghi che avete aderito alla nostra offerta formativa, dai questionari di gradimento e tramite i vostri personali giudizi avete espresso chiaramente l'efficacia della articolazione dei corsi.



L'INFERMIERE ED IL PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO

Le competenze infermieristiche

Giuseppe
PIETROFORTE



Il dubbio di “qualcuno” è se l’Infermiere possa fare emogasanalisi ai pazienti ricoverati. Saltando subito alle conclusioni riterrei di rispondere affermativamente

quanto alla esecuzione del prelievo di sangue si osservano tutte le cautele. E’ più che ovvio che prescrizione e valutazione dell’esame esulino dalla competenza dell’infermiere. Riguardo al prelievo del campione di sangue ritengo che non vi siano dubbi quando lo stesso sia attinto dal lobo dell’orecchio, dal tallone o dal dito “emogasanalisi capillare”.

Relativamente alla emogasanalisi arteriosa l’attenzione va posta all’abrogata disciplina mansionariale che vietava all’infermiere l’esecuzione del prelievo arterioso. Ma allo stato attuale tale preclusione risulta decisamente rimossa.

Va ricordato che il corpo delle leggi di riforma delle professioni sanitarie individua anche nella formazione e nei codici deontologici la fonte delle competenze di ciascuna figura professionale.

Ciò facendo il legislatore, una volta delineato il profilo e rinunciando alla posizione di vincoli rigidi ed aprioristici, ha deciso di agganciare alla scienza, alla vita professionale ed al dibattito intra ed interprofessionale la

definizione delle singole competenze. Tanto premesso serve a sottolineare che l’esecuzione del prelievo arterioso risulta essere oggetto della formazione e del bagaglio culturale dell’infermiere.

D’altronde ciò accade da tempo e la detta pratica viene eseguita correntemente dai professionisti indicati, in aria critica, terapia intensiva, in pneumologia, etc... Trattasi pur tuttavia di una pratica delicata e si deve usare la prudenza dei caso. Ritengo fondamentale aggiungere la nota del Ministero della Salute (maggio 2006): Esprime parere favorevole, alla effettuazione del prelievo arterioso dall’arteria radiale per emogasanalisi da parte dell’infermiere sia in ospedale, sia in ambulatorio che nell’espletamento del servizio di assistenza domiciliare integrata semplice e complessa a condizione che:

- L’infermiere abbia acquisito la completa competenza;
- sia previsto sempre per le correlate implicazioni un protocollo operativo redatto, condiviso ed approvato.

Il codice deontologico dell’infermiere evince che l’infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto ... e declina la responsabilità quando ritenga di non potere agire con sicurezza”.

Quindi, è possibile che di volta in volta sarà un “problema” il decidere se il singolo infermiere, attese le conoscenze, l’esperienza e le capacità relative, possa eseguirlo in sicurezza.

In Italia il concetto di competenza infermieristica superiore è molto recente: la sua



nascita formale risale all'approvazione della legge di riforma universitaria (DM 509/99) che stabilisce la possibilità di attivare percorsi di formazione post base (master di I° livello, corsi di perfezionamento e laurea specialistica) anche in ambito infermieristico. Secondo Benner le abilità con l'esperienza e la padronanza subiscono una trasformazione che determina un miglioramento della performance.

I cinque stadi suggeriti dal predetto autore indicano tappe di competenza: Principiante, Principiante con esperienza minima, Competente, Abile, Esperto. Identificando in ciascuna area alcuni domini che prevedono aspetti quali: a) il ruolo di aiuto, b) la funzione di insegnamento-coaching, c) la funzio-

ne diagnostica e monitoraggio d) la gestione efficace di situazioni instabili, e) somministrazione e monitoraggio di interventi e trattamenti terapeutici, f) monitoraggio e qualità delle attività assistenziali, g) competenze organizzative e legate al ruolo.

Una riflessione pro-

vocatoria mi sia consentita. La puntura radiale è dolorosa l'American Journal of Critical Care raccomanda l'iniezione di 0,2-0,3 ml di lidocaina. Siringa e lidocaina costano circa 17 centesimi... " Certo l'argento ha le sue miniere e l'oro un luogo dove si raffina ... Ma la sapienza da dove si estrae? E il luogo dell'intelligenza dov'è? Non si scambia con l'oro migliore né per comprarla si pesa l'argento.." Giobbe 28.

