

Filo diretto

Anno XXXIV / numero 5/6 settembre/dicembre 2016 / 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



L'INFERMIERE NELL'ANNO CHE VERRÀ

in evidenza

EDITORIALE

Infermieri & occupazione

PRIMO PIANO

Competenze infermieristiche

SICUREZZA E BENESSERE

Prevenzione e gestione del mobbing



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 XXXIV - N° 5/6 settembre/dicembre 2016
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 1/L - 70124 Bari - T. 080 9147070 - F. 080 54 27 413
redazionefilodiretto@libero.it - bari@ipasvi.legalmail.it

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 337 50 34 - www.editricelimmagine.it
Finito di stampare il 12 dicembre 2016

Direttore Responsabile

Saverio Andreola

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

Biagio Auciello, Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri, Maria Custode, Vincenza Anna Fusco, Elena Guglielmi, Antonio Leuci, Altomare Locantore, Savino Lombardi, Vanessa Manghisi, Giuseppe Mazzotta, Savino Petruzzelli, Loredana Piazzolla, Nicoletta Ricciardi, Ruggero Rizzi, Nicoletta Sgarra.

Comitato di esperti

Saverio Andreola, Pasquale Nicola Bianco, Maria Caputo, Leonardo Di Leo, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Giuseppe Notarnicola

Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Giovanni Carbone, Lucrezia Centrone, Elena Chiefa, Vincenzo D'Addabbo, Nadia Dahbaoui, Maria Teresa Daprile, Vincenzina Ferrante, Michele Fighera, Arianna Fornarelli, Antonella Fucilli, Fabiana Luvera, Vincenzo Inglese, Pasquale Lacasella, Rino Negro, Antonella Perrucci, Loredana Piazzolla, Rachele Simona Pierro, Emilio Stramaglia.

Foto/immagini di Raffaele Recchia

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico del Collegio IPASVI di Bari, utilizzato dai Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. 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 deve essere 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. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it. Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/9147070. Per l'invio tramite posta ordinaria, è necessario allegare alla versione cartacea il formato digitale su CD-Rom. Responsabilità: L'Autore è responsabile dei contenuti dell'articolo. Quando il contenuto dell'articolo esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente nel quale l'Autore lavora, o quando l'Autore parla a nome dell'Ente, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili dell'Ente. Le opinioni espresse dall'Autore così come eventuali errori non impegnano la responsabilità del periodico. L'Autore è tenuto a dichiarare: che l'articolo proposto per la pubblicazione è inedito e non è già stato pubblicato e/o proposto contemporaneamente ad altre riviste per la pubblicazione; l'autenticità ed originalità dell'articolo inviato; l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo proposto; eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo.

numero **5/6**

EDITORIALE

3 INFERMIERI&OCCUPAZIONE

Saverio Andreola

PRIMO PIANO

5 LA PRIMA STESURA DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO:

Salvatore Petrarolo

6 COMPETENZE INFERMIERISTICHE. ECCO IL FUTURO DELLA PROFESSIONE

Salvatore Petrarolo

PROFESSIONE IN AZIONE

8 I DISTURBI PSICHIATRICI NEI BAMBINI

Antonella Perrucci

10 COUNSELLING FOR NURSING

Antonella Fucilli, Rachele Simona Pierro

IN PUGLIA

11 INTERLUDIO

Rino Negro

13 DEMANSIONAMENTO: PRESENTATO OPUSCOLO DELL'IPASVI BAT

a cura del Consiglio direttivo

RICERCA INFERMIERISTICA

14 MIGLIORE QUALITÀ DIVITA RESIDUA IN HOSPICE

Vincenzina Ferrante, Vincenzo D'Addabbo

17 LESIONE DA PRESSIONE

Arianna Fornarelli

19 TECNICA BUTTON-HOLE

Giovanni Carbone

UNIVERSITÀ E INFERMIERISTICA

21 I PIANI DI STUDI: CONFRONTIAMOCI

Carmela Marseglia, Altomare Locantore

PROMOZIONE SALUTE

24 PREVENZIONE SALUTE NEGLI SPAZI PUBBLICI DEDICATI AI CITTADINI

Nadia Dahbaoui, Fabiana Luvera

IN FORMAZIONE

26 I CENTRI DI SENOLOGIA E IL "BREAST NURSE"

Loredana Piazzolla

SICUREZZA E BENESSERE

27 PREVENZIONE E GESTIONE DEL MOBBING

Maria Teresa Daprile, Emilio Stramaglia

30 SICUREZZA SUL LAVORO

Vincenzo Inglese, Elena Chiefa

32 MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI

Pasquale Lacasella

34 AGGRESSIONI SUL POSTO DI LAVORO

Lucrezia Centrone, Michele Fighera

INSERTO 5/6

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



INFERMIERI & OCCUPAZIONE

Nel nuovo piano sanitario pugliese

Saverio
ANDREULA



“Quanti infermieri servono nel nuovo piano di riordino della Sanità pugliese?”. Uno degli standard di riferimento preso in esame, è il rapporto infermieri/cittadini a livello Europeo. Ebbene in Europa il rap-

porto è di 9/1000 (dati OCSE del 2015) per quanto riguarda il comparto pubblico. In Puglia questo valore si assesta su 4,9. Ma è importante non limitarsi a dire che mancano, l'insufficienza non risolve la questione se prima non si ragiona sui modelli e sui mandati o quali servizi mette in difficoltà questa mancanza.

Considerando i quesiti posti, possiamo concretamente dire che tra gli obiettivi da raggiungere c'è quello di realizzare un modello meno “ospedalocentrico” capace di ridurre i tempi di attesa. Ma la riduzione del personale sanitario ed in particolare quello infermieristico produce un sostanziale ridimensionamento del welfare sanitario, una mancata evasione della domanda che si collega ad un'altro dato. Infatti, un'indagine condotta sul territorio nazionale ci conferma che “in un anno si sono rivolti a un infermiere, privatamente, circa 8.700.000 cittadini italiani (il 17,2% dei maggiorenni)”. In questi ultimi anni la normativa nazionale e regionale, in materia di organizzazione sanitaria, ha ridimensionato fortemente il ruolo che l'ospedale deve svolgere nell'ambito di numerosi processi assi-

stenziali, soprattutto per quanto concerne la diagnosi ed il trattamento delle patologie cronico - degenerative.

Tale consapevolezza ha determinato negli ultimi anni un cambiamento finalizzato a valorizzare le strutture sanitarie territoriali, in quanto più adatte a fornire risposte adeguate a soddisfare la domanda espressa dalle popolazioni.

Introdurre un sistema meno “ospedalocentrico” inevitabilmente comporta lo sviluppo di DRG di assistenza. Assicurare prestazioni in tempi adeguati e quindi ridurre l'attuale squilibrio tra domanda e offerta richiede un aumento della capacità del servizio sanitario che include anche un avvicendamento più rapido dei pazienti. Il quadro economico-finanziario generale richiede alle aziende sanitarie una crescente attenzione alla sicurezza, alla qualità e al tempo stesso ai costi di gestione.

In Puglia la Giunta regionale nel mese di luglio del 2016, ha autorizzato un ulteriore sblocco delle deroghe (ottenute grazie ai risparmi sulla spesa del personale dell'anno 2013) per le assunzioni in sanità per un importo complessivo di 51.403.714 mila euro.

Sulla base di queste somme le Aziende sanitarie e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale dovranno adottare un apposito piano assunzionale con l'obiettivo di fronteggiare le criticità che si sono verificate con l'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro (art.14 della L. 161/2014) e tenendo conto delle nuove esigenze assistenziali derivanti dall'applicazione del riordino della rete ospedaliera. Nella predisposizione del piano assunzionale, le Aziende hanno la possibilità di:

- modificare e/o riconvertire i profili professionali del personale;
- procedere alla modifica quali-quantitativa della dotazione organica con le procedure previste dalla deliberazione di G.R n. 3286/1998, da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 6, comma 4 del D.Lgs 165/2001 s.m.i. e in applicazione dell'art. 12 della l.r. 20/2002;
- avviare, nelle more dell'approvazione da parte della G.R. del piano assunzionale, le procedure per il reclutamento del personale, con esclusione dei Direttori di struttura complessa che restano soggetti ad approvazione, nei limiti economici previsti e dei risparmi derivanti dalle cessazioni intervenute negli anni 2014 e 2015.

Fino ad ora le Aziende (con le delibere regionali n. 581/2013, n. 183/2014 e n. 1824/2014) sono state autorizzate ad assumere personale per un importo complessivo di 156 milioni e 308.000 mila euro.

La disponibilità totale (rispetto al costo del personale del 2013) dei risparmi certificati conseguiti ammontava a 207 milioni e 711.746 mila euro. Pertanto le stesse Aziende Sanitarie sono autorizzate ad effettuare ulteriori assunzioni di personale per un importo di € 51.403.714. Con la finanziaria approvata il 28 dicembre del 2015, il Ministero della Salute ha chiesto a tutte le Regioni e le province autonome

(art.1, commi 541, lett. b., 542,543 della L. 28.12.2015) di predisporre un piano concernente il fabbisogno di personale contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'U.E. in materia di articolazione dell'orario di lavoro (non più di 48 ore settimanali e riposo di 11 ore tra un turno e l'altro). Questa la sintesi del fabbisogno del personale infermieristico, in attuazione del D. Lgs 161/2014, relativamente alle strutture ospedaliere regionali: sono in corsia 12.000 infermieri, ne servirebbero 13.563, ne dovranno arrivare 11.143 con il nuovo assetto ospedaliere.

Ancora i conti non tornano o meglio il fabbisogno di salute dei cittadini pugliesi si auspica subisca un "RIORDINO". Il nuovo piano sanitario della Puglia prevede un totale di 13.000 posti letto (Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 26 del 11-3-2016), distribuiti tra 74 stabilimenti pubblici e privati accreditati. Utilizzando questo dato e stimando una media complessità assistenziale si può ritenere "funzionale" il fabbisogno di infermieri a n.15.584. Il risultato porta a determinare un numero infermieristico in disavanzo di 4400 unità. Ritorniamo alla domanda "quanti infermieri servono".

Il problema, e quindi la soluzione, non riguarda semplicemente il garantire l'adeguamento numerico dei professionisti al momento in cui le organizzazioni sono state definite.

Ma, si tratta di assicurare che l'attuale e quotidiano livello di organico infermieristico sia sufficiente per soddisfare le esigenze dei pazienti di oggi e che il livello di organico necessario, così come individuato è mantenuto, anche (e forse soprattutto) in momenti di pressione finanziaria. Una progressiva riduzione del numero degli infermieri, nonché l'aumento dell'età media della popolazione lavorativa potrebbero

determinare problemi rilevanti sia in termini di "tenuta" che di qualità del sistema assistenziale, proprio in riferimento alla particolare e delicata tipologia delle funzio-

TIPOLOGIA	PERSONALE IN SERVIZIO	FABBISOGNO ATTUALE OSPEDALI	FABBISOGNO RIORDINO
Dirigente Medico	4.935	7.992	6.400
Dirigente Sanitario	319	509	319
INFERMIERE	12.000	13.562	11.143
Tecnici Sanitari	1.635	2.298	1.264
Fisioterapisti	230	332	237
O.S.S.	847	3.522	3.588
Ausiliari	1704	2086	3083
TOTALE	21.670	30.302	26.004

ni e prestazioni erogate. Il primo intervento è sulla forza lavoro impegnata soprattutto nelle strutture di ricovero, che ha urgente necessità di una integrazione degli organici per ripristinare livelli di organico più sicuri (come numeri, ma anche come età dei professionisti) per il paziente, rispettare i parametri U.E. in materia di orario di lavoro e scongiurare l'abuso sistematico delle forme di lavoro flessibile in sostituzione del personale necessario per l'attività ordinaria. Il secondo intervento riguarda l'assistenza territoriale dove la figura dell'infermiere è centrale per garantire continuità delle cure.



LA PRIMA STESURA DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Salvatore
PETRAROLO



Il primo passo è stato compiuto, il traguardo non è molto lontano: in occasione del congresso nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, in programma ad ottobre del 2018, il nuovo

codice deontologico sarà presentato nella sua forma definitiva.

Quella illustrata ai 103 presidenti dei Collegi provinciali, dalla presidente Barbara Mangiacavalli, è una prima stesura che dovrà compiere il suo cammino di consultazione attraverso una consultazione pubblica con i 440mila infermieri nei primi mesi del 2017, il confronto con associazioni e cittadini i cui suggerimenti, consegnati ai Collegi provinciali, saranno trasmessi alla Federazione per una rielaborazione del Codice deontologico da parte della apposita Commissione. La presentazione, non ancora definitiva, della bozza avverrà nel mese di ottobre del 2017; esattamente un anno dopo ci sarà la presentazione definitiva del nuovo Codice “che farà da guida alla professione nei prossimi anni” come si legge nel comunicato ufficiale della Federazione Ipasvi. Massima trasparenza e condivisione sono le principali caratteristiche del Codice e le norme contenute sono vincolati (è specificato nelle disposizioni finali): la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio pro-

fessionale con i seguenti gradi di giudizio: avvertimento, censura, sospensione sino a sei mesi sino alla radiazione.

Sono 40 gli articoli che compongono il testo del nuovo Codice deontologico e anche in questo caso c'è un denominatore comune: il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti (privacy compresa) e della sua famiglia. Già nei primi articoli si chiariscono principi e valori: “L’infermiere persegue l’ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni di realizzano e si sviluppano nell’ambito dell’assistenza, dell’organizzazione, dell’educazione e della ricerca (art. 2)”. Un chiaro riferimento alla comunicazione lo si trova al terzo capitolo del Codice: correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità sono gli obblighi che l’infermiere deve rispettare. Un capitolo importante (il quarto) è anche quello del fine vita: l’obbligo deontologico è quello di assistere la persona sino al termine della vita, tutelandone la volontà di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati della sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita. Il Codice – commenta ancora la Mangiacavalli – è una guida e una regola per garantire la dignità della nostra professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. E per questo abbiamo scelto anche la strada del confronto e della consultazione pubblica per tutti quelli che vorranno intervenire, suggerire, proporre idee e soluzioni per far crescere la nostra “professione”. Il primo passo è compiuto.

COMPETENZE INFERMIERISTICHE: ECCO IL FUTURO DELLA PROFESSIONE

Salvatore
PETRAROLO



“Il dibattito sulle competenze avanzate aveva lacerato il mondo sanitario e sindacale del nostro Paese. Per questo noi consideriamo l’atto di indirizzo risolutivo di questo proble-

ma; consentirà nella fase di contrattazione di riconoscere le cosiddette professionalità elevate o le implementazioni delle competenze che, in molti momenti della organizzazione della sanità, gli infermieri e i tecnici della riabilitazione garantiscono”. A parlare è il vice ministro alla Salute, Vito De Filippo, in occasione di un convegno, organizzato dal sindacato Fials a Bari, sul rinnovo contrattuale in sanità. Evento che si è svolto nello scorso mese di novembre, al termine del quale abbiamo intercettato il vice ministro De Filippo, sollecitandolo sul tema delle competenze avanzate.

Il sottosegretario alla Salute è l’interlocutore privilegiato, avendo seguito in prima persona i lavori del tavolo tecnico ministeriale. Spiega De Filippo: *“Proprio perché gli infermieri garantiscono queste professionalità nella organizzazione sanitaria, devono essere riconosciute anche in termini contrattuali”.* Il documento finale licenziato dal tavolo tecnico del Ministero, attende di completare i suoi passaggi anche nella conferenza Stato-Regioni, ma intanto dise-

gna il futuro possibile per la professione infermieristica. Nelle venti pagine del documento si fotografa il quadro di riferimento del profilo di salute con numeri interessanti per l’Italia per quanto riguarda l’aspettativa di vita (siamo il quarto Paese secondo l’Ocse), ma preoccupa il dato relativo all’offerta di assistenza a lungo termine e alle persone anziane: l’Italia è al di sotto della media europea e non è in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti e sempre più longevi. Se la cronicità è una delle problematiche più stringenti, nel documento ministeriale si evidenzia che *“la professione infermieristica è indicata come la professione in grado di perseguire positivi risultati nell’esercizio della funzione del care management e quindi nella gestione della continuità assistenziale e del lavoro in rete”.* Di rilievo, nel documento, è il punto 2 relativo alla contestualizzazione normativa della professione infermieristica: *“Aumentare il reclutamento degli infermieri stante il divario in negativo rispetto alla media OCSE (90X10.000) promuovendo altresì una loro distribuzione omogenea sull’intero territorio nazionale; definire formalmente uno sviluppo di carriera correlato agli effettuati percorsi formativi e riconoscimento delle competenze pregresse”.* Al punto 3 si delinea l’evoluzione della risposta assistenziale territoriale con riferimento alla sanità di iniziativa, all’infermieristica di famiglia/comunità, all’assistenza infermieristica domiciliare, all’assistenza infermieristica ambulatoriale e agli ospedali di comunità. Si



rende necessaria la definizione di nuove regole organizzative in una sanità che deve tenere conto della scarsità di risorse, si legge nel documento ministeriale. L'esperienza del "Chronical Care Model" ha evidenziato un aspetto eloquente: tutti i cittadini che soffrono di patologie croniche dovrebbero avere un piano di assistenza e cura personalizzato. Secondo il Chronic Care Model il periodo di ospedalizzazione deve essere breve e solo per il tempo necessario alla risoluzione dell'evento acuto affinché il paziente cronico, risolta l'urgenza, possa essere assistito a livello territoriale. In tale organizzazione è necessario che sia realmente pianificata e garantita la "continuità assistenziale" intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti in grado di raccordare i diversi ambienti assistenziali ossia: l'utilizzo della valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso all'infermieristica di comunità. L'assistenza infermieristica - che viene definita "di comunità" - diviene parte attiva e propositiva di programmi di intervento tesi alla costruzione di un sistema di cure e alla realizzazione di un sistema di benessere che vede il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti della società civile.

