

3/4

numero

# Filodiretto

Anno XXXI/ numero 3/4 maggio/agosto 2013 / 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

## STAFFETTA TRA GENERAZIONI



in evidenza

**EDITORIALE**

Le cure sanitarie &  
l'infermieristica in  
tempo di crisi

**PRIMO  
PIANO**

La sanità e la  
spending REVIEW

**PROFESSIONE  
IN AZIONE**

Premio  
IPASVI BAT



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 XXXI - N° 3/4 maggio/agosto 2013  
Spedizione in A.P.  
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.  
Iscritto nel registro nazionale della stampa P.399/199



Questo periodico è associato alla  
Unione Stampa Periodica Italiana

# Filodiretto

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

## Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra, 42 - 70124 Bari - T. 080 54 27 333 - F. 080 54 27 413  
redazione@filodiretto.it

## Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)  
T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51 - www.editricelimmagine.it  
Finito di stampare il 26 agosto 2013

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

## Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

## Comitato di redazione

Andreina Bruno, Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio, Rosa Cipri,  
Teresa Di Giorgio, Vincenza Anna Fusco, Tommaso Garofoli, Elena Guglielmi,  
Vanessa Manghisi, Angelica Misino, Nicola Oliva

## Comitato di esperti

Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Maria Caputo,  
Leonardo Di Leo, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli,  
Carmela Marseglia, Giuseppe Notamicola, Savino Petruzzelli

## Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

## Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

## Hanno collaborato

Nicola Bianco, Elena Chiefa, Beatrice Dibenedetto, Annalisa Guido, Vincenzo  
Inglese, Mara Locantore, Chiara Perniola, Loredana Piazzolla, Alessandro Pipolo,  
Valentina Pulpito, Francesco Visaggio,  
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: redazione@filodiretto.it

Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/5427333.

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 **3/4**

## EDITORIALE

### 3 LE CURE SANITARIE & L'INFERMIERISTICA IN TEMPO DI CRISI

Saverio Andreula

## PRIMO PIANO

### 6 REVIEW PROGETTO A.M.B.R.A.

Carmela Marseglia

### 8 FORMAZIONE E OCCUPAZIONE

Angelica Misino

### 10 LA SANITÀ E LA SPENDING REVIEW

Vanessa Manghisi

### 13 STRATEGIE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Savino Petruzzelli

## PROFESSIONE IN AZIONE

### 15 DIFENDIAMOCI DALLA PUBBLICITÀ CATTIVA

Mara Locantore, Annalisa Guido

### 17 IV° PREMIO IPASVI BAT

Loredana Piazzolla

### 20 LA VIOLENZA SESSUALE

Alessandro Pipolo, Valentina Pulpito

### 22 TRAPIANTOLOGIA

Beatrice Dibenedetto

### 24 L'INFERMIERE E LA MEDICINA PENITENZIARIA

Francesco Visaggio

### 26 NUOVE COMPETENZE INFERMIERISTICHE

Nicola Bianco, Chiara Perniola

## IN FORMAZIONE

### 29 NUOVI RISCHI OCCUPAZIONALI EMERGENTI

Vincenzo Inglese, Elena Chiefa

## INSERTO 3/4

### MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

## PILLOLE D'INFORMAZIONE

Pasquale Nicola Bianco

## CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



# LE CURE SANITARIE & L'INFERMIERISTICA IN TEMPO DI CRISI

Saverio  
**ANDREULA**



*L'attuale crisi economica sta "aggredendo" i diritti sanitari costituzionalmente garantiti dei cittadini e con essi il nostro essere professionista, oltre ogni misura. Sono in forte aumento i cittadini che rinunciano alle cure sanitarie (sempre meno pubbliche e sempre più private) e risulta in forte aumento anche la crisi occupazionale degli infermieri (non certamente perché sono migliorate le condizioni di salute della gente... ma semplicemente perché sono cambiate le condizioni economiche del paese). I recenti provvedimenti legislativi in tema di contenimento della spesa, hanno confezionato un'offerta sanitaria pubblica sempre più "compartecipata" dal cittadino, con l'evidente conseguenza che anche banali "controlli sanitari preventivi", i così detti "Check-up", sono accantonati o rimandati a tempi migliori, salvo che non sia imprescindibile, alla faccia di principi e valori costituzionali legati al vituperato concetto della salute che la politica continua imperterrita a somministrarci: "La prevenzione prima di tutto"?. E quando l'emergenza ti costringe a decidere subito, si opta con maggiore frequenza per la struttura privata (in forte aumento e senza monitoraggi) o eventualmente convenzionata, più comoda, con una lista d'attesa accettabile, costosa (per ora) quanto ospedali e ambulatori. Le comunicazioni istituzionali ci inducono a supporre che non abbiamo ancora toc-*