**“Il codice deontologico dell’infermiere
evinces che l’infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto
... e declina la responsabilità quando ritenga
di non potere agire con sicurezza”**

**BIBLIOGRAFIA:**

- Codice Deontologico.
- Nota del Ministero della Salute Maggio 2006.
- American Journal of Critical Care, vol 15, num 6, November 2006.
- Hudson et al., Use of local anesthesia for arterial puncture.
- Risposta del Legale del Collegio IPASVI di R.E. Avv. Stefano Anceschi del 29/11/2005.
- Arterial blood gases: clinician information Johanna Briggs Institute, 23/04/2007.
- La competenza infermieristica superiore/ avanzata Assistenza Infermieristica e Ricerca volume 25 num 2 Aprile -Giugno 2006.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Vanessa A. MANGHISI

■ Lavori usuranti e pensionamento anticipato

L'undici maggio 2011 è stato pubblicato, nella Gazzetta Ufficiale n. 108, il Decreto legislativo n. 67 del 21/04/2011, "Accesso anticipato al pensionamento per gli addetti alle lavorazioni particolarmente faticose e pesanti, a norma dell'articolo 1 della legge 4 novembre 2010, n. 183".

La nuova disposizione prevede il beneficio dell'anticipazione fino a 3 anni del collocamento in pensione per chi svolge lavori particolarmente pesanti e pericolosi. Tra le attività riconosciute è riportato anche il lavoro notturno, a condizione che sia organizzato in turni (almeno sei ore comprensive della fascia tra la mezzanotte e le cinque del mattino) per almeno 64 notti l'anno. Questo, per i lavoratori in possesso dei requisiti a far luogo dal 1° gennaio 2009, ma il numero delle notti/anno diventa 78 per chi matura i requisiti pensionistici tra il 1° gennaio 2008 e il 30 giugno 2009. Viene considerato usurante anche il lavoro svolto in modo ordinario in periodo notturno, che deve essere di almeno tre ore.

■ Vademecum per le Malattie Professionali

E' stata pubblicata recentemente una guida dal titolo "Malattie Professionali: l'abilità sta nel difendersi", sugli indennizzi ed i risarcimenti del sistema assicurativo in Italia.

La guida spiega quali sono le patologie per le quali vige l'obbligo di denuncia in base al tipo di lavoro svolto, quali sono le modalità operative, quali gli indennizzi in caso di riconoscimento.

■ Il Servizio sanitario delude gli italiani

Il Servizio sanitario nazionale delude gli italiani: a esserne soddisfatto è solo il 35,8%. Le lamentele maggiori riguardano i tempi di attesa negli ospedali (79,4%), la scarsa qualità delle strutture ospedaliere (66,1%), il costo del ticket (60,3%) e l'assistenza ospedaliera (56%). Apprezzamento invece per la professionalità di medici e infermieri, che registrano rispettivamente un gradimento del 64,2% e del 60,2%.

Sono i dati che emergono dal rapporto Eurispes "Cultura della salute e testamento biologico", pubblicato sul sito della Fnomceo. Rispetto al 2010 il livello di insoddisfazione dei cittadini è

cresciuto, soprattutto al meridione dove si raggiunge il picco del 71,2% nelle isole e del 70,7% al Sud. Le cose vanno meglio, si fa per dire, al centro-nord, dove il malcontento raggiunge il 58,5% al Nord-Est, il 58,2% al Nord-Ovest e il 55,6% al Centro.

A peggiorare è il gradimento per l'assistenza ospedaliera, apprezzata dal 42% (+8,1% gli insoddisfatti), e i tempi di attesa, giudicati intollerabili da quasi l'80%. Per i due terzi dei cittadini intervistati (66,1%) la qualità delle strutture ospedaliere è insufficiente. Tuttavia, le competenze di medici e infermieri sono promosse.

■ La campagna europea sulla valutazione dei rischi

Lavorare in un ambiente sano e sicuro è un bene per i lavoratori e un bene per le aziende. E' da questa consapevolezza, che parte la campagna informativa europea "Ambienti di lavoro sani e sicuri". La valutazione del rischio è lo strumento fondamentale che consente a datori di lavoro e lavoratori di operare insieme al fine di eliminare o ridurre al minimo i pericoli che si celano sul posto di lavoro.

È essenziale infatti consultare e coinvolgere nella valutazione dei rischi tutte le persone presenti sul luogo di lavoro, per garantire che vengano rilevati tutti i pericoli, non solo in base a principi teorici di conoscenza, bensì anche attraverso la conoscenza effettiva delle condizioni di lavoro e delle situazioni che producono effetti avversi sui lavoratori.

Una valutazione dei rischi capace di coinvolgere i lavoratori è alla base di una cultura della prevenzione sostenibile.