Altro passaggio importante, nel documento ministeriale, è quello relativo all'infermieristica di famiglia/comunità che "trova attuazione nei distretti, nei servizi territoriali, a domicilio e nelle scuole. Nell'ambito della rete dei servizi sanitari e socio sanitari l'infermieristica di comunità può essere declinata, con modalità integrate e di continuità, in tre principali ambiti: il domicilio (assistenza domiciliare), gli ambulatori (assistenza ambulatoriale), le degenze di prossimità (ospedali di comunità)". L'assistenza infermieristica domiciliare fa parte da tempo dell'assistenza programmata a domicilio. L'attivazione delle diverse tipologie assistenziali è conseguente ad una valutazione effettuata con modalità integrata dalle diverse professionalità sanitarie e sociali (almeno il mmg, l'infermiere di comunità, l'assistente sociale) e si concretizza nella predisposizione, attuazione/verifica del

Piano di Assistenza Individuale (PAI). L'assistenza infermieristica domiciliare è rivolta a persone in condizioni di temporanea o permanente impossibilità ad accedere ai presidi distrettuali, a persone che desiderano rimanere nel proprio domicilio pur necessitando di assistenza sanitaria e/o di strumenti vicarianti le funzioni vitali, a persone in terminalità di vita.

Ugualmente importanti sono gli ambulatori infermieristici che possono rappresentare un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristica di comunità. Attraverso gli infermieri di comunità operanti negli ambulatori infermieristici è possibile effettuare, in correlazione con i medici di medicina generale, il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti, il follow up e erogare variegate risposte sanitarie di prossimità. Una dimensione innovativa del setting infermieristico ambulatoriale è il triage telefonico per il monitoraggio a distanza. Un altro ambito in cui può esprimersi efficacemente l'infermieristica di famiglia/comunità attraverso il setting ambulatoriale, è quello scolastico. Le degenze territoriali di prossimità a gestione infermieristica (ospedali di comunità) sono uno degli ambiti in cui si esprime l'infermieristica di famiglia/comunità e rientrano negli obiettivi che il Ministero della salute ha identificato per l'utilizzo appropriato della rete ospedaliera e per il potenziamento delle cure primarie. Sono strutture a vocazione multifunzionale operative nelle 24 ore e destinate a trattare persone affette da patologie cronicodegenerative in fase non acuta, tendenzialmente stabilizzate, e con esigenze diversificate.

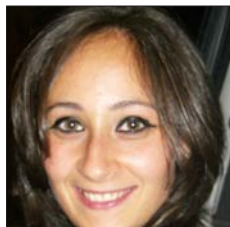
Il documento ministeriale, al punto 4 infine, dettaglia la figura dell'infermiere di famiglia/comunità le cui funzioni caratterizzanti vengono catalogate in cinque macro aree: assistenziale, della ricerca applicata, della consulenza, della prevenzione e manageriale. "Le funzioni svolte dall'infermiere di famiglia/comunità - si legge nel testo finale - sono una naturale evoluzione di funzioni professionali già svolte in ambito territoriale: l'innovazione si evidenzia nel metodo proattivo e nell'estensione dell'assistenza del singolo alla famiglia e alla comunità".



I DISTURBI PSICHIATRICI NEI BAMBINI

Sintomo o temperamento. Uso inappropriato dei psicofarmaci

Antonella
PERRUCCI



Si può definire temperamento la parte innata della personalità di un individuo. Complessivamente la personalità si forma dall'interazione di queste caratteristiche innate con l'ambien-

te; più un bambino cresce più l'influenza dell'ambiente aumenta fino a che la personalità non è completamente sviluppata. Nei bambini, in particolare in quelli più piccoli, i tratti temperamentali sono molto più importanti e la domanda che un terapeuta dovrebbe sempre porsi prima di fare una diagnosi è: "Che tipo di personalità ha questo bambino?"

Il temperamento può essere visto in un certo senso come lo stile comportamentale di un individuo. Il temperamento può anche essere definito come: l'insieme delle caratteristiche di una persona che cominciano a manifestarsi già nei primi mesi di vita e che determinano parte della sua personalità. Alcune caratteristiche del temperamento sono presenti alla nascita, infatti, chiunque può notare certe differenze tra i neonati: per esempio, c'è quello che piange sempre e quello che sta tranquillo; quello che segue con lo sguardo gli stimoli esterni e quello che distoglie continuamente lo sguardo dagli oggetti che lo circondano. In genere, il temperamento di un individuo è più fa-

cilmente individuabile a partire dal primo anno di vita; verso i sei anni, poi, l'influenza dell'ambiente si fa più determinante e i tratti del temperamento sono stemperati dalle forze esterne.

Tuttavia, una diagnosi non è mai così semplice. In Italia sono 400 mila i bambini e adolescenti che soffrono di un disturbo psichiatrico, 20 mila dei quali in cura con psicofarmaci, in particolare antidepressivi, ansiolitici o amfetamine, ma si tratterebbe solo della punta di un iceberg e il dato sarebbe, in realtà, sottostimato. Il numero, in forte crescita negli ultimi anni, preoccupa e scatena molte polemiche (soprattutto da parte del Comitato italiano "Giù le mani dai bambini") per i potenziali rischi in caso di abuso o uso inappropriato nei più giovani. Negli Stati Uniti a più di dieci milioni di bambini vengono somministrati quotidianamente anfetamine o psicofarmaci per tentare di risolverne disagi, che probabilmente potrebbero essere affrontati con metodi diversi.

Secondo dati recenti dell'Agenzia Italiana del Farmaco sull'efficacia e sicurezza degli antidepressivi nei minori, il consumo di antidepressivi appartenenti alla classe dei SSRI (tra i più usati) dalla loro introduzione è cresciuto gradualmente (in un anno del 13%), soppiantando quasi completamente i vecchi triciclici. Le troppe prescrizioni di psicofarmaci sarebbero dovute spesso a diagnosi non corrette da parte dei medici di base, ma probabilmente a volte anche degli specialisti, che ritengono che alla base del disturbo ci sia un fattore biologico curabile



solo con i farmaci. L'abuso di farmaci e psicofarmaci è sempre rischioso. In età pediatrica e durante l'adolescenza l'abuso di farmaci in generale e di psicofarmaci in particolare è sempre rischioso: le conseguenze vanno dai disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito), alle reazioni allergiche (orticaria), al tremore, alla sonnolenza, fino a effetti più gravi. Nei più piccoli è necessaria più attenzione perché esiste una grande differenza tra gli adulti e i bambini, "da non considerare semplicemente come uomini e donne in miniatura". Per loro è perciò fondamentale avere farmaci studiati ad hoc. Le cose, purtroppo, non vanno sempre così: solo il 30% dei farmaci usati in pediatria sono stati sperimentati anche nell'infanzia e le conoscenze disponibili per l'uso degli psicofarmaci sul dosaggio ideale e sui potenziali effetti collaterali in età evolutiva sono scarse e spesso adattate a quelle acquisite nell'adulto.

Se i rischi esistono non mancano però anche i vantaggi e secondo molti psichiatri, bisognerebbe eliminare i troppi pregiudizi dannosi su questi farmaci nell'infanzia anche se, in ogni caso, il primo intervento dovrebbe essere di tipo pedagogico ed educativo. In alcune situazioni gli psicofarmaci possono essere utili, se non addirittura indispensabili, ma vanno integrati con altre terapie, come la psicoterapia individuale e il supporto alla famiglia.

L'esperienza della sofferenza in un bambino depresso può infatti compromettere lo sviluppo della sua personalità e in certi casi gli antidepressivi possono rendere più efficace e meno lunga la psicoterapia. Si tratta comunque sempre di farmaci, che pur non dando dipendenza, non devono essere prescritti con troppa facilità, ma solo dallo psichiatra esperto in disagi infantili e dell'adolescenza. Recentemente è stato messo in evidenza come alcuni farmaci possano indurre ideazione suicidaria

e come tale effetto possa essere specifico per adolescenti e giovani adulti, ed estremamente più raro in età adulta. Le prime evidenze di tale effetto sono state messe in evidenza per i farmaci antidepressivi quali gli inibitori selettivi della serotonina (SSRI) e per l'atomoxetina. Successivamente sono stati osservati "segnali di rischio" anche per gli antipsicotici, per gli antiepilettici (FDA, 2008) e più recentemente per farmaci non neuropsichiatrici, quali gli agenti modificanti i leucotrieni come il Montelukast (Bridge et al., 2007, Brunlof et al., 2008, Mula et al., 2010, Holzer e Eap, 2006, Schumock et al., 2011). In realtà le evidenze attualmente disponibili mostrano come negli adulti sia il trattamento inadeguato della depressione (farmacoterapia e/o psicoterapia), piuttosto che l'uso dei farmaci, ad essere associato ad un aumentato rischio di comportamento suicidario.

Nei bambini e negli adolescenti invece i risultati sono meno chiari e ulteriori studi sono in corso per delineare meglio se i bambini beneficiano di un trattamento o se possono essere a rischio come conseguenza del trattamento. Essendo in ogni caso eventi rari (da 1/400 a 1/800 giovani pazienti trattati) ed essendo l'ideazione suicidaria relativamente frequente non solo nei pazienti depressi ma anche negli adolescenti normali, vi è un considerevole dibattito sulle modalità di comunicazione del rischio (Gibbon et al., 2011). Appare quindi importante una valutazione sufficientemente accurata della psicopatologia e della ideazione suicidaria degli adolescenti prima e durante la terapia con qualsiasi farmaco che attraversi la barriera ematoencefalica. L'augurio è la maggiore condivisione delle conoscenze scientifiche e cliniche tra pediatri e neuropsichiatri infantili, finalizzate alla prevenzione e, quando necessario, alla terapia della psicopatologia in questa cruciale età della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Brent D, Melhem N, Ferrell R, et al. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry* 2010;167:190-7.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a metaanalysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007;297:1683-96.



COUNSELLING FOR NURSING

Un processo di dialogo e di interazione duale

Antonella
FUCILLI



Rachele Simona
PIERRO



Il malessere psicologico è un elemento caratterizzante della nostra società, infatti il 15% della popolazione mondiale presenta sofferenza psichica con un incremento del 10% annuo, la sola depressione colpisce 340 milioni di persone nel mondo. L'O.M.S. ha suggerito il counselling quale modalità di approccio

sia in ordine alla prevenzione che alla cura definendolo come “un processo di dialogo e di interazione duale attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a prendere delle decisioni e ad agire di conseguenza”, oltre a fornire una accurata e attenta informazione ed un sostegno psicologico adeguato. Il counselling comincia a diffondersi all'inizio degli anni '90 con l'avvio della campagna informativa sull'Aids e la sua pratica in ambito socio-sanitario si è affermata con la legge n. 135/1990 che ha sancito l'importanza dei colloqui di counselling prima e dopo il test per l'Hiv e ha avviato la formazione degli operatori coinvolti. Lo sviluppo di abilità di counselling nell'infermieristica rappresenta una sfida di innovazione per il nursing. Il colloquio counselling e le counselling skills rappresentano quel bagaglio di abilità e di

atteggiamenti che a pieno titolo devono essere sviluppati dagli infermieri. Al counselling si tende ad attribuire obiettivi specifici, a seconda del problema, della malattia o del disagio per cui si applica, ed è prevalentemente di breve durata. Se a lungo termine, il counselling si identifica con il trattamento psicoterapeutico, qualsiasi sia l'approccio con il quale viene effettuato, ed è di competenza dello specialista di area psicologica o psichiatrica. Il counselling è un'arte che si propone di far affiorare le potenzialità individuali e di affrontare meglio i momenti di crisi, attraverso le tecniche di counselling è più facile instaurare un rapporto empatico, di sintonia piena, di conoscenza e comprensione di ansie, paure, pregiudizi, resistenze, isolamento del paziente: il risultato finale è misurabile attraverso il grado in cui si riesce a rendere una persona capace di azioni razionali e positive, a renderla più soddisfatta, più in pace con se stesso, più capace di condurre una vita serena e socialmente integrata. Questo tipo di sintonia operatore-paziente è fondamentale nel miglioramento della compliance e dell'aderenza terapeutica, presupposti fondamentali per il raggiungimento di concreti risultati clinici. Non è facile educare il paziente a convivere con una malattia cronica. Il counselling, nell'infermieristica, può essere utilizzato in ogni contesto operativo, nelle sue diverse forme e modalità di espressione: dall'utilizzo del silenzio all'offrire una vicinanza empatica, dalla relazione a legame debole a setting strutturati all'interno di una prestazione, dalla comprensione dei vissuti di malattia di paziente e familiari all'utilizzo di strategie relazionali per l'educazione della persona.



INTERLUDIO

Rino
NEGROGNO



Il mio nome è Rino Negrognò, vivo a Trani e lavoro, nella mia città, come infermiere nel servizio 118 da tredici anni.

I miei passatempi preferiti sono la lettura e la scrittura. Scrivo

poesie e racconti da quando avevo dieci anni e alcuni di questi sono stati raccolti in antologie o pubblicati da giornali locali. Quest'anno ho scritto e pubblicato il mio primo romanzo "Interludio" che ha conseguito un discreto successo, in due mesi è stato uno dei libri più venduti.

Ho ambientato il romanzo nella mia città per ragioni affettive, mi sono divertito a descrivere alcuni luoghi caratteristici, ad annusare gli effluvi di alcune vie, che chiamo: "traverse di corso utilizzate per rivedere le processioni dall'inizio", ma il vero protagonista del romanzo è il tempo che trascorre inesorabile. Racconto la storia di un turista che, all'uscita della stazione, chiede a un passante di indicargli la strada che conduce al centro storico di Trani, ma egli si offre di accompagnarlo e, durante il tragitto, si avvale dell'inconsueta attenzione per rivelargli le sue angosce.

In realtà, il personaggio del libro, resosi subito conto dell'eccezionale disponibilità all'ascolto del viandante, qualità piuttosto rara al giorno d'oggi, lo vede come una pre-

da da non lasciarsi sfuggire e, infatti, inizia un soliloquio che si trasforma in una cascata interminabile di parole.

Il personaggio oratore, lavora come me nel servizio emergenza 118 e, a causa del suo lavoro, è costretto a imbattersi spesso in situazioni dolorose, di malattia, di sofferenza e di morte, ma non solo, spesso anche di solitudine, ad esempio nella solitudine dei vecchi abbandonati a loro stessi.

È una persona empatica a tal punto che spesso si domanda come possa essere in grado di svolgere questo tipo di lavoro quasi sempre a contatto con la sofferenza.

È solitamente taciturno, per cui assorbe dentro di sé il dolore che costantemente incontra. Nel frattempo però si rende conto o più che altro, comincia a pensare, che tutte quelle situazioni che incontra, potrebbero, presto, riguardarlo personalmente.

Ha la sensazione di essere anche lui prossimo alla vecchiaia se non a una grave malattia.

Cerca quindi di riflettere su quella condizione, che fino a quel momento ha considerato estranea, guardandola sempre e soltanto come una faccenda che riguardasse solo i suoi pazienti. Si pone, a un certo punto, un interrogativo, riflette su ciò che si prova nel trovarsi dall'altra parte, dalla loro parte. Spesso, quando ci relazioniamo a un malato, al suo capezzale, a un vecchio, non consideriamo che si tratta di persone che non desidererebbero essere malati, vecchi, soli e, come dico nel mio libro: "la loro mente è spesso sana, pulsa degli stessi nostri desideri, i polmoni bramano l'aria luccicante



I malati, quindi, soprattutto quelli più gravi, quelli terminali, ci osservano da una posizione privilegiata, dall'alto, da un distacco che deriva dall'essersi, loro malgrado, liberati dal dover realizzare nuovi, futili obiettivi. È scorretto relazionarsi alla malattia o alla vecchiaia di una persona piuttosto che alla persona che abbia contratto quel male o quella condizione di vecchiaia.