*cato il fondo. Infatti, il Sistema Sanitario Nazionale rischia il collasso finanziario e conseguentemente mina l'equità dell'accesso alle cure, non più garantite. Insomma, un altro pezzo di welfare cui bisogna dire addio.*

*E' di tutta evidenza che la crisi economica pesa anche su di noi infermieri e più in generale sul settore infermieristico. Tanto è quanto emerge da uno studio comparativo di 34 Paesi europei realizzato dalla Federazione europea delle associazioni infermieristiche (E.F.N). Secondo il rapporto, infatti, negli ultimi tempi si è assistito a una riduzione dei posti di lavoro in tutta Europa, al taglio degli stipendi degli infermieri, al congelamento dei salari e a minori percentuali di assunzioni e di mantenimento dei posti di lavoro. Si osserva, in tale situazione, la richiesta di maggiore lavoro per gli infermieri per mantenere standard di qualità accettabili (quali)? Senza dimenticare che la mancanza di attrezzature, le forniture ridotte e il personale inadeguato mette quotidianamente a rischio la vita dei pazienti. Altri dati inquietanti, evidenziati nel rapporto della federazione europea a riguardo della situazione specificatamente italiana, si riferiscono alla chiusura di ospedali e strutture sanitarie; alla documentata circostanza che l'educazione/formazione infermieristica abbia ricevuto meno fondi rispetto all'educazione/formazione medica e ancora, che l'assistenza domiciliare e quella agli anziani sia spesso affidata a immigrati senza qualifiche e quindi senza una preparazione professionale adeguata. Il quadro che emerge preoccupa tutti con sensibilità diverse. Forse, gli argomenti trattati dalla "libera" Federazione Europea delle Associazioni Infermieristiche, dovrebbero*

*impegnare anche la FEPI (Federazione Europea degli enti regolatori e delle autorità competenti per la professione infermieristica), cui, com'è noto aderisce la Federazione nazionale IPASVI, che vanta la qualificata presenza di due esponenti italiani (Rocco Gennaro nella qualità di vice presidente e Ciro Carbone già presidente del Collegio IPASVI di Napoli e autorevole componente del comitato centrale della Federazione Nazionale). Il nostro Paese quindi, è alle prese con una situazione di crisi economica particolarmente grave che innesta una serie di fenomeni in progress che si riflettono, come detto, negativamente sugli infermieri e, in particolare sui cittadini. In ogni regione d'Italia la crisi morde e presenta ai cittadini e di riflesso agli infermieri, conti salatissimi. In Puglia, alcuni degli argomenti oggetto dell'analisi fatta dall'E.F.N., sono stati esaminati nel dettaglio e presentati in una affollata pubblica conferenza (con 700*

*partecipanti) il 16 febbraio scorso dal Collegio Infermieri di Bari dall'espressivo titolo: "Formazione & Occupazione infermieristica". Le equazioni declinate al tema e prese in considerazione sono state principalmente due: i bisogni della gente e la*

*sostenibilità economica del welfare sanitario. L'analisi e l'approfondimento che il Collegio di Bari ha ritenuto di esaminare e condividere è frutto di una evidente crisi che non può lasciare inoperoso il mondo della rappresentanza professionale a tutti i livelli. Il quadro che è emerso dalla ricerca effettuata dal Collegio e presentato in conferenza è desolante sul piano dell'occupazione infermieristica e sulle prospettive. Molto contestati i dati di Almalaurea (anno di indagine 2011) relativi all'occupazione infermieristica entro un'anno dal conseguimento della laurea. Anche i tassi di occupazione infermieristica ripresi da Almalaurea, dall'indagine prodotta, rispetto ai dati rilevati sono incongruenti. L'iniziativa del Collegio di Bari ha segnato la via alla Senatrice/Presidente Annalisa Silvestro. Ci sono voluti sei (6) mesi per la Presidente dell'Ipasvi per farsi ragione della critica situazione occupazionale degli infermieri e*