(dalla Campagna informativa promossa dall'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro)

■ Prestigioso riconoscimento ad un infermiere

Il collega Cuccovillo Vincenzo, consigliere del Collegio IPASVI di Bari e componente del Comitato di Indirizzo della Cassa di Previdenza Infermieri (E.N.P.A.P.I.) ha conseguito la speciale onoreficenza OMRI (Ordine al Merito della Repubblica Italiana).

■ **UPDATE SULL'INFERMIERISTICA ITALIANA:**

Pugnochiuso (FG), 31 Maggio - 2 Giugno 2012
La sanità delle regioni, dalla formazione all'esercizio professionale

INFO: www.eventiecongressi.eu
e-mail: segreteria@eventiecongressi.eu
Tel 3497398399 – fax 0802209268

■ **ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI: DALL' ALLESTIMENTO ALLA GESTIONE INFERMIERISTICA**

Taranto, 23 Gennaio 2012
INFO: SRS Raffaella Santagata
Tel: 0997364475 fax: 0997364475

e-mail: srssnc@virgilio.it

■ **ASMA BRONCHIALE: GESTIONE DEL PAZIENTE ASMATICO SUL TERRITORIO IN ETA' ADULTA E PEDIATRICA**

Giovinazzo (BA), 21 Gennaio 2012

INFO: Meeting Planner
Tel: 0809905360 Cell: 3332818180
e-mail: info@meeting-plannet.it

■ **DIABETE E PRESSIONE ARTERIOSA: MANAGEMENT DEI PRINCIPALI PROBLEMI CORRELATI**

Trani (BAT), 27-28 Gennaio 2012

INFO: Meeting Planner
Tel: 0809905360 Cell: 3332818180
e-mail: info@meeting-plannet.it

■ **CUORE MATTO - Percorsi Diagnostici e Terapeutici da Evitare nella Gestione delle Artmie**

Bari, 13-14 Gennaio 2012

INFO: Intermeeting srl
Tel: 0805482005 cell: 3382995799
e-mail: segreteria@intermeeting.it

■ **SVUOTAMENTO VESCICALE E RISK MANAGEMENT**

Bari, 21 Gennaio 2012

INFO: AISTOM M. De Pasquale
Tel: 0805093389 cell: 3383079515
e-mail: mariadepasquale@libero.it

■ **INFIAMMAZIONI OCULARI DI ORIGINE INFETTIVA UVEITI E MALATTIE AUTOIMMUNI**

Lecce, 4 Febbraio 2012

INFO: Viganotti Ulrico
Tel: 0832521300 Cell: 3939774942
e-mail: motusanimi@hotmail.it

■ **IX CORSO DI NEFROLOGIA DELLA TERRA DEI TRULLI E DELLE GROTTE**

Alberobello (BA), 9-10 Febbraio 2012

INFO: Centro Italiano Congressi
Tel: 0805043737 Cell: 3316169055
e-mail: info@cicsud.it

■ **LA CARDIOLOGIA TERRITORIALE DEL III MILLENNIO: IL CONTINUM ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CARDIOPATICO**

Bari, 20-21 Gennaio 2012

INFO: Italiana Congressi S.R.L.
Tel: 0805610320 cell: 3392822937
e-mail: segreteria@italianacongressi.it

■ **IGI 2012 PAVIMENTO PELVICO: INCONTINENZA, PROLASSO ED EVENTO NASCITA**

Genova, 27-28 gennaio 2012

INFO: Noceti Massimo
Tel: 010255146 Cell: 3389965350
e-mail: symposia@symposiacongressi.com

■ **PROTOCOLLI, PROCEDURE E LINEE GUIDA**

Cassano (BA), 24-25 febbraio e 10 Marzo 2012

INFO: Riforma
45 Crediti ECM
Tel: 0809640712 Cell: 3282075455
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **LA VALUTAZIONE DELLA COMPETENZA E DELLA PERFORMANCE**

Bari, 16-17-30 Marzo 2012

INFO: Riforma
45 Crediti ECM
Tel: 0809640712 Cell: 3282075455
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **LA COMUNICAZIONE NELLA ORGANIZZAZIONE SANITARIA**

Bari, 17-18 Maggio 2012

INFO: Riforma
45 Crediti ECM
Tel: 0809640712 Cell: 3282075455
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **1° CONGRESSO INTERREGIONALE Basilicata-Calabria-Campania-Puglia AICO**

Pugnochiuso (FG), 24-25 Maggio 2012

INFO: Caputo Maria
Tel: 3388631411