Da questo libro traspare sicuramente un monito che rivolgo soprattutto agli operatori sanitari, a me stesso e a quelli che fanno il mio lavoro. Spesso dimentichiamo che, mentre lavoriamo a contatto con i vecchi e gli ammalati, disponiamo terapie, infiliamo l'ago in vena, sostituiamo il pannolone maieodorante al vecchio che ha perduto la sua autonomia, lo stiamo facendo, non al malato o al vecchio ma ai suoi desideri che, finché pulsa il cuore, non smettono di pulsare.

Ritengo sia questo il messaggio più importante che desidero far passare con il mio romanzo.

dell'aurora, si ciberebbero dei baci delle badanti anziché dei loro medicinali". Seneca, a tal proposito dice che: "la vecchiaia indica un'età stanca, ma non priva di forze". Li releghiamo alla loro condizione, come fossero esseri inanimati, condannati all'ineluttabilità della loro sorte senza considerare che hanno gli stessi nostri desideri, i nostri stessi pensieri.

Per Italo Svevo il distacco dalla vita è pagato con un senso d'impotenza, quindi d'inetitudine e di malattia, cui è contrapposto il mito della volgare salute borghese. Essere malato, come nel caso di Zeno, permette di assumere una prospettiva privilegiata dove l'ironia si unisce alla capacità di riflessione. La riflessione più bella la fa Nietzsche, dove il malato, in maniera tranquilla e terribile, può cogliere in pieno la bellezza del mondo, perché ormai vive di attimi concessi e ogni attimo è autonomo, il tempo non scorre più per lui, è finito.



*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*



DEMANSIONAMENTO: PRESENTATO OPUSCOLO DELL'IPASVI BAT



a cura del
CONSIGLIO DIRETTIVO

Infermieri professionisti della salute? Sulla carta dovrebbe essere così, nella pratica sono an-

cora tanti, troppi, quelli costretti a svolgere compiti che non gli competono. I diretti interessati lo chiamano demansionamento e c'è chi ha provato a fotografarlo intervistando i loro colleghi.

L'Ipasvi della provincia Bat ne ha fatto uno dei suoi punti fondanti in questo triennio di mandato, affidando ad una commissione specifica il compito di monitorare i fenomeni di demansionamento nelle strutture sanitarie del territorio.

Il risultato, raccolto in un opuscolo, è stato presentato nel corso di un incontro a Barletta lo scorso 19 novembre e non lascia spazio a molte interpretazioni: a fronte di 1394 infermieri assunti a tempo indeterminato e duecento a tempo determinato (dati forniti dalla Asl Bat), ci sono appena 96 operatori socio assistenziali. "Il rapporto è di un operatore socio assistenziale per 17 infermieri" sintetizza Michele Ragnatela, presidente dell'Ipasvi Bat. Uno squilibrio che produce il fenomeno del demansionamento, contro il quale, però, non tutti gli infermieri si ribellano. L'indagine condotta nella Bat ha coinvolto poco più di 900 intervistati, ma

solo 531 hanno restituito il questionario. L'indagine e il relativo opuscolo, è nata su sollecitazione dei colleghi infermieri.

"Ci sono ordini di servizio, nelle strutture sanitarie della Bat, che certificano il demansionamento" ha spiegato Carlo Di Bari, coordinatore del progetto del quale hanno fatto parte anche tanti altri colleghi. "L'infermiere è stato da sempre demansionato. Nei corsi universitari i ragazzi vengono preparati a fare gli ausiliari. Si dovrebbero cacciare - attacca Di Fresco - gli insegnanti che, in università, preparano gli infermieri a fare i portantini". Questione non solo didattica, ma soprattutto culturale: "La professione infermieristica - spiega il rettore dell'Università di Bari, Antonio Felice Uricchio - deve essere affrancata da mansioni che non sono coerenti con i profili formativi".

E proprio il rapporto con l'Università è l'altro nervo scoperto della professione: da più parti si chiede che i percorsi formativi vengano affidati agli infermieri. "Quando potremo vedere infermieri associati in università o nei consigli di facoltà?" si chiede Giuseppe Papagni. "Ci sono le condizioni - ammette Uricchio -

Il confronto con la scuola di medicina, nell'università di Bari, è avviato". Se questa è la prospettiva, resta il presente con il quale bisogna fare i conti: la carenza di personale ausiliario crea il fenomeno di demansionamento infermieristico. "E' un problema reale, ma soluzioni non ne ho" ammette il direttore sanitario della Asl Bat, Vito Campanile. "Il nostro obiettivo, però, è quello di garantire l'attività assistenziale".

MIGLIORE QUALITÀ DI VITA RESIDUA IN HOSPICE

Si può raggiungere l'eccellenza

Vincenzina
FERRANTE



Vincenzo
D'ADDABBO



Con il lavoro di tesi ho voluto dimostrare quanto gli Hospice siano strutture indispensabili per coloro che sono affetti da malattia inguaribile. L'obiettivo massimo che gli Hospice e le cure palliative si prefiggono è quello di garantire, prima, una migliore qualità di vita residua dell'assistito, e poi, accompa-

gnarlo ad una morte dignitosa. L'inguaribilità caratterizza la malattia del soggetto ricoverato in questa struttura, ma la curabilità della persona, intesa come il prendersi cura, è il fondamento su cui si basano le cure palliative attuate fino all'ultimo istante di vita. La nuova concezione all'interno degli Hospice non è più il TO CURE, curare, ma diventa il TO CARE, aver cura, per cui si realizza una forma di collaborazione fra équipe assistenziale e paziente. Dame Cecily Saunders è stata da sempre considerata leader carismatica del "movimento Hospice"; fondò a Londra il primo Hospice moderno: il St. Christopher's Hospice, fortemente decisivo per lo sviluppo scien-

tifico delle cure palliative. Relativamente all'organizzazione strutturale, gli Hospice sono luoghi di media grandezza, organizzati possibilmente su uno al massimo due piani, curati nei minimi dettagli, in modo tale che l'assistito non percepisca il peso di un ricovero; il fine ultimo è quello di richiamare l'ambiente familiare, quello stesso comfort e quella stessa atmosfera che il degente troverebbe al proprio domicilio. L'arredamento di ciascuna camera singola è composto da un letto per il malato e da un divano letto in modo da poter offrire il pernottamento almeno ad uno dei familiari. Ogni stanza è dotata di un bagno personale munito di doccia; all'interno degli Hospice, vi sono altri ampi spazi, come: salotti, soggiorni, biblioteca, giardino esterno, cucina, cappella; tutto ciò di cui l'assistito potrebbe aver bisogno nel corso della sua degenza. Importante è l'esistenza di criteri di eleggibilità per l'accesso alla struttura, fra cui:

- Malattia cronica evolutiva in fase avanzata;
 - Esaurimento di terapie specifiche, volte ad un prolungamento significativo della vita;
 - Prognosi di vita uguale o inferiore ai tre mesi;
 - Necessità di cure palliative.
- Le finalità, invece, riguardano:
- Definizione di un programma di cure palliative;
 - Valida alternativa alla casa, se non idonea;
 - Supporto al lutto dei familiari;
 - Accompagnamento globale alla morte;
 - Formazione équipe multi-professionale.

Nella G.U. n. 65 è pubblicata la Legge n. 38 del 2010 concernente: "Disposizioni per



garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", legge fortemente innovativa, che ancor'oggi, è applicata a macchia di leopardo in tutto il territorio nazionale. L'aggettivo palliativo, deriva dal latino pallium, mantello, e sta a simboleggiare la tradizione di fornire cure a tutti i bisognosi, anche ai malati inguaribili, perché l'inguaribilità della malattia non deve essere sinonimo di incurabilità della persona. Negli anni, innumerevoli sono stati i cambiamenti attuati nell'ambito delle cure palliative italiane; dal punto di vista organizzativo, si è assistito ad un incremento esponenziale degli hospice nel nostro paese. Secondo dati raccolti dalla Federazione Cure Palliative, in tutta la penisola italiana si annoverano oltre 230 strutture, fra hospice e centri di cure palliative; e nel solo territorio pugliese, sono stati conteggiati dalla FCP un numero totale di Hospice pari a nove. Le cure palliative, sono un approccio multidisciplinare al malato, alla famiglia con l'obiettivo di garantire un'esistenza finale della vita del malato dignitosa, con il raggiungimento della migliore qualità di vita, inteso come benessere fisico, funzionale, psicologico e sociale. Si possono distinguere tre fattori che influiscono sulla percezione della qualità: validità tecnica delle cure prestate; tempo di intervento; relazione empatica fra équipe assistenziale ed assistito. Per consentire il raggiungimento di una migliore qualità di vita, l'intero team multi-professionale, ed in particolare l'infermiere palliativista deve possedere determinate competenze, competenze etiche, cliniche, comunicativo-relazionali, psicosociali e competenze di lavoro in équipe. Un soggetto diventa "terminale" quando, a causa di un'alterazione irreversibile del funzionamento degli organi del suo corpo, inizia a veder venir meno quel meccanismo che consente la sua stessa sopravvivenza. Questo processo ha come esito la morte; pertanto, quando le cure non sperano più di ottenere la guarigione, quel paziente è definito "terminale". Stabilire quando il malato diventa "terminale" è difficile. La terminalità non dipende né dall'età del soggetto, né dal tipo di malattia, e neanche l'inguaribilità di essa è condizione sufficiente a definirne la terminalità. La condizione di terminalità, è una condizione in parte fisica ed in parte psicologica, e si

realizza quando la malattia, inguaribile, è in fase rapidamente evolutiva, a tal punto da indurre nel paziente uno stato fisico di completa ed avanzata cachessia; mentre, nella mente dell'équipe, della famiglia e, nella mente del malato stesso, un'attesa di morte in breve tempo. Il paziente che non è più guaribile è un paziente che deve essere assistito nel percorso di cura in tutte le sue fasi ed in tutti i suoi aspetti, da un'équipe, costituita da persone preparate e motivate, fra cui: medici palliativisti, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, spirituali, volontari. Uno dei principali sintomi che accomuna i malati terminali è il dolore, inteso come sofferenza olistica, capace di logorare le diverse dimensioni dell'essere umano: fisica, psicologica, spirituale e sociale, e, per il trattamento del dolore totale si ricorre alla "terapia del dolore", un insieme di interventi farmacologici e non (metodi psicologici e fisici). La IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno". La Joint Commission riconosce il dolore come "quinto segno vitale"; pertanto è necessaria una corretta valutazione e gestione di tale sintomo doloroso. Per la misurazione dell'intensità del dolore, esistono diverse modalità standardizzate alcune unidimensionali, altre multidimensionali. Le più utilizzate sono le scale unidimensionali, e fra le più comuni vi sono:

- 1) Scala analogica visiva (Visual Analogical Scale);
- 2) Scala numerica (Numerical Rating Scale);
- 3) Scala verbale (Verbal Rating Scale);
- 4) Scala di valutazione del dolore per bambini (Wong-Baker FACES): è una scala utilizzata per bambini tra i 3 e gli 8 anni di età

Le scale o i questionari multidimensionali, invece, sono utili al fine di una valutazione complessiva oggettiva e soggettiva. Per la loro complessità, e per il più tempo da dedicare al paziente, il loro utilizzo è limitato nella pratica clinica. Il McGill Pain Questionnaire (MPQ) è lo strumento di valutazione verbale di dolore più noto e complesso; permette di valutare il dolore come un'esperienza tridimensionale: sensoriale, emotivo-affettiva, valutativa. Lo scopo di



questo lavoro è stato di indagare la Qualità di Vita dei pazienti ricoverati all'interno dell'hospice "Mons. Aurelioarena" di Bitonto, attraverso la somministrazione di un questionario già validato scientificamente: il Palliative Care Outcome Scale. Il POS, dotato di duplice versione, è somministrato sia alle persone assistite, sia agli infermieri; mette a confronto la percezione della qualità della vita delle due parti, consentendo così anche la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica offerta. Scopo di questa indagine è stato inoltre valutare l'utilità ed i vantaggi che l'adozione del POS potrebbe arrecare in una realtà lavorativa come l'Hospice, consentendo in tal modo il raggiungimento dell'eccellenza. Il POS, è risultato di facile comprensione per il paziente, e nonostante il ridotto numero di domande (12, di cui 11 chiuse ed una a risposta aperta) ha indagato i vari aspetti influenzanti la QdV del paziente: aspetti fisici (domande 1 e 2); aspetti psicologici, spirituali, relazionali (nelle domande dalla 3 alla 8); aspetti psicosociali e di tipo pratico (domande 9 e 10). A seguire sia all'infermiere che al paziente (nella domanda 11, aperta), è stato chiesto quale fosse il problema, di qualsiasi tipo, che più turbasse l'assistito nel corso della sua degenza. L'unica differenza fra i due questionari (domanda 12) è che all'infermiere è stato chiesto di specificare il livello di performance status del paziente con l'utilizzo della scala ECOG, (Eastern Cooperative Oncology Group), valutando così, attraverso cinque item il livello funzionale dell'assistito; mentre, al paziente, è stato chiesto di specificare la modalità di compilazione del questionario. Il campione dello studio è costituito da 40 pazienti ed 8 infermieri. Il campionamento è stato iniziato il 24/03/2016 ed è terminato il 27/07/2016. Principale criterio di inclusione è stato: tutti i pazienti ricoverati in hospice da almeno tre giorni, senza distinzione di età, sesso e tipologia di malattia terminale. Il POS ha un punteggio finale che varia da 0 a 42, dove 0 rappresenta la migliore qualità di vita della persona assistita. È importante precisare che la somministrazione del questionario è avvenuta personalmente: leggendo le varie domande e risposte al paziente, e quasi in contemporanea alla compilazione, in piena autonomia, dello stesso da parte dell'infer-

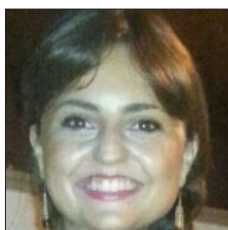
miera di turno avente maggiore conoscenza dell'assistito. Il quesito n. 1, indagante le problematiche fisiche, riguarda il dolore avvertito dagli assistiti e la relativa percezione del personale infermieristico. La domanda 7, indaga, gli aspetti psicologici, spirituali e relazionali, con particolare riferimento allo stato di depressione che può affliggere l'assistito. In questo caso rispetto al dato omogeneo, si evidenzia la distinzione in quel 13% dei casi in cui i pazienti hanno dichiarato di sentirsi depressi sempre; di contro nessun infermiere ha riscontrato, nei loro assistiti, una forma di depressione costante nel tempo. Pertanto si evince, che maggiore dovrà essere la comprensione di questo sentimento negativo da parte dell'équipe curante. Nella domanda 10, indagante aspetti psicosociali e tipo pratico, è stato chiesto agli assistiti la presenza di un eventuale problema personale, finanziario o derivante dalla malattia che li impedisce di essere tranquilli. Nel 95% dei casi essi hanno dichiarato di aver risolto o di essere in procinto di risolvere tali problematiche. La relativa percezione degli infermieri è stata la medesima o discostante di un solo punto. Questo dimostra come all'interno della struttura attraverso un'interazione continua ed attiva con il curante, egli venga assistito sul piano fisico ma anche psicologico. Dai risultati finali del POS è possibile evincere che sia per i pazienti che per gli infermieri non c'è stato un superamento della quarta fascia e precisamente dei 19 punti. In conclusione, dall'analisi condotta, emerge che la QdV degli assistiti all'interno dell'Hospice "Mons. Aurelioarena" è risultata mediamente alta, così come elevata la percezione mostrata dal personale infermieristico verso essa. Gli aspetti maggiormente gravanti sulla QdV sono risultati più che quelli fisici, quelli psicologici, relazionali e sociali; pertanto, sarà necessaria una più accurata comprensione di questi aspetti per il raggiungimento di una migliore QdV. Proposta futura potrebbe consistere nell'adozione del POS all'interno di strutture che assistono pazienti terminali, potendone ricavare in tal modo diversi vantaggi, fra l'altro a costo zero, fra cui: miglioramento della qualità di assistenza offerta; miglioramento della QdV, vicina alla richiesta ed ai bisogni degli assistiti.



LESIONE DA PRESSIONE

Con pazienza e collaborazione si possono curare

Arianna
FORNARELLI



Questo articolo è nato da una esperienza di vita, una esperienza che ha messo a confronto teoria e pratica: una lotta tra legame affettivo e la

corrispettiva paura di sbagliare e dall'altro lato la fiducia in ciò che si era imparato. L'articolo nasce perché a volte ciò che sembra impossibile curare in realtà, poi, può guarire. Nel mio caso ci sono voluti 8 mesi. Sto parlando del trattamento di una lesione da pressione di una signora già operata per un femore fratturato 2 anni prima ma che cadendo per la seconda volta rompendosi l'altro femore era stata costretta ad un nuovo allettamento prolungato nel post operatorio: mia nonna. L'ulcera da pressione è un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione, o da una combinazione di questi fattori, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee e la cui gravità è classificata in stadi.

Grado I: iperemia della cute intatta che non scompare alla digitopressione; rappresenta il segnale che preannuncia l'ulcerazione cutanea.

Grado II: ferita a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi; la lesione è superficiale e si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescica o

leggera cavità.

Grado III: ferita a tutto spessore che comporta il danneggiamento o la necrosi del tessuto sottocutaneo ed è in grado di estendersi in profondità fino alla fascia sottostante, senza però oltrepassarla; la lesione si presenta clinicamente sotto forma di profonda cavità associata o meno a tessuto adiacente sottominato. La profondità varia a seconda della posizione anatomica.

Grado IV: perdita di tessuto a tutto spessore, spesso con sottominatura e tunnelizzazione. Le ulcere da pressione in questo stadio possono estendersi a muscoli e/o strutture di supporto rendendo probabile l'osteomielite o l'osteite. A volte, osso, tendine o muscolo sono visibili o direttamente palpabili. Spesso, l'effettiva profondità dell'ulcera è completamente nascosta da slough (di colore giallo, beige, grigiastro, verde o marrone) e/o da un'escara (di colore beige, marrone o nero) presenti sul letto della lesione. Fino a quando lo slough o l'escara non vengono rimossi, in modo tale da esporre la base dell'ulcera, non è possibile determinare la reale profondità della lesione, che sarà da considerare di stadio IV. La profondità di un'ulcera di grado IV varia in funzione della regione anatomica. Un'escara stabile localizzata sui talloni non deve essere rimossa, in quanto ha la funzione naturale di copertura, ma va mummificata per disidratazione. Molte volte può succedere che nonostante il materasso antidecubito, nonostante il tentare di posizionare un cuscino al di sotto dei talloni per evitare che la pressione dell'arto sia prolunga-



temutissimo flittene sul tallone della gamba immobilizzata in seguito all'intervento. L'area abbracciava quasi tutto il tallone come prima scelta decisi di comprare qualcosa che potesse far asciugare la zona senza voler rompere il flittene per non rischiare infezioni che avrebbero peggiorato la situazione. Successivamente il piastrone necrotico si intravedeva sotto quel sottile strato di pelle, consultandomi con dei colleghi esperti nel settore ed un chirurgo plastico, che ancora oggi ringrazio, decidemmo sul come procedere: fotografare la lesione per poter comprendere in che direzione si stesse andando, armarsi di coraggio e intervenire. Riporto qui i consigli che mi furono dati perché la condivisione possa forse aiutare altri pazienti: eseguire un debridement meccanico con lame da bisturi stando sempre attenta ad un sanguinamento eccessivo, in quanto mia nonna stava continuando la terapia con anticoagulanti. Ogni medicazione iniziava con un lavaggio con fisiologica cercando di mantenere un campo sterile, per quel che si potesse fare su un letto di una casa, seguiva un debridement autolitico utilizzando l'idrogel: un colloide formato da catene polimeriche disperse nell'acqua, che in pratica scioglievano il tessuto necrotico aiutando il debridement meccanico della medicazione successiva. Obiettivo era eliminare il piastrone facendo sanguinare leggermente la ferita per consentire ai tessuti di rigenerarsi. Ogni giorno eseguivo questa medicazione fino a quando avendo eliminato totalmente il tessuto necrotico passai alla fase successiva medicando a giorni alterni ed eliminando la fibrina e quello che avevo poi scoperto essere tessuto necrotico "giallo". Il tessuto necrotico era stato del tutto

eliminato ed era rimasto il famoso cratere e quindi ora il dilemma era come far in modo che il tessuto si rigenerasse per riempire la cavità creatasi. Sempre nel confronto con amici e colleghi, mi fu suggerito di provare a lavare la ferita oltre che con fisiologica successivamente con acqua e amuchina diluita, poi rilavare con fisiologia, asciugare sempre sterilmente, pulendo soltanto i bordi con un filo di iodopovidone, cessare il trattamento con l'idrogel e comprare una medicazione avanzata che ad oggi potrei definire oltre che costosa (unico lato negativo) anche miracolosa: l'aquacel una medicazione in Tecnologia Hydrofiber con fibra rinforzante, composta da carbossimetilcellulosa sodica pura in fibre gelificanti e rinforzanti, arricchita con ioni d'argento. In questo caso la procedura della medicazione e dell'idratazione restava la stessa con l'unica differenza che

al posto dell'idrogel avrei messo un pezzettino di questa medicazione avanzata, facendo ben attenzione a lasciare un picco-



lo bordo per poterla rimuovere i giorni successivi (in questo caso la medicazione poteva eseguirsi anche ogni 4-5 giorni, oppure prima, solo nel caso in cui la medicazione fosse stata sporca, questo per dar modo alla ferita di guarire e di non restare ne troppo asciutta ne troppo umida. Morale della favola pian piano il pezzettino di aquacel da posizionare divenne sempre più piccolo, fino al giorno in cui un bel tessuto nuovo rosa fece capolino: erano passati 8 mesi ma ce l'avevamo fatta. Vero è che in contemporanea alla medicazione ponevamo tutti molta attenzione affinché mia nonna non tenesse il tallone pressato sul materasso nei primi 5 mesi che ci vollero per rimetterla in piedi poi d'ausilio fu anche la fisioterapia e la possibilità di farle cambiare decubito. Al lego il reportage fotografico dell'evoluzione della sua lesione da pressione, sperando possa essere utile ad un collega in futuro.

BIBLIOGRAFIA

- AISLEC Profilassi delle lesioni da decubito e cambio posturale. Ricerca multicentrica. NEU 1995; 1: 12-15.
- SNLG Regione Toscana Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento linee guida 2005-2012-2016

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*

INCOSTITUZIONALITÀ DELLA NORMA CHE CONSENTE CONCORSI RISERVATI: I LIMITI ALLA RETROATTIVITÀ

Tantissimi quesiti sulle procedure concorsuali e sulla nozione e legittimità della “riserva” per gli interni o per chi abbia determinati requisiti. In caso di dichiarazione di incostituzionalità della norma che aveva consentito una procedura concorsuale riservata e non pubblica, il limite alla naturale retroattività della pronuncia non può essere costituito dalla definitiva approvazione della graduatoria, posto che quest’ultima definisce solo la fase prodromica alla costituzione del rapporto, che anche successivamente, resta condizionato, quanto alla validità, dall’atto presupposto. Non può quindi essere ravvisata una situazione giuridica irrevocabile o esaurita a fronte di un rapporto che sia ancora in atto e che sia sorto per effetto della norma dichiarata incostituzionale.

Così la Sezione Lavoro della Corte di Cassazione, con la sentenza n. 14314/16, depositata il 13 luglio. La Corte di appello di Lecce riformando la sentenza del Tribunale di Taranto, accoglieva la domanda del medico proposta nei confronti dell’A.S.L. di Taranto e dichiarava l’illegittimità della risoluzione del contratto di lavoro a tempo indeterminato stipulato tra le parti con condanna della controparte alla reintegrazione del posto di lavoro.

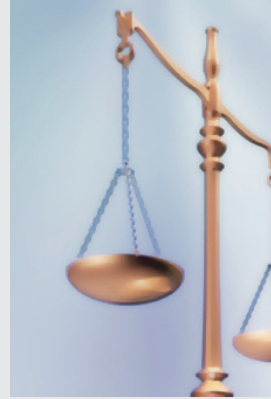
La Corte riteneva elemento fondante della sua decisione il fatto che la sentenza n. 42/11 con cui la Corte Costituzionale aveva dichiarato l’illegittimità dell’art. 3, comma 4, l. regione Puglia in base al quale era stato stipulato tra le parti il contratto a tempo indeterminato, non trovava applicazione trattandosi di rapporto esaurito, essendo la stipula del predetto contratto intervenuta in epoca anteriore alla sentenza della Corte Costituzionale. Avverso detta sentenza ricorre l’A.S.L. di Taranto. Gli effetti nel tempo delle sentenze di accoglimento della Corte Costituzionale. I motivi di censura vengono analizzati congiuntamente dalla Corte, che li ritiene fondati nella parte in cui addebitano alla sentenza impugnata la violazione dei principi che regolano gli effetti nel tempo delle sentenze di

accoglimento della Corte Costituzionale. Infatti, è consolidato nella giurisprudenza del Giudice delle leggi l’orientamento per cui «l’efficacia retroattiva delle pronunce di illegittimità costituzionale costituisce principio generale, limitato solo dalla necessità di non compromettere la certezza dei rapporti giuridici e di evitare che la retroattività della dichiarazione di incostituzionalità possa pregiudicare altri diritti di rilievo costituzionale».

Quindi, l’efficacia delle sentenze di accoglimento non retroagisce fino a travolgere le situazioni giuridiche divenute irrevocabili ovvero i rapporti esauriti, che restano regolati dalla legge dichiarata invalida e, detto limite alla retroattività, deve essere individuato nell’ambito dell’ordinaria attività interpretativa di competenza del giudice comune. È invece riservata alla Corte Costituzionale la graduazione degli effetti temporali della dichiarazione di illegittimità, quando questa sia imposta dalla necessità di assicurare una tutela sistematica e non frazionata di tutti i diritti di rilievo costituzionali coinvolti dalla decisione.

Ma tale ultima ipotesi non ricorre nella fattispecie, dato che la Corte aveva dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 3, comma 40, l.r. Puglia n. 40/07, ossia della norma in forza della quale il concorso riservato era stato bandito, senza porre limiti alla naturale retroattività della pronuncia. È applicabile dunque il principio generale per cui «gli effetti dell’incostituzionalità non si estendono esclusivamente ai rapporti ormai esauriti in modo definitivo, per avvenuta formazione del giudicato o per essersi verificato altro evento cui l’ordinamento collega il consolidamento del rapporto medesimo, ovvero per essersi verificate preclusioni processuali, o decadenze e prescrizioni non direttamente investite, nei loro presupposti normativi, dalla pronuncia d’incostituzionalità». I limiti alla naturale retroattività della pronuncia.

Nel sistema delineato dal d.lsg. n. 165/01 – che assegna al diritto pubblico le procedure concorsuali per l’assunzione dei dipendenti delle PA, mentre riserva al diritto privato la fase successiva della gestione ed esecuzione del rapporto – gli atti principali della procedura concorsuale presentano una duplicità di natura giuridica, poi-





ché il bando e la graduatoria finale hanno la natura sostanziale di proposta al pubblico e di atto d'individuazione del futuro contraente. Sussiste quindi un legame inscindibile tra la procedura concorsuale e il rapporto di lavoro con l'amministrazione pubblica, poiché la prima costituisce l'atto presupposto del contratto individuale, del quale condiziona la validità.

L'approvazione della graduatoria e la successiva sottoscrizione del contratto individuale da un lato segnano il limite all'esercizio del potere di autotutela, ma dall'altro non impediscono al datore di lavoro di far valere l'assenza del vincolo contrattuale conseguente la nullità delle operazioni concorsuali.

Da ciò discende che ove venga dichiarata – come nel caso sub specie – la incostituzionalità della norma che aveva consentito la procedura concorsuale riservata e non pubblica, il limite alla naturale retroattività della pronuncia non può essere costituito dalla definitiva approvazione della graduatoria, posto che quest'ultima definisce solo la fase prodromica alla costituzione del rapporto, che anche successivamente, resta condizionato, quanto alla validità, dall'atto presupposto. Non può quindi essere ravvisata una situazione giuridica irrevocabile o esaurita a fronte di un rapporto che sia ancora in atto e che sia sorto per effetto della norma dichiarata incostituzionale.

Diversamente, si finirebbe per mortificare gli interessi che la norma costituzionale mira a salvaguardare, posto che, com'è noto, il criterio di accesso al lavoro pubblico mediante concorso, aperto alla generalità dei soggetti in possesso dei requisiti richiesti, è strumentale alla realizzazione del buon andamento della PA, poiché consente di selezionare i più meritevoli attraverso il metodo comparativo.

Tutto ciò trova poi conferma nella motivazione della sent. n. 73/13 con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 1, comma 2, l.r. Puglia n. 11/12, che, in considerazione della dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 3, comma 40, l.r. n. 40/07, aveva autorizzato le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale ad avvalersi delle graduatorie formate all'esito delle procedure riservate per concludere con-

tratti di lavoro a tempo determinato della durata di 6 mesi, in attesa dell'espletamento dei concorsi pubblici.

La Corte infatti, dopo aver osservato che la necessità di garantire la continuità dell'azione amministrativa non è ragione sufficiente per derogare al principio del concorso pubblico, ha evidenziato che «contrasta con l'art. 97 Cost. l'utilizzazione delle graduatorie formatesi all'esito di procedure non rispondenti al principio del pubblico concorso» ed ha ritenuto violato il giudicato costituzionale, perché il legislatore regionale aveva preteso di utilizzare gli esiti della procedura di stabilizzazione, pur a fronte della ritenuta illegittimità costituzionale della stessa. La disposizione in esame, ha infatti reso esplicito un precetto già desumibile dai principi generali relativi alla efficacia delle sentenze della Corte Costituzionale ed ai rapporti tra procedimento concorsuale e stipulazione del contratto di lavoro. La norma, inoltre, ha voluto rendere ugualmente esplicito il principio in forza del quale la necessità di assicurare il buon andamento e l'imparzialità della PA impone l'immediato ripristino della legalità attraverso la rimozione degli atti affetti da nullità.

IN G.U. LE NUOVE REGOLE DEL LICENZIAMENTO DISCIPLINARE NEL PUBBLICO IMPIEGO

Il d.lgs. n. 116/2016, recante le nuove sanzioni disciplinari per i cd. "furbetti del cartellino", è stato pubblicato nella G.U. del 28 giugno 2016, la n. 149/2016: per le false attestazioni della presenza in servizio, poste in essere dal 13 luglio, scatterà l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente pubblico. Falsa attestazione della presenza in servizio. Il decreto, infatti, modificando l'art. 55 quater del d.lgs. n. 165/2001, introduce la definizione di falsa attestazione della presenza in servizio, ovvero "qualunque modalità fraudolenta posta in essere, anche avvalendosi di terzi, per far risultare il dipendente in servizio o trarre in inganno l'amministrazione presso la quale il dipendente presta attività lavorativa circa il rispetto dell'orario di lavoro dello stesso"; prevede, per le condotte fraudolente accertate in flagranza, mediante strumenti di sorveglianza



o di registrazione degli accessi o delle presenze, l'immediata sospensione cautelare senza stipendio del dipendente (fatto salvo il diritto all'assegno alimentare), senza obbligo di preventiva audizione dell'interessato e con provvedimento motivato da disporsi comunque entro 48 ore; stabilisce che con il provvedimento di sospensione cautelare si procede, altresì, alla contestuale contestazione per iscritto dell'addebito e alla convocazione del dipendente per il contraddittorio a sua difesa innanzi all'Ufficio di cui all'art. 55 bis, co. 4, che deve concludere il procedimento disciplinare entro 30 giorni dalla ricezione, da parte del lavoratore, della contestazione dell'addebito; dispone che l'omessa attivazione del procedimento disciplinare e l'omessa adozione del provvedimento di sospensione cautelare, senza giustificato motivo, costituiscono illecito disciplinare punibile con il licenziamento del dirigente o del responsabile di servizio competente. In conclusione: non vi possono essere vizi formali e/o sostanziale per evitare il licenziamento nel caso di falsa attestazione della presenza.

DECESSO DI UN DIPENDENTE: IMPOSSIBILE DIMOSTRARE IL NESSO CAUSALE TRA ATTIVITÀ SVOLTA E MALATTIA

Alcuni di voi mi chiedono di qualificare la c.d. malattia professionale che si differenzia dall'infortunio sul lavoro. I condivisibili principi di diritto consolidati possono operare solo una volta che si sia accertato che il lavoratore abbia effettivamente svolto delle mansioni che comportino una esposizione a rischio presunta in via legale in connessione con determinate malattie, ma non ove le mansioni espletate siano fattualmente diverse da quelle che la legge pone in connessione con una certa malattia. Lo ha deciso la Corte di Cassazione con la sentenza n. 14202/16, depositata il 12 luglio. Le eredi di un loro congiunto chiedevano, a titolo personale ed ereditario, la condanna di una S.p.a. al risarcimento dei danni di carattere biologico, morale, esistenziale, patrimoniale conseguenti al decesso del suddetto congiunto avvenuto per motivi da ricondurre all'attività lavorativa espletata alle dipendenze della società convenuta, nello specifico l'inala-

zione di fumi di saldatura contenenti sostanze cancerogene. Il Tribunale rigettava la domanda; la Corte d'appello rigettava l'appello delle eredi sulla base del fatto che la persona in questione controllava le lavorazioni come capo-squadra e dunque non era un operaio saldatore e il lavoro, in ogni caso, era stato svolto all'aperto. La Corte d'appello ha correttamente accertato le effettive mansioni svolte dal dipendente, verificando che i medici erano partiti da un presupposto fattuale erroneo e cioè che il dipendente avesse svolto direttamente ed in prima persona le mansioni del saldatore.

Ma non stando così le cose, non sussisteva il genere di esposizione a rischio dedotto nel ricorso. Si tratta, in sostanza, di un accertamento di fatto, motivato congruamente e con specifici riferimenti ad elementi probatori testimoniali, mentre le censure sono squisitamente di merito, dirette ad una "rivalutazione del fatto", come tale inammissibile in questa sede. La Corte d'appello ha, dunque, verificato l'insussistenza di elementi di prova sufficienti per dimostrare il nesso causale tra le attività concretamente svolte e l'evento dannoso, e anche l'omissione di cautele dovose ex art. 2087 c.c.. Con il motivo si vuole, in realtà, censurare un accertamento di fatto visto che i condivisibili principi di diritto consolidati possono operare solo una volta che si sia accertato che il lavoratore abbia effettivamente svolto delle mansioni che comportino una esposizione a rischio presunta in via legale in connessione con determinate malattie, ma non ove le mansioni espletate siano fattualmente diverse da quelle che la legge pone in connessione con una certa malattia. Il ricorso va pertanto rigettato.

INVALIDO CON ACCOMPAGNAMENTO: NIENTE REVERSIBILITÀ SULLA PENSIONE DEL PADRE

Respinta la richiesta avanzata nei confronti dell'INPS. Decisiva la mancanza di prove sulla dipendenza economica del figlio, invalido con accompagnamento, dal padre. Chiara l'attestazione relativa allo 'stato di famiglia': moglie, marito e quattro figli.

Ciò non è sufficiente, però, per puntare alla pensione di reversibilità. Decisiva, difatti, la manca-

CCXXIII





ta prova sulla dipendenza economica dal padre (Cassazione, ordinanza n. 14346/16, sezione Sesta Civile, depositata il 13 luglio). A chiedere «il riconoscimento della pensione di reversibilità» sono i nipoti. Essi puntano sul diritto spettante al loro «genitore, figlio maggiorenne inabile vivente a carico del padre», cioè del loro «nonno». Dall'«Istituto nazionale di previdenza sociale», però, risposta negativa.

E questa posizione viene condivisa anche dai giudici, sia in Tribunale che in Corte d'Appello: manca, difatti, la «prova» della cosiddetta «vivenza a carico». Su questo fronte è emerso analizzando lo «stato di famiglia» che «il nucleo risultava composto da moglie e quattro figli», oltre il marito – cioè il nonno –, senza però «alcuna annotazione sulla convivenza» del figlio «invalido civile» – con relativa «indennità di accompagnamento» –, che, anzi, aveva «residenza in luogo diverso» rispetto al genitore.

A chiudere ogni discussione provvedono ora i Magistrati della Cassazione, respingendo definitivamente le pretese avanzate dai nipoti. Decisiva la constatazione che non è stato dimostrato che, «al momento del decesso», il pensionato provvedesse al «mantenimento» del «figlio invalido». Tale elemento è fondamentale. Soprattutto perché, evidenziano i giudici, «in caso di morte del pensionato, il figlio superstite ha diritto alla pensione di reversibilità, ove maggiorenne, se riconosciuto inabile al lavoro e a carico del genitore».

Su quest'ultimo punto, poi, va tenuto presente che «il requisito della 'vivenza a carico' non si identifica indissolubilmente con lo stato di convivenza né con una situazione di totale soggezione finanziaria del soggetto inabile», ma è comunque necessario dimostrare, concludono i Giudici, che «il genitore provvedeva, in via continuativa e in misura quantomeno prevalente, al mantenimento del figlio».

RIENTRO DALLA MATERNITÀ, ASSEGNATA A UNA NUOVA SEDE: ASSENZA NON SUFFICIENTE PER IL LICENZIAMENTO

Concluso il congedo di maternità al rientro a lavoro la donna si trova trasferita in una nuova

sede. Drastica la reazione della lavoratrice: ella decide di non presentarsi nell'ufficio a lei assegnato. Forzatura, questa, che però non può giustificare il licenziamento (Cassazione, sentenza n. 13455/2016, Sezione Lavoro, depositata il 30 giugno).

Negativi per la donna il giudizio emesso prima dal Tribunale e poi dalla Corte d'appello: viene ritenuto legittimo il «licenziamento» deciso dalla società, titolare di uno «studio commercialista», nei confronti della dipendente.

La donna, divenuta madre a giugno 2011, è stata cacciata ufficialmente a fine luglio 2012, dopo una «prolungata assenza» – tre settimane, praticamente – ritenuta «non giustificata» dall'azienda. E su questo punto hanno concordato anche i magistrati, valutando non «discriminatorie» le azioni compiute dalla società, che aveva assegnato la lavoratrice, in procinto di rientrare dal «congedo di maternità», a una «diversa sede».

In sostanza, i giudici, sia in primo che in secondo grado, hanno osservato che «manca un riferimento al carattere strumentale dell'atteggiamento del datore di lavoro che faccia presumere una volontà dismissiva del rapporto giustificata dalla maternità della lavoratrice, attuata in occasione dell'assenza della dipendente», ossia «l'impedimento al rientro in servizio presso l'unità produttiva» ove era originariamente collocata la donna.

Questo ragionamento però si rivela viziato, osservano i magistrati della Cassazione. Manca, difatti, un esame approfondito sulla eventuale giustificazione della prolungata «assenza dal lavoro». Su questo fronte va tenuto presente che, alla luce del «Testo unico in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità», «al termine dei periodi di divieto di lavoro» le lavoratrici neo mamme «hanno diritto di conservare il posto di lavoro e, salvo che espressamente vi rinuncino, di rientrare nella stessa unità produttiva ove erano occupate all'inizio del periodo di gravidanza, o in altra ubicata nel medesimo Comune».

E in questa vicenda è emerso che la lavoratrice ha «fatto presente» all'azienda, con «varie comunicazioni», di «essere disponibile a riprendere servizio» nella sua vecchia sede.



TECNICA BUTTON-HOLE

L'incannulamento della fistola artero-venosa in emodialisi

Giovanni
CARBONE



La sopravvivenza generale della fistola artero-venosa nativa (FAV) dipende non solo dai vasi prescelti e dalla tecnica adottata, ma anche dal metodo di incannulamento.

Non esiste, tuttavia, un metodo generalmente efficace per le varie tipologie di FAV. Ogni centro dialisi dovrebbe adottare un proprio protocollo per la puntura.

Nelle proposte di Linee Guida per gli Accessi Vascolari per Emodialisi, fra le tecniche di puntura si fa riferimento alla cosiddetta tecnica "Botton-hole" cioè puntura in una sede cutanea costante con la formazione di un preciso tragitto sottocutaneo.

Tale tecnica ha il vantaggio di provocare minore dolore al paziente ed identificare precisamente la sede migliore per l'introduzione dell'ago, anche per l'infermiere che punge occasionalmente.

I limiti di questa tecnica sono strettamente correlati all'esperienza del centro, i vantaggi sono rappresentati dalla riduzione delle complicanze quali ematoma, stenosi, infezioni e pseudoaneurismi e di provocare meno dolore al paziente.

Negli 8 pazienti trattati si è riscontrata la formazione del tunnel dopo solo 6 trattamenti. In seguito, è stato molto semplice incannulare i vasi della FAV ed estendere la

tecnica a tutti gli operatori, previa informazione e tutoraggio.

Da un punto di vista clinico, abbiamo potuto rilevare una significativa riduzione della percezione del dolore all'inserimento degli aghi, (riduzione media del dolore >50% su scala di intensità 1-10), abbiamo verificato una riduzione del tempo di emostasi (media precedente 2'50"; con Bio-hole 1'25"), la riduzione di pregressi aneurismi, con l'utilizzo di medicazione a rilascio di ioni d'argento, oltre alle proprietà antibatteriche, è in grado di inibire la formazione di escara a livello di tessuto circostante, rendendo più facile l'introduzione dell'ago smusso, al trattamento successivo.

Lo scopo del lavoro è stato quello di verificare la riduzione dell'intensità di dolore conseguente all'infissione degli aghi, i tempi di emostasi e l'assenza della formazione di escara con la tecnica Botton-hole.

A tal fine abbiamo selezionato nel nostro centro 8 pazienti ai quali, previa acquisizione del consenso informato, è stata applicata la tecnica Botton-hole; gli stessi pazienti erano in emodialisi periodica da almeno 3 mesi, l'incannulamento dei vasi della loro fistola veniva eseguito con aghi taglienti fino all'inizio del metodo Botton-hole.

Al momento dell'arruolamento per i primi 6 trattamenti è stato utilizzato l'ago tagliente, dal 7° trattamento in poi è stata applicata la tecnica Botton-hole. All'inizio dell'utilizzo di aghi non taglienti (Bio-Hole-NIPRO) dopo la seduta dell'emodialisi sono stati applicati cerotti a base di ioni d'argento (NOVASOVAN-AG-EMODIAL), questo ha evitato

la formazione dell'escara che, quindi, non era necessario rimuovere al trattamento successivo. Tale tecnica consente lo sviluppo di un tunnel di tessuto cicatriziale,

che permette in tutte le sedute emodialitiche successive di utilizzare particolari aghi con punta non tagliente, che sono meno traumatici per le strutture della parete vasale.

Un ruolo importante per la riuscita della tecnica lo svolge l'operatore. Per tale scopo

**“Botton-hole
cioè puntura in una sede
cutanea costante con la
formazione di un preciso
tragitto sottocutaneo”**

centro dialisi (nefrologia, dialisi e trapianto - Azienda Ospedaliero - Univeritaria - Consorziale Policlinico di Bari), è risultata vantaggiosa per il paziente, che riferisce, di non percepire il dolore al momento dell'infissione dell'ago e pertanto affronta questo momento della terapia dialitica senza paura.

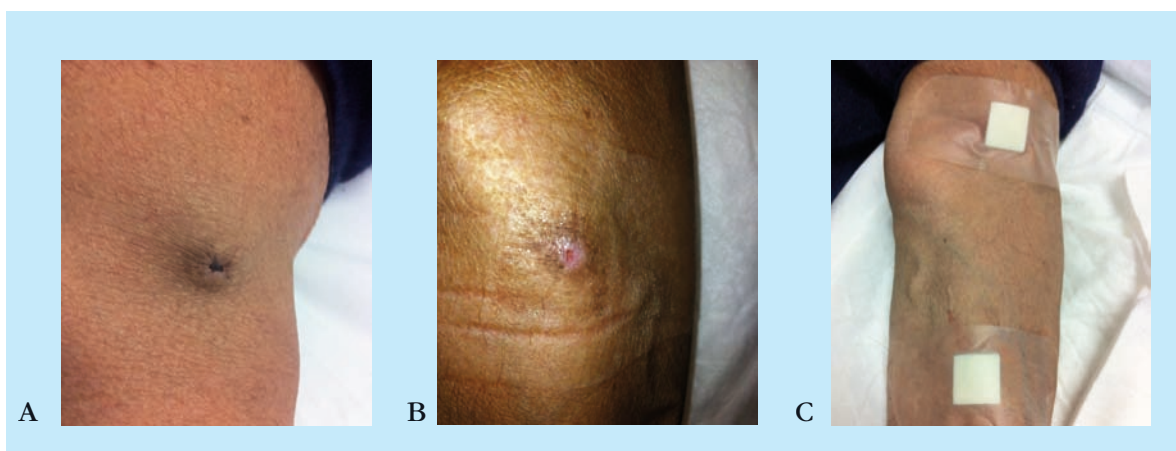
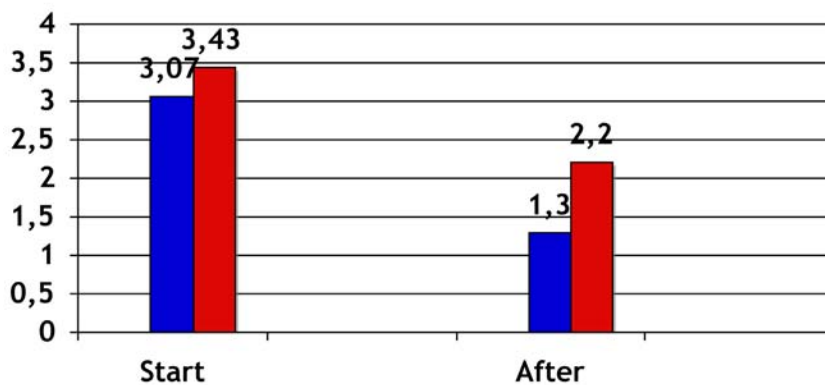
sono stati individuati, in questo periodo di osservazione, solo 2 infermieri, in modo da evitare errori collegati all'operatore.

La tecnica Botton-hole, introdotta nel nostro

Si è dimostrato inoltre, vantaggiosa anche per gli operatori sanitari per i quali si riduce la possibilità di errore.

L'impiego di cerotti a ioni d'argento, evitando la formazione dell'escara nel sito di infissione, rende più agevole l'introduzione dell'ago smusso, utilizzato nella tecnica Botton-hole.

Tempo di Emostasi



- A: Escara su sito di puntura Botton-hole in paziente in cui non è stato applicato cerotto a ioni d'argento.
- B: Sito di puntura Botton-hole in cui è stato applicato il cerotto a ioni di argento.
- C: Cerotti a ioni d'argento, contenenti idrocolloide, che evitano problemi di sensibilizzazione cutanea, applicati su siti di puntura con tecnica Botton-hole.



I PIANI DI STUDI: CONFRONTIAMOCI

Carmela
MARSEGLIA



Nella rubrica precedente abbiamo presentato i piani di studio definiti a livello ministeriale per il conseguimento della Laurea in Infermieristica. In continuum proseguiamo con un'analisi più articolata (vedi tabella) degli stessi facendo riferimento a tre sedi:

1. Università degli Studi di Modena e Reggio

Emilia – Sede di Modena;

2. Università degli Studi di Foggia – Sede di Foggia;

3. Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari – Sede di Bari;

Questo perchè, ogni università può introdurre nel proprio ordinamento didattico delle variazioni, fino a un terzo del programma definito dalla normativa nazionale (D.M 2 aprile 2001). Tali variazioni consistono nell'introduzione o sottrazione di alcune materie all'interno dei vari settori scientifico-disciplinari. Questa possibilità consente di avere curricula personalizzati e sempre più corrispondenti alle esigenze e ai problemi locali e del Servizio Sanitario

Nazionale. Integrano l'assetto delle attività formative del corso, l'insegnamento della lingua inglese, con particolare riferimento all'inglese scientifico, i laboratori professionali dello specifico settore scientifico disciplinare (MED/45), che si propongono di sviluppare specifiche competenze, le attività seminariali di approfondimento su tematiche di particolare interesse per la professione. Risulta evidente che, oltre al piano di studi è importante focalizzarsi sul tirocinio formativo. Prendendo come punto di riferimento l'Università di Modena possiamo vedere come l'organizzazione dell'attività formativa avviene con tutor della didattica professionale e Guide di Tirocinio rappresentati da un infermiere che, dopo una formazione specifica assume il coordinamento dell'apprendimento clinico degli studenti. Il tutor della didattica professionale, infermiere con competenze avanzate del SSN, assegnato stabilmente alla formazione viene retribuito grazie ai fondi regionali che l'Emilia Romagna predispone per ogni studente infermiere, quindi un riconoscimento a tutto campo. Appare chiaro che, le competenze richieste al tutor necessitano di una formazione complementare a quella di base, ma la scarsa regolamentazione per il reclutamento di tutor clinici o professionali giustifica la disomogeneità delle caratteristiche e delle funzioni attribuite a questa figura/funzione. Al fine di garantire un tutorato di qualità, sono stati progettati e implementati in vari atenei percorsi formativi post-base, con l'obiettivo di sviluppare competenze tutoriali e di facilitazione



dell'apprendimento.

Dall'indagine si evidenzia che le potenzialità della figura sono poco utilizzate nell'attuale organizzazione universitaria, dove il tutor clinico/professionale spesso si limita a verificare l'acquisizione, da parte dello studente, di abilità gestuali e familiarità con l'ambito clinico. Nelle sedi universitarie, la quasi totalità degli infermieri svolge attività di tutorato affiancandola all'attività clinica: ciò comporta che il professionista, in orario di servizio, deve garantire una presenza costante, attiva e competente allo studente e, contemporaneamente, gestire i percorsi assistenziali degli utenti. Il tutorato si limita a essere una funzione attribuita all'infermie-

re, aggiuntiva rispetto all'attività clinica e circoscritta a una serie di attività progettate e richieste dall'organizzazione universitaria. Dalla letteratura emerge, invece, un chiaro profilo dell'infermiere-tutor clinico, al quale sono affidate responsabilità precise, a fronte di competenze incentrate sulla relazione d'aiuto e su una competenza decisionale ancorata a prove d'efficacia sempre aggiornate e al pensiero critico.

In quest'ottica, l'attività di tutorato clinico non può che essere definita un ruolo: se riconosciuto, motiverebbe il professionista a investire energie e risorse al fine di acquisire le competenze e i requisiti necessari per ricoprirlo. L'interazione costruttiva tra

Università di Modena	Università di Bari	Università di Foggia
I anno	I anno	I anno
Fondamenti cellulari e molecolari della vita (4 CFU)	Anatomia e Fisiologia (5 CFU)	Basi molecolari della vita (6 CFU)
Fondamenti morfologici e funzionali della vita (7 CFU)	Scienze della vita- Biochimica, Biologia applicata, Istologia, Genetica Medica (5 CFU)	Basi anatomo-fisiologiche del corpo umano (5 CFU)
Fondamenti di scienze infermieristiche (5 CFU)	Fisica, statistica e Informatica (6 CFU)	Basi dell'assistenza infermieristica e teoria del nursing (6 CFU)
Basi fisiopatologiche delle malattie (6 CFU)	Lingua inglese (3 CFU)	Infermieristiche generali e metodologia clinica (6 CFU)
Promozione della salute e della sicurezza (6 CFU)	Scienze umane e psicopedagogiche (6 CFU)	Basi patologiche delle malattie (6 CFU)
Relazioni di aiuto nei processi assistenziali (5 CFU)	Scienze Biomediche (7 CFU)	Prevenzione, radioprotezione ed informatica applicata (6 CFU)
	Basi dell'assistenza infermieristica (5 CFU)	
¹Tirocinio (15 CFU)	Tirocinio (15 CFU)	Tirocinio (25 CFU)
II anno	II anno	II anno
Infermieristica in area medica (10 CFU)	Medicina clinica e farmacologia (7 CFU)	Processi diagnostici e terapia in area chirurgica (6 CFU)
Infermieristica nella cronicità e disabilità (9 CFU)	Infermieristica clinica e di comunità (7 CFU)	Infermieristica in area medica, chirurgica e specialistica (8 CFU)
Inglese scientifico (2 CFU)	Scienze chirurgiche (6 CFU)	Processi diagnostici e terapia in area medica e della cronicità (7 CFU)
Infermieristica in oncologia (4 CFU)	Diagnostica clinica- Immunologia, patologia clinica e anatomia patologica, biochimica clinica (5 CFU)	Processi diagnostici e terapia in area critica e materno infantile (6 CFU)
Infermieristica in area chirurgica (7 CFU)	Assistenza specialistica in medicina (7 CFU)	Processi diagnostici e terapia in area medica e della cronicità 2 (7 CFU)
Infermieristica basata sulle evidenze (5 CFU)	Assistenza specialistica in chirurgia (7 CFU)	Infermieristica in area materno infantile, critica ed emergenza (8 CFU)
	Infermieristica materno- infantile (5 CFU)	
Tirocinio (22 CFU)	Tirocinio (20 CFU)	Tirocinio (18 CFU)
III anno	III anno	III anno
Infermieristica in area materno infantile (6 CFU)	Infermieristica nella disabilità neuropsichica e fisica (5 CFU)	Servizi sanitari, promozione della salute e diritto sanitario (6 CFU)
Infermieristica in area critica (6 CFU)	Infermieristica in area critica e nell'emergenza (7 CFU)	Infermieristica in igiene mentale e della disabilità (6 CFU)
Principi legali e deontologici dell'esercizio professionale (4 CFU)	Aspetti etico-giuridici della professione infermieristica (6 CFU)	Psicologia, psichiatria, bioetica in infermieristica (6 CFU)
Infermieristica di famiglia e di comunità (9 CFU)		Inglese scientifico (2 CFU)
Organizzazione sanitaria e dei processi assistenziali (4 CFU)		
Tirocinio (26 CFU)	Tirocinio (25 CFU)	Tirocinio (30 CFU)



Università e Azienda sanitaria rappresenta l'unica possibile strada da perseguire per sostenere la trasformazione da quella che fino a oggi è considerata una funzione al riconoscimento del ruolo: l'utilizzo della contrattazione decentrata come previsto dal CCNL 1998/2001, la definizione di requisiti minimi trasversali tra gli atenei per il reclutamento dei tutor clinici e le convenzioni tra Università e Azienda sanitaria potrebbero essere i tre canali preferenziali sui quali agire. Il tirocinio rappresenta una parte fondamentale del percorso di studi basta pensare alla domanda di salute sempre più esigente degli utenti che ci orienta verso una nuova *visione* dell'infermiere professionista della salute. Il tirocinio viene definito come una "occasione privilegiata di apprendimento". Lo studente, applicando i saperi teorico-disciplinari nell'esecuzione delle attività tecniche e assistenziali,

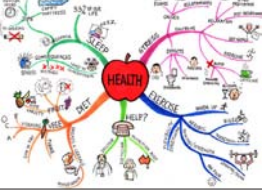
in un contesto operativo/organizzativo reale, a contatto con membri dello specifico gruppo professionale, ha modo di acquisire gradualmente il core competence dell'infermieristica. Le caratteristiche del contesto e il modello di tutoraggio influenzano fortemente l'esperienza di tirocinio clinico; in ciò assume particolare rilevanza il tutor clinico o professionale, la cui attività favorisce l'applicazione del sapere teorico nella pratica clinica. Attualmente non esiste alcuna possibilità di carriera per chi opera nei corsi di laurea, l'esempio più frequente è quello d'infermieri con laurea magistrale ed esperienza d'insegnamento accademico ventennale senza alcun tipo di riconoscimento né accademico né economico e impossibilitato ad esprimere alcun tipo di parere vincolante per la programmazione delle attività didattiche a sfavore della qualità del prodotto formativo.

IL TUTOR NEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Il Tutor (è un infermiere esperto sia nello specifico ambito professionale sia in ambito pedagogico, appositamente formato e assegnato a tempo pieno o parziale al Corso di Laurea, in numero rispondente a quanto previsto nel Protocollo d'Intesa) partecipa alla formazione degli studenti attraverso:

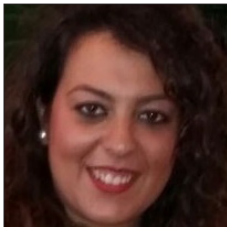
- accoglienza e orientamento dello studente nell'Unità Operativa assegnata;
- costruzione con lo studente del percorso formativo clinico e delle attività da svolgere per il raggiungimento degli obiettivi formativi professionalizzanti;
- organizzazione di sessioni tutoriali che preparano lo studente all'esperienza attraverso esercitazioni, simulazioni in cui si sviluppano abilità tecniche, relazionali e metodologiche in situazioni protette prima o durante la sperimentazione nei contesti reali;
- esperienza diretta sul campo con supervisione e accompagnamento con sessioni di riflessione e rielaborazione dell'esperienza e feedback costanti;
- scelta dell'affidamento dello studente agli assistenti di tirocinio in grado di offrire allo stesso competenze specifiche;
- rilevazione giornaliera delle presenze controfirmando apposito libretto di tirocinio custodito dallo studente, attestante i giorni, le ore di frequenza e le attività svolte nell'Unità Operativa assegnata;
- valutazione formativa su apposita scheda, contenuta nel libretto di tirocinio, durante le esperienze pratiche in continuo feedback con gli studenti, che ne prendono visione e che la controfirmano, per incoraggiarli nella progressione dello sviluppo di competenze, atta a rilevare, in collaborazione con gli assistenti di tirocinio, le competenze che riguardano i vari aspetti dell'attività professionale (etico-deontologica, tecnico-gestuale, relazionale, ecc.).

Il Tutor con specifiche competenze cliniche, didattiche e formative ha il compito di facilitare l'apprendimento sul campo del discente; partecipa alla progettazione generale dell'apprendimento professionalizzante, è responsabile dei percorsi personalizzati di apprendimento degli studenti affidati e della gestione e supervisione di interventi formativi in ambito clinico-assistenziale, della valutazione del tirocinio, del tutorato cognitivo e dell'implementazione delle metodologie didattiche; partecipa alla valutazione finale e intermedia degli studenti.



PREVENZIONE E SALUTE NEGLI SPAZI PUBBLICI DEDICATI AI CITTADINI

Nadia
DAHBAOUI



Fabiana
LUVERA



Ogni giorno in Italia si scoprono quasi 1.000 nuovi casi di cancro. Si stima che nel nostro Paese vi siano nel corso dell'anno circa 363.000 nuove diagnosi di tumore (esclusi i tumori della pelle, per i quali è prevista una classificazione a parte), circa 194.400 (54%) fra gli uomini e circa 168.900 (46%) fra le donne.

Ad affermarlo, i dati dell'Associazione italiana registri tumori (AIRTUM) relativi al 2015. Negli ultimi anni sono complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 57% degli uomini sopravvivono a cinque anni dalla diagnosi. Merito soprattutto della maggiore adesione alle campagne di screening, che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, e della maggiore efficacia delle terapie. Molti tumori potrebbero, infatti, essere prevenuti o diagnosticati in tempo se tutti adottassero stili di vita corretti e aderissero ai protocolli di screening e di diagnosi precoce. Nonostante la mortalità per tumori sia diminuita negli ultimi venti anni,

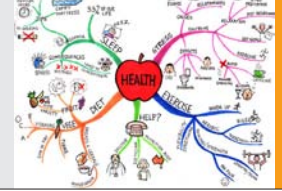
le malattie neoplastiche sono ancora tra le prime cause di morte, dopo eventi cardiovascolari e ictus, nella popolazione a livello globale.

La parola d'ordine in questi casi è "Prevenzione", una parola, diventata slogan il 17 settembre, in occasione di una giornata organizzata alla Villa Comunale di Corato (Bari), che ha coinvolto numerosi volontari del settore sanitario, pronti a mettere a disposizione la propria professionalità, in modo gratuito a tutela della salute dei cittadini. Il senso della "giornata della salute e della prevenzione", organizzata dall'associazione "onda d'urto - uniti contro il cancro" di Corato è stata proprio questo: accompagnare il cittadino nel suo percorso a tutela della salute, prima che le malattie possano aggredire.

La risposta della cittadinanza è stata positiva, la partecipazione agli screening e alle visite gratuite massiva. Assistenti sanitari, insieme ad altri professionisti in ambito sanitario, quali medici, radiologi, infermieri, dietisti, ginecologi, direttori di dipartimento, si sono resi disponibili per informare i cittadini, arrivati numerosi, sulle varie possibilità diagnostiche a disposizione per valutare il rischio di ammalarsi di tumore, quando i sintomi non si sono ancora manifestati.

Una diagnosi precoce che può salvare innumerevoli vite umane.

L'azione è stata mirata, però, anche agli aspetti educativi, agli stili di vita, fondamentali per scelte salutari e per mantenere il proprio benessere psico-fisico.



Si sono affrontati, infatti, temi quali la sana alimentazione per prevenire, non solo malattie neoplastiche, ma anche altre patologie cronico-degenerative.

La giornata è stata resa possibile anche grazie alla collaborazione delle asl del territorio, in particolare dell'asl bat, la quale ha messo a disposizione 2 ecografi, gestiti da due medici ecografisti, che hanno potuto

fare valutazioni sulla tiroide dei cittadini, che hanno richiesto la prestazione ed uno spirometro, in grado di valutare la funzionalità polmonare nelle persone con malattie restrittive o ostruttive delle vie aeree e nei fumatori, che erano i più motivati a sottoporsi a tale indagine.

Oltre ai 2 ambulatori per lo screening della tiroide e a quello per la spirometria, è stata messa a disposizione delle famiglie, anche un'équipe di medici per consulenze psicologiche, visite nutrizionali, visite posturali ed ortottiche, e uno stand gestito da Assistenti Sanitari, i quali hanno fornito all'utenza il numero verde del centro screening dell'ASL BA e le informazioni relative a tutti i servizi offerti gratuitamente dalla Regione Puglia.

Le informazioni più importanti, però, sono quelle che fanno cultura, che spostano l'ago della bilancia, dalla cura alla prevenzione, che insegnano al cittadino che si può e si deve contribuire ad investire sulla propria salute, perché prevenire è meglio e più economico che curare!

Cittadini più sani, creano comunità più produttive e più sostenibili.

L'assistente sanitario ha, in questo ambiente, un ruolo fondamentale poiché conosce

bene i concetti alla base della promozione della salute e della prevenzione.

Empowerment e partecipazione: con cui i cittadini si rendono prima consapevoli dei

rischi associati a errati stili di vita, poi responsabili verso le scelte relative alla propria salute e, finalmente, abili ad acquisire un maggior controllo sui determinanti della propria salute.

“Le informazioni più importanti, però, sono quelle che fanno cultura, che spostano l'ago della bilancia, dalla cura alla prevenzione, che insegnano al cittadino che si può e si deve contribuire ad investire sulla propria salute, perché prevenire è meglio e più economico che curare!”

Aiutare le persone a capire, ad esprimere bisogni, per progettare strategie e sviluppare azioni insieme a loro.

L'assistente sanitario sa bene che, garantendo l'accesso alle informazioni sulla salute, può sviluppare le competenze degli utenti per consentire loro di imparare a decidere cosa può salvaguardare il proprio benessere psico-fisico.

Qualunque occasione può risultare utile a sensibilizzare ed educare verso tali obiettivi e vanno promossi, sempre e comunque, eventi d'incontro con le persone sui temi della salute. Questa prima giornata si è chiusa con un bilancio assolutamente positivo, a parte piccoli disagi, prevedibili in eventi pilota come questo, in cui è stato necessario gestire centinaia di persone, moltissime indagini diagnostiche e interventi sull'utenza, ma che possono sicuramente servire a migliorare eventi futuri.

Con una lettera aperta, il presidente dell'associazione onda d'urto, Domenico Ungari, ha voluto ringraziare quanti hanno reso possibile l'iniziativa, sottolineando la professionalità e la sensibilità degli operatori che, in modo assolutamente gratuito e volontario, si sono messi al servizio del cittadino e della salute pubblica più in generale.

BIBLIOGRAFIA

- AIOM e AIRTUM, I numeri del cancro in Italia 2015.
- http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf



I CENTRI DI SENOLOGIA E IL “BREAST NURSE”

LoREDANA
PIAZZOLLA



Il tumore della mammella rappresenta in Europa la principale patologia oncologica femminile. A livello nazionale si stimano circa 47.000 nuovi casi l'anno. Nel

1998 la prima conferenza europea sul tumore della mammella ha stabilito che tale patologia deve essere curata in centri dedicati da un team multidisciplinare e a tale scopo ha dato mandato ad European Society of Breast Cancer Specialistis di scrivere i requisiti minimi di una unità di senologia. Le strutture di senologia sono strutture dove si svolgono attività di screening, diagnostica clinico-strumentale, terapia per le pazienti con patologia mammaria, definite Centri di senologia o Breast Unit. Secondo Eusoma 2013 i requisiti obbligatori di una Breast Unit sono (Wilson, 2013): volume critico (almeno 150 nuovi casi/anno di carcinoma mammario); team multidisciplinare. Il team deve essere composto da: Direttore Clinico del Servizio di Senologia; due Chirurghi che eseguono almeno 50 interventi all'anno; almeno due radiologi con formazione completa, coinvolti in programmi di screening nazionale e controllo di qualità, abilitati a procedure di reperimento ecografico e mammografico di lesioni occulte, con un minimo di 5000 mammografie lette in un anno; un Patologo; un Patologo con formazione ed esperienza in patologia mammaria; almeno due Infermieri per ogni 100

nuovi casi all'anno; almeno un Oncologo Medico; almeno un Radioterapista; un Data Manager, adibito alla gestione di un database con scopi di quality monitoring e ricerca. Con la nascita della Breast Unit si delinea di conseguenza l'infermiere di Breast Unit, il Breast Nurse. A tal proposito le Linee guida Eusoma 2013 forniscono alcuni requisiti importanti: in un centro di Senologia, oltre al personale infermieristico necessario all'assistenza infermieristica per i vari servizi, devono essere presenti almeno due infermieri dedicati alle pazienti affette da carcinoma mammario, con competenze specifiche in comunicazione e counseling; impegnati a tempo pieno nell'attività assistenziale della Breast Unit. Il Breast Nurse si prende carico della persona con patologia mammaria dal momento della diagnosi al follow up. È un riferimento per la persona, i familiari e i caregiver, ne facilita la comunicazione, fornendo informazioni sui trattamenti, la riabilitazione, counseling e supporto psicologico in ogni fase del percorso. Ha conoscenza sulle procedure diagnostiche, chirurgiche e ricostruttive e i trattamenti medici e radio-terapici. Assicura continuità assistenziale e la centralità della persona. Partecipa agli incontri multidisciplinari e all'attività scientifica. Il Breast Nurse non può prescindere dalla formazione. Secondo i criteri comuni emersi dalla letteratura, specifici per la Breast Care Nurse è un professionista che ha conseguito una formazione post-base, come per esempio attraverso il Master I livello in Senologia per le Professioni Sanitarie, che si aggiorna continuamente ed ha un'esperienza di almeno due anni di attività in ambito oncologico.



PREVENZIONE E GESTIONE DEL MOBBING

Le fonti ed i principi fondamentali e i parametri identificativi

Maria Teresa
DAPRILE



Il mobbing si realizza attuando una sorta di “violenza psicologica”, che racchiude atteggiamenti “non etici e ostili” che vengono posti in essere in forma sistematica da uno o più soggetti (datore di lavoro e/o colleghi), di solito nei confronti di un unico individuo che, a seguito di

ber hanno come obiettivo l’espulsione della vittima dal contesto lavorativo. I fattori del mobbing possono essere sia di tipo soggettivo come ad esempio stress, conflitti, tratti di personalità, relazioni interpersonali; sia di tipo oggettivo che dipendono, verosimilmente, dal tipo di organizzazione aziendale. A seguito di comportamenti mobbizzanti la vittima può avere diverse conseguenze quali DPTS, disturbi di ansia, depressione, isolamento, ossessione, disturbi del sonno, disturbi della sessualità, cefalea, vertigini, disturbi gastro-intestinali, tachicardia, disturbi del comportamento, disturbi alimentari, disturbi da uso di sostanze psicoattive, aggressività. I tipici danni del mobbing per la vittima sono danno di tipo patrimoniale, danno biologico e danno esistenziale. Tutto ciò crea inevitabilmente delle ripercussioni negative sui rapporti familiari e sulla professionalità lavorativa con gravi conseguenze per l’azienda. Infatti, il mobbing è un fenomeno che produce notevoli ripercussioni negative sia sulle sue vittime sia sul tessuto economico e sociale in cui esso trova spazio ed occasione per manifestarsi. La vittima, come ripercussioni negative, potrà presentare problematiche inerenti la psicopatologia (disturbi psicopatologici, alterazioni psicofisiologiche, alterazioni equilibrio socio-emotivo, disturbi del comportamento, capacità lavorativa); condizioni economiche; rapporti familiari e inoltre professionalità lavorativa. L’azienda, invece, si ritroverà, quindi, ad affrontare situazioni molto particolari come ad esempio un calo dell’efficienza tra i dipendenti, il danno

tale persecuzione, si viene a trovare in una situazione di debolezza e sofferenza.

È un fenomeno diffuso nelle strutture pubbliche per lo stress derivante da una gestione anomala del personale con una frequenza uguale o di poco superiore rispetto al settore privato, e secondo le OOSS il 50% dei casi accertati di mobbing riguarda i dipendenti pubblici ed in particolare il settore sanitario dove i più esposti a questo fenomeno sono gli infermieri. Il mobbing per essere definito tale deve avere una sistematicità, una certa frequenza degli episodi ed una durata di almeno sei mesi, causando degli effetti sul rapporto di lavoro quali dimissioni, licenziamento per giusta causa, trasferimento, fino nei casi più gravi al suicidio perché le vessazioni del mob-

Emilio
STRAMAGLIA





all'immagine, un alto turnover aziendale, spese legali per cause civili e/o penali, con conseguenze economiche, assenteismo e congedi per malattia, calo e/o deficit produttivo della vittima, aumento del contenzioso, infortuni. Mentre per la società ci sarà indubbiamente un aumento della spesa sanitaria, un aumento del carico fiscale e del sistema previdenziale.

Importante, comunque, è avere le idee chiare su alcune precise definizioni come chi sono gli "attori" di questo particolare fenomeno:

Vittima o mobbizzato: la letteratura scientifica ha identificato due classi di persone che sono più a rischio di mobbing: coloro che sono "devianti" rispetto alla cultura organizzativa; coloro che sono "diversi" rispetto alla composizione della popolazione lavorativa.

Persecutore o Mobber: la letteratura scientifica ha identificato alcuni elementi ricorrenti che caratterizzano la figura del mobber:

- aggressivi come scelta comportamentale;
- si impegnano attivamente nella situazione di mobbing intensificando e fomentando i conflitti;
- non mostrano alcun senso di colpa;
- sono convinti di aver reagito a delle provocazioni;
- sono consapevoli delle conseguenze per la vittima convinti di fare le giuste azioni nell'espellere e isolarla.

Spettatori: apparentemente sembrano non avere a che fare con le azioni di mobbing mentre in realtà assumono il ruolo di mediatori, si schierano da una parte o dall'altra.

Side mobber: sostengono il mobber, si schierano dalla sua parte.

Indifferenti: contribuiscono al mobbing, attraverso il "silenzio assenso".

Oppositori: sostengono la vittima, si schierano dalla sua parte.

“I tipici danni del mobbing per la vittima sono danno di tipo patrimoniale, danno biologico e danno esistenziale.”

Tra i predittori del mobbing sicuramente rientrano le mansioni lavorative, le relazioni con colleghi, le relazioni con il superiore e lo stress lavorativo. Per quanto riguarda le mansioni lavorative i punti fondamentali riguardano prevalentemente le

mansioni che non permettono di fare carriera, il sovraccarico di lavoro, le mansioni sottoqualificanti, il non fare carriera, la formazione non sufficiente, il non affidare mansioni da svolgere. Maggiori convinzioni sulla estrema difficoltà relazionale con i colleghi si associano positivamente alle mansioni. Con l'affidare mansioni sottoqualificate il lavoratore si sente defraudato come persona, altresì, con l'affidare mansioni inutili il lavoratore percepisce che tali mansioni hanno lo scopo di metterlo in difficoltà di fronte ai colleghi. Il comportamento mobbizzante può essere attuato da chiunque, c'è una tendenza del mobber a creare un gruppo di attacco, complice e alleato, perché non ha il coraggio e la forza di agire da solo, il gruppo viene costituito da colleghi-amici che sono ostili alla vittima o uno di loro si sente minacciato dalla sua presenza ottenendo solidarietà dal resto del gruppo. In genere quando i mobber sono numerosi la motivazione del mobbing risiede nella vittima (idee particolari e differenti, titolo di studio, competenze ed esperienza, l'abbigliamento, l'etnia, il suo carattere, provenienza, problemi di salute, ...).

Ciò detto, nello specifico in merito alle *relazioni con i colleghi* la vittima:

- ha bisogno di una maggiore comunicazione e collaborazione;
- prova sentimenti di irritazione;
- viene ridicolizzata con bugie e falsità;
- l'ambiente relazionale fra colleghi è spiacevole, ostile e creato di proposito;
- ha un rapporto difficile con i colleghi che gli parlano in modo non gentile o canzonatorio;
- è trattata male dai colleghi che gli vengono sobillati contro;



- i colleghi non gli parlano e si rifiutano di lavorarci insieme;
- viene esclusa di proposito da momenti di socializzazione;
- viene provocata di proposito per indurla a reagire in modo spropositato e incontrollato per poterlo accusare del comportamento assunto;
- si rende negativa e ostile l'opinione del personale aziendale nei suoi confronti;
- si denigra la sua immagine e professionalità con i superiori;
- viene presa in giro per il suo aspetto o problemi fisici;
- non gli vengono fornite informazioni importanti per lo svolgimento del lavoro, o le informazioni fornite sono errate;
- viene sorvegliato e controllato costantemente;
- è oggetto di sfogo per i malumori dei colleghi;
- subisce una manipolazione dei risultati del suo lavoro al fine di danneggiarlo o screditarlo;
- lo controllano e sorvegliano anche al di fuori dell'ambiente di lavoro utilizzando anche mezzi quali i social network;
- creano difficoltà, fanno minacce se richiede ferie, riposi, malattia, o cambi turno.
- si comporta come se non esistesse;
- parla alle spalle della vittima spargendo voci false e senza fondamento spesso ridicolizzandolo;
- ironizza su un handicap fisico ad esempio imitando il suo modo di camminare o di parlare;
- attacca le opinioni politiche e religiose della vittima;
- ridicolizza la sua vita privata o la sua nazionalità;
- lo costringe a lavori umilianti e dequalificanti affidandogli i lavori più spiacevoli;
- gli attribuisce responsabilità di errori fatti da altri;
- presa di posizione su decisioni che lo riguardano senza ascoltare il suo parere;
- gli nega il diritto alla formazione;
- prende decisioni senza interpellarlo e senza farlo decidere con gli altri;
- decide di trasferire il lavoratore in un altro reparto da lui non gradito;
- fa continui attacchi alla qualità dell'attività professionale e privata (sovraccarico di lavoro, lavori senza senso, demansionamento, compiti sempre diversi, lavori umilianti, compiti molto al di sopra o al di sotto delle sue capacità...);
- attacchi alla salute (minacce fisiche o verbali. ...).

Per quanto concerne le *relazioni con il superiore* questi assume comportamenti quali:

- limita la sua possibilità di esprimersi e a richieste verbali o scritte non segue alcuna risposta;
- lo interrompe quando parla rifiutando senza discussione e solo per principio le proposte che fa;
- urla con lui o lo rimprovera violentemente;
- fa continue critiche sul lavoro svolto e sulla sua vita privata;
- minacce verbali o scritte;
- rifiuta il contatto con gesti o sguardi scostanti e irritati;
- non parla più con la vittima;
- proibisce ai colleghi di parlare con lui;

Fondamentali sono le attività di prevenzione come la formazione, i contratti, i codici di comportamento, i comitati aziendali (Comitato Pari Opportunità, Comitati Mobbing, Comitato Unico Garanzia), interventi sindacali, linee guida, buone prassi, interventi per evitare o ridurre al minimo l'esposizione ai diversi fattori di rischio.

Ancor più fondamentale è che l'azienda intervenga per rimuovere gli atti persecutori sul posto di lavoro da parte di chi dirige o gestisce i servizi nei confronti degli infermieri dipendenti che subiscono accuse infondate, calunniose e persecutorie per le attività svolte sul posto di lavoro e non, per le aggressioni verbali continue e per illegittime azioni sulle competenze professionali.

BIBLIOGRAFIA

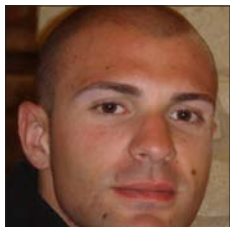
- Stress da lavoro e mobbing. Valutazione del rischio, diagnosi, prevenzione e tutela legale di Giuseppe De Falco, Agostino Messineo, Silvia Vescuso;
- Visual Book "Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" del Master II Livello "Prevenzione e Gestione Multidisciplinare del Mobbing" di Elena Chiefa;



SICUREZZA SUL LAVORO

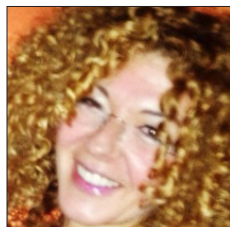
Le responsabilità del datore di lavoro e degli altri soggetti della line aziendale

Vincenzo
INGLESE



L'argomento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro riguarda qualsiasi azienda ed è una delle tematiche più difficili da trattare, obbligatoria ma spesso è trasgredita, dettagliata ma applicata a grandi linee. Quando non si verificano incidenti quasi tutti se ne dimenticano, e le misure precauzionali da rispettare ven-

Elena
CHIEFA



gono, spesso, viste come degli ostacoli alle attività lavorative e produttive. L'articolo 2 del D. Lgs. n. 81/2008, secondo una pratica consolidata nella legislazione europea ed in quella italiana di recepimento, è dedicato alle definizioni dei soggetti e dei termini più utilizzati nel decreto legislativo. Il datore di lavoro è, chiaramente, il capo dell'azienda e il massimo titolare del relativo potere direttivo e organizzativo e, pertanto, egli è anche il principale garante verso l'ordinamento dell'attuazione del sistema prevenzionale. La normativa italiana mira a responsabilizzare direttamente e proporzionalmente non solo il datore di lavoro, ma anche i suoi principali collaboratori.

Infatti, il potere organizzativo e direttivo, oggi, non è più esercitato esclusivamente dal titolare ma anche, sebbene in misura diversa, da tutti i soggetti della "line aziendale". La normativa vigente, infatti, coinvolge direttamente nel dovere di sicurezza anche tutti gli altri soggetti della "line aziendale", raggruppandoli in due categorie: dirigenti e preposti. Il D. Lgs. n. 81/2008 individua questi soggetti che vengono identificati come garanti e responsabili della prevenzione e protezione dell'integrità fisica e morale e fissa a carico di ciascuno di questi garanti (datore di lavoro, dirigenti, preposti) poteri e doveri in materia di salute e sicurezza, il cui mancato rispetto è penalmente sanzionato. Nelle strutture complesse la vigilanza viene delegata ai preposti, chiamati a sorvegliare i lavoratori durante il lavoro. Il Preposto in base al principio di effettività la qualifica di preposto non richiede un incarico formale, ma può essere assunta anche tacitamente con un comportamento concludente che si realizza con impartire ordini e direttive, purché questo compito sia noto e riconosciuto dai compagni di lavoro. In questo caso si parla di preposto di fatto. Il preposto verifica che i dipendenti si avvalgano delle misure di sicurezza ed utilizzino gli attrezzi ed i mezzi di protezione in modo appropriato; verifica la conformità dei macchinari alle prescrizioni di legge ed impedisce l'utilizzazione di quelli che siano pericolosi; fornisce le istruzioni necessarie per un corretto svolgimento della prestazione lavorativa; sorveglia i dipendenti per evitare condotte pericolose per la loro incolumità; segnala al datore di lavoro



o al dirigente le carenze nel sistema di sicurezza ed impedisce l'esecuzione della prestazione lavorativa qualora si accorga che il prestatore di lavoro è incapace o inadatto. Il preposto esercita la vigilanza assicurando, più che la presenza fisica che non è in sé necessariamente idonea a garantire la sicurezza dei lavoratori, la gestione oculata dei luoghi di lavoro ponendo in essere tutte le misure imposte normativamente (informazione, formazione, attrezzature idonee e presidi di sicurezza), nonché ogni altra misura idonea, per comune regola di prudenza e di diligenza, a garantire la sicurezza nei luoghi di lavoro (organizzazione del lavoro). Il dirigente viene indicato in chi "attuа le direttive del datore di lavoro, organizzando l'attività lavorativa e vigilando su di essa". Il dirigente, quindi, è il primo collaboratore del datore di lavoro, chiamato a dare attuazione alle decisioni di carattere generale che questi deve adottare in materia di sicurezza. La condizione necessaria per l'acquisizione delle relative responsabilità è che al dirigente siano conferiti "competenze professionali" e "poteri gerarchici e funzionali adeguati". Tutti coloro che sono chiamati a partecipare all'esercizio del potere organizzativo e direttivo si assumono una correlativa, proporzionale quota di quelle responsabilità. Un esempio significativo è quello del dirigente responsabile di una unità produttiva che, ove dotato dei previsti poteri decisionali e di spesa, assume automaticamente, con l'attuale formulazione legislativa tutte le responsabilità del datore di lavoro. Quindi, il dato normativo può portare a distinguere, all'interno della medesima azienda, un datore di lavoro in senso giuslavoristico, cioè titolare del rapporto di lavoro, da uno o più (esistendo distinte unità produttive) datori di lavoro in senso prevenzionale. La responsabilità del soggetto preposto alla direzione di una unità produttiva è condizionata alla congruità dei poteri decisionali e di spesa effettivamente conferitigli rispetto alle concrete esigenze prevenzionali. Quindi, egli sarà qualificabile come datore di lavoro ai fini della sicurezza, solo se quei poteri risultino tali da consentirgli di effettuare tutti gli adempimenti prescritti dalla legge e solo entro quei limiti. È evidente che non saranno ascrivibili le eventuali violazioni di doveri prevenzionali che non avesse la possibilità

di realizzare per carenza di mezzi o di poteri. Sono probabili e frequenti i casi di corresponsabilità, in relazione ai doveri imposti al datore di lavoro. Ad esempio il soggetto responsabile dell'unità produttiva, anche quando l'adempimento prevenzionale non rientri nei suoi poteri o nelle sue capacità di spesa, si ritiene che sia gravato dal dovere di segnalare ai superiori la necessità di effettuare gli adeguamenti prevenzionali necessari nonché compiere tutti gli interventi precauzionali che rientrino nelle sue possibilità. Il responsabile dell'unità produttiva, che normalmente riveste la qualifica di dirigente, essendo dotato di poteri decisionali e di spesa propri che gli derivano, come conseguenza, dai poteri di gestione affidatigli è automaticamente obbligato di tutte le responsabilità prevenzionali. Si evidenzia che il dirigente/datore ha il dovere di segnalare all'organo di direzione, nella fase di elaborazione del bilancio o del piano esecutivo di gestione, le esigenze relative alla sicurezza per le quali è tenuto a predisporre le necessarie disponibilità finanziarie. Oltre a ciò, la legge prevede anche la possibilità di delegare alcuni compiti prevenzionali da parte del datore di lavoro alla "persona tecnicamente capace, dotata delle necessarie cognizioni tecniche e dei relativi poteri decisionali e di intervento e che abbia accettato l'incarico". Si evidenzia, che la delega per essere rilevante ai fini dell'esonero da responsabilità del delegante, deve avere dei requisiti: il soggetto delegato deve essere tecnicamente idoneo e professionalmente qualificato per lo svolgimento del compito affidatogli; il trasferimento delle funzioni deve essere giustificato in base alle esigenze organizzative dell'azienda; insieme alle funzioni devono essere trasferiti anche i relativi poteri decisionali e di spesa; deve essere espressa senza che siano trattenuti in capo al delegante poteri residuali di tipo discrezionale; la stessa risulti da atto scritto avente data certa; la delega sia accettata dal delegato per iscritto; alla delega venga data adeguata e tempestiva pubblicità. La delega deve possedere i requisiti previsti dagli artt. 16 e 17 del combinato disposto in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro. Quindi, è possibile affermare che il benessere del singolo lavoratore coincide, anzi dipende, da quello dell'intera organizzazione di lavoro.



MOVIMENTAZIONE DEI PAZIENTI

Il rischio di lesioni muscolo-scheletriche

Pasquale
LACASELLA



L'utilizzazione degli ausili meccanici per la movimentazione, l'uso corretto di tutti i presidi a disposizione e il rispetto dei protocolli di ergonomia sono le uniche armi capaci di limitare

i danni muscolo-scheletrici nell'operatore sanitario in corso di spostamento manuale di pazienti non auto sufficienti e/o allettati. Data la rilevanza del problema dei disturbi muscolo-scheletrici negli operatori sanitari, infatti, si calcola che il 40% della popolazione lavorativa soffre di questo tipo di disturbi, sono state adottate numerose strategie di riduzione e prevenzione del danno.

Premesso che la movimentazione manuale dovrebbe essere l'eccezione in quanto i pazienti vanno stimolati a collaborare, tutte le volte che è necessario comunque quando la movimentazione è necessaria andrebbero usati gli ausili per gli spostamenti. Negli Ospedali di numerosi Paesi europei ed extra europei sono state istituite "politiche di non sollevamento" (no-lift policy) per limitare o ridurre gli spostamenti manuali. Si è visto, infatti, che gli operatori che utilizzano i sollevatori, ad esempio, hanno un minore rischio di andare incontro al classico mal di schiena; bisognerebbe quindi rendere, a tutti, disponibili gli strumenti meccanici per spostare e sollevare i malati.

La Regione Puglia a partire dall'anno 2015 ha istituito corsi ad hoc che, coinvolgendo tra le altre figure il Personale degli Uffici di Medicina del Lavoro dei Presidi Ospedalieri, degli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico e degli Istituti Ospedalieri Universitari, si prefiggono il fine di valutare il rischio M.A.P.O. (movimentazione manuale dei pazienti ospedalizzati) onde determinare, tra le altre cose, la percentuale di rischio del danno muscolo-scheletrico negli operatori sanitari in funzione della mancanza o carenza proprio degli ausili idonei alla M.M.C. (movimentazione manuale dei carichi) in relazione al proprio specifico ambiente di lavoro. Sebbene ci sia un miglioramento della situazione, è ancora problematico trovare in tutte le strutture di degenza e cura il materiale necessario e le motivazioni fondamentali per far utilizzare agli infermieri, e non solo, le migliori tecniche per una corretta MMC.

L'efficacia di questi programmi, la modifica dei protocolli di reparto e una valida formazione, hanno altresì dimostrato nel tempo un miglioramento della sintomatologia dolorosa a carico dei diversi distretti corporei di spalla, rachide cervico-lombare e ginocchia, nel personale sanitario.

Dopo anni di sperimentazione in reparti per lungodegenza si è notata una forte riduzione del numero di operatori con problemi alla schiena quando il team fosse composto da persone competenti nelle tecniche di sollevamento che, sapendo lavorare in squadra, avevano la padronanza necessaria nell'eseguire le movimentazioni ad alto ri-



schio usando le competenze tecniche appropriate. Le movimentazioni dei pazienti, ad esempio, dovrebbero essere assegnate a poche persone selezionate che non abbiano problemi muscolo-scheletrici di partenza e che abbiano forza fisica e capacità, oltre ad un'adeguata formazione all'uso degli strumenti per la movimentazione. Essenziale, altresì, è che le caratteristiche fisiche degli operatori siano simili (sesso, altezza e struttura corporea ad esempio). Al contrario, fattori critici quali le manipolazioni e gli spostamenti non coordinati e movimentazioni manuali incongrue fatte da coppie di persone con caratteristiche fisiche molto diverse, portano inevitabilmente a creare

quelle condizioni favorevoli al cedimento delle articolazioni negli operatori addetti all'assistenza dei pazienti allettati. Inoltre, un team preparato aumenta il ricorso consapevole ai mezzi di sollevamento meccanici riducendo le movimentazioni manuali incongrue fatte da personale non addestrato. Purtroppo questa soluzione non è di facile realizzazione per la carenza di personale di supporto e per il numero relativamente limitato di operatori con requisiti idonei. Un altro problema è che il team specifico per questa tipologia di lavoro dovrebbe essere garantito per 24 ore al dì, e la cosa richiede ancora di più un numero congruo di personale di difficile reperimento. Le cinture e i corsetti addominali sono delle bande con fasce estensibili che assicurano diversi livelli di pressione e rinforzo alla colonna vertebrale dell'operatore che li indossa. Contrastare le forze di torsione, rinforzare la colonna aumentandone la resistenza, ridurre i piegamenti eccessivi e ricordare a chi le indossa di sollevare correttamente i pesi, non è cosa inutile. Preciso però che studi in questo campo hanno rilevato che la pressione intra addominale rafforzata dal corsetto, non ha un ruolo importante sulla riduzione della pressione a livello discale o sulla tensione dei muscoli estensori della schiena. In un altro studio americano, ancora, non è invece stata riscontrata alcuna associazione

“Il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza”

tra l'uso dei corsetti/cinture addominali e la riduzione dell'incidenza di dolore e/o di lesioni alla colonna vertebrale nel personale sanitario. Quindi l'uso di questi presidi è sempre raccomandato per prevenire danni in corso di piegamenti della colonna con carico sollevato/spostato di massimo 5-7 Kg., e null'altro. In tutti i corsi per infermieri su questi argomenti vengono insegnate le tecniche per lo spostamento manuale dei pazienti, mentre si fa poca attenzione alla formazione del personale stesso all'uso

dei mezzi meccanici atti al sollevamento, spesso e volentieri perché questi presidi sono mancanti, obsoleti o non funzionanti, e ciò nonostante ci sia un diffuso consenso che la formazione

sulle meccaniche corporee e sulle tecniche di movimentazione ergonomica riduca nel tempo i problemi muscolo-scheletrici.

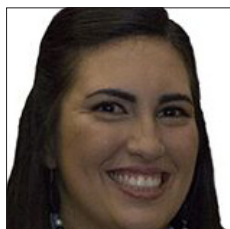
Ben 35 anni di ricerca dimostrano che la soluzione definitiva al problema non può che essere la dotazione al personale interessato dei cosiddetti ausili maggiori (i sollevatori) e dei cosiddetti ausili minori (le barelle elettro regolabili o le tavole ad alto scorrimento) unitamente a corsi permanenti di formazione sulla loro corretta utilizzazione. Continuano ad esserci prove tangibili sul fatto che i mezzi meccanici, ove esistenti, non vengano usati in particolare modo nei reparti dove manca una formazione ad hoc e lì dove c'è un elevato turnover del personale. La formazione continua degli operatori all'uso degli ausili meccanici è quindi fondamentale per la prevenzione dei danni muscolo-scheletrici e richiedere con forza l'acquisto di tali presidi, è per gli operatori sanitari un dovere quantunque sia un sacrosanto diritto. La formazione dei lavoratori in materia di salute e di sicurezza sul lavoro è stata imposta dal D. Lgs. 81/2008 (Testo Unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro) e regolamentata dalla Conferenza Stato-Regioni, del 21/12/2011. Secondo l'art. 37 comma 1 del D. Lgs. n. 81/2008, il datore di lavoro assicura che ciascun lavoratore riceva una formazione sufficiente ed adeguata in materia di salute e sicurezza.



AGGRESSIONI SUL POSTO DI LAVORO

Dalla comprensione del personale all'incomprensione del paziente

Lucrezia
CENTRONE



In ambito di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro il concetto di prevenzione negli anni ha subito numerose modificazioni.

La metodologia operativa degli esperti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, dagli anni "50 agli anni "70, determinata dalle norme esistenti, era prevalentemente indirizzata al

miglioramento della sicurezza tecnica, alla messa a punto di impianti e macchine e di procedure operative più sicure. Gradualmente, negli anni "80 e "90, il modo di pensare, progettare e attuare gli aspetti della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro è fortemente cambiato; infatti, alla teoria della valutazione dei rischi si è associata la metodologia dell'approccio gestionale sistemico. L'attuazione della prevenzione nelle organizzazioni, di qualunque dimensione e settore di attività, è un problema prevalentemente gestionale che deve essere progettato, promosso e controllato da tutti gli attori della prevenzione coinvolti,

individuati dalla specifica normativa vigente. Tutte le norme, però, è bene evidenziare, costituiscono solo le condizioni minime che devono essere rispettate e applicate. Per molti datori di lavoro la prevenzione è vista ancora come un obbligo formale il cui adempimento è spesso attuato su base cartacea (obbligo di elaborare la documentazione prevista dalle norme come il DVR, il PE, il DUVRI, ecc..) e come un problema tecnico da delegare agli specialisti.

Per far crescere una cultura e un insieme di modalità operative nel campo della prevenzione, che non siano solo basate sulle indicazioni legislative, si ritiene necessario riunire i contributi delle diverse discipline che convivono a pieno titolo sul campo della salute e sicurezza lavorativa. Come in ogni sistema sociale, anche nei gruppi di lavoro il comportamento individuale è in gran parte influenzato da altre persone, dai processi di influenza reciproca, dai valori, dalle norme, ecc.. Inoltre, gli studi che si sono occupati di comportamenti di sicurezza in ambito lavorativo hanno riconosciuto l'importanza di fattori quali il clima di sicurezza, l'atteggiamento del lavoratore, la percezione di controllo e le caratteristiche sociali e demografiche del lavoratore (età, anzianità lavorativa, etc.).

Nelle strutture sanitarie (Ospedali, Distretti Socio Sanitari, Dipartimenti) si verificano molti eventi infortunistici. Ogni evento infortunistico può essere analizzato da differenti punti di vista:

medico (prevenzione e cura dei danni da infortunio e malattie professionali);



ergonomico (compatibilità fra essere umano, macchine e ambiente); tecnico-ingegneristico (a livello di progettazione degli strumenti); socio-psicologico. Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di violenza come aggressione, o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte. L'aggressione, per definizione, è un atto di violenza o di interazione sociale esercitata in modo palese nei confronti di qualcuno. Si tratta di un comportamento intenzionale e spesso dannoso che ha lo scopo di infliggere dispiacere. Questo tipo di comportamento negli esseri umani può essere associato ad un atteggiamento di aggressività, inteso come contrario di sottomissione. Gli episodi di violenza contro operatori sanitari sono considerati eventi sentinella in quanto segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

La Joint Commission riporta, nei reports di studi effettuati sul tema, numerosi eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio. Il flusso informativo INAIL riporta infortuni in aziende sanitarie in cui il soggetto è stato colpito da un'altra persona. In modo più specifico si riscontrano infortuni nei quali la vittima ha subito violenza, aggressioni o minacce. A livello della Regione Puglia i dati del sistema di Incident Reporting indicano la presenza di segnalazioni relative a eventi nei quali un paziente ha messo in atto (o ha tentato di mettere in atto) un comportamento violento nei confronti di un operatore.

Gli episodi di violenza contro gli operatori sono considerati "Eventi Sentinella" poiché indicano la presenza, nell'ambiente lavorativo, di situazioni di vulnerabilità o di rischio che richiedono l'attuazione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica

nel posto di lavoro".

Il concetto di violenza sul posto di lavoro include in generale gli insulti, le minacce o le forme di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro da soggetti esterni all'organizzazione, ivi compresa la clientela, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere di una persona. Nella violenza può essere presente una componente razziale o sessuale.

I modi di aggressività o di violenza possono presentarsi sotto forma di:

comportamenti incivili (mancanza di rispetto per gli altri);

aggressioni fisiche o verbali (con intento lesivo);

violenza personale (con intento nocivo).

Per contrastare la violenza cui possono essere vittime tutti gli operatori sanitari e non, occorre agire sulla prevenzione, al fine di riuscire, se non a eliminare del tutto, quantomeno a diminuire gli episodi di violenza. La corretta azione gestionale da parte delle direzioni sanitarie, la formazione del personale, lo studio del fenomeno e la modifica dell'ambiente sono gli elementi principali su cui intervenire per far sì che i comportamenti e gli ambienti dove vengono erogate le prestazioni di ascolto, cura ed assistenza siano il più possibile idonei sia per gli utenti che per gli operatori, a garanzia della loro sicurezza.

Importante conoscere le tecniche di de-escalation. Il primo passo è quello di identificare gli elementi rilevanti alla base del conflitto, per rompere i legami univoci tra di loro e favorire negli attori coinvolti nuove strategie di comunicazione e di problem solving; il secondo passo è quello di amplificare le possibilità di scelta, di azione e di interazione, moltiplicando così anche i possibili esiti, non solamente distruttivi, della dinamica conflittuale.

Quando una situazione potenzialmente violenta rischia di scoppiare e non ci si trova sotto la minaccia di armi, una de-escalation verbale è appropriata. L'unico contenuto della de-escalation verbale è il riportare con la calma l'eccitazione ad un livello di maggiore sicurezza. Non alzare il tono e non provare a parlare sopra una persona che sta urlando. Non provare la de-escalation se il cliente ha un'arma. In questo caso, semplicemente assecondarlo.

- **IPERTENSIONE & COMORBILITA' COMMUNICATION LABORATORY**
Bari, 21 Gennaio 2017
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 080 5061372
E-mail: info@clabmeeting.it
- **PUERAPULIAE: ALLERGIE E DINTORNI CENTRO ITALIANO CONGRESSI CIC SUD**
Altamura, 21 Gennaio 2017
Sala Conferenze Ospedale della Murgia F. Perinei
INFO: Tel. 080 5043737
E-mail info@cicsud.it
- **LE MALATTIE POLMONARI OSTRUTTIVE CRONICHE**
Bari, 28 Gennaio 2017
Villa Romanazzi Carducci
INFO: Tel. 0883 954886
E-mail info@e20econvegni.it
- **CLOSE-UP SULLA BIOLOGIA ED IMMUNOLOGIA DEI TUMORI. LE TARGET THERAPIES E L'IMMUNOTERAPIA DEGLI ALGORITMI**
Barletta, 3/4 Febbraio 2017
Sala Conferenze - Castello Svevo
INFO: Tel. 099 2212963
E-mail info@qibli.it
- **10 ANNI DI STORIA A CONFRONTO CENTRO ITALIANO CONGRESSI CIC SUD**
Bari, 10 Febbraio 2017
Hotel Oriente
INFO: Tel. 080 5043737
E-mail info@cicsud.it
- **APPROFONDIMENTI IN CARDIOLOGIA ITALIANA CONGRESSI E FORMAZIONE S.R.L.**
Bari, 24 Febbraio 2017
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 339 2822937
E-mail segreteria@italianacongressi.it
- **AGORA' 2017 ABC PER IL PEDIATRA: COME ORIENTARSI DI FRONTE A UN BAMBINO CON...**
Bari, 23 Marzo 2017
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 080 9905360
E-mail info@meeting-planner.it
- **AGORA' 2017 LA CASSETTA DEGLI ATTREZZI: I TOOLS PER IL PEDIATRA MEETING PLANNER SRL**
Bari, 23 Marzo 2017
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 080 9905360
E-mail info@meeting-planner.it
- **AGORA' 2017 SINDROMI E ACRONIMI IN DERMATOLOGIA, ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA MEETING PLANNER SRL**
Bari, 23 Marzo 2017
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 080 9905360
E-mail info@meeting-planner.it
- **AGORA' 2017 CONGRESSO NAZIONALE DI ALLERGOLOGIA E PEDIATRIA MEETING PLANNER SRL**
Bari, 24/25 Marzo 2017
Nicolaus Hotel
INFO: Tel. 080 9905360
E-mail info@meeting-planner.it
- **MODELLI DI MEDICINA INTEGRATA: CURE DI SUPPORTO, SIMULTANEOUS CARE E CURE PALLIATIVE QIBLI' S.R.L.**
Bari, 31 Marzo/1 aprile 2017
I.R.C.C.S. Istituto Tumori «Giovanni Paolo II» Bari
INFO: Tel. 099 2212963
E-mail info@qibli.it