**IL FILO ROSSO  
 MAI TESSUTO**

in evidenza	<b>EDITORIALE</b>	<b>PRIMO PIANO</b>	<b>PROFESSIONE IN AZIONE</b>	
	...e le stelle stanno a guardare	Il management infermieristico	Assistenza domiciliare	

**Condizione occupazionale**

	Atenei	Ateneo Bari
Lavora	77,5%	74,8%
Non lavora e non cerca	3,3%	1,8
Non lavora ma cerca	20,2%	23,4
Tasso di occupazione (ISTAT) *	77,9%	75,2
Tasso di disoccupazione (ISTAT) **	17,1%	19,3

\* È ottenuto dal rapporto tra gli occupati e gli intervistati. Si considerano occupati coloro che dichiarano di svolgere un'attività retribuita

\*\* È ottenuto da rapporto tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro. Le forze di lavoro sono date dalla somma delle persone in cerca di occupazione degli occupati

**Condizione occupazionale Infermieri Pugliesi**

COLLETTIVO INDAGATO (1980 Infermieri )	Periodo 2008/2012
Lavora	16,5%
Non lavora e non cerca	3,3%
Non lavora ma cerca	80,2%

**RELAZIONE PRESIDENTE IPASVI (SINTESI)  
 CONSIGLIO NAZIONALE STRAORDINARIO**

(RELAZIONE INTEGRALE WWW.IPASVI.IT)

Omissis ... Il tasso occupazionale è sceso per gli infermieri ad un anno dalla laurea, dal 94% del 2007 all'83% del 2010 con segni oggettivi di un'ulteriore riduzione. Siamo quindi ad una "stasi occupazionale" che, sottolinea Silvestro, "ha indotto alcuni Colleghi a chiedere o a sostenere la necessità della chiusura/sospensione di parte dei corsi di laurea in infermieristica". Se è vero che una contenuta riduzione dei posti in ingresso - rileva tuttavia la presidente Ipasvi - non è necessariamente e automaticamente foriera di una riduzione dei laureati, è altrettanto vero che chiedere la soppressione di corsi di laurea in infermieristica non risolve il problema della stasi occupazionale, mentre potrebbe mettere le basi per ben ulteriori problemi nel tempo medio (mantenimento/diminuzione dei Docenti e Ricercatori in Scienze infermieristiche, diminuzione della forza contrattuale della professione in ambito accademico, debole sviluppo della disciplina infermieristica ecc.)... omissis



*affrontare il tema in una specifica seduta di Consiglio Nazionale di giugno c.a. molto affollato e poco partecipato nei contenuti (nessun dibattito sulla relazione presentata). Molti si chiedono: quali le azioni concrete che la Senatrice/Presidente intende proporre e attuare se si considera che la stessa e il suo staff (da oltre un ventennio alla guida della FNC – Collegi IPASVI) ha totalmente ignorato i contenuti del Piano sanitario nazionale 2011-2013? (vedi filo*

*diretto n. 3/4 del 2012). Forse, la stanchezza di un ventennio di Presidenza IPASVI si fa sentire? Che sia giunto il momento di cambiare? Con nuove facce, nuovi stimoli, nuove idee, ...magari investendo nei giovani colleghi? Tanto eviterà “flop mediatici” come quello sotto riportato riguardante il sostegno ad un disegno di legge populista. Presidente, promuova la staffetta generazionale nell’ambito della rappresentanza IPASVI.*

## IL DISEGNO DI LEGGE POPULISTA

### LA STAFFETTA GENERAZIONALE NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

PROPOSTA DI LEGGE AL PARLAMENTO AI SENSI DELL'ARTICOLO 121 DELLA COSTITUZIONE

(DOCUMENTI INTEGRALI SUL SITO WWW.IPASVI.IT)

Il 17 giugno, a Torino il Consigliere regionale Medico del Partito Democratico, **Nino Boeti**, affiancato dalla Presidente del Collegio Ipasvi di Torino **Maria Adele Schirru** e dalla Presidente della FNC Ipasvi, Sen. **Annalisa Silvestro**, ha presentato la proposta di legge che segue:

#### Art. 1 - (Finalità)

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale nella professione infermieristica e di sostenere l'occupazione giovanile, la presente legge prevede incentivi tesi a favorire il passaggio a contratto a tempo parziale di infermieri con età anagrafica superiore a 55 anni (*infermieri senior*) e la contestuale assunzione di giovani infermieri (*infermieri junior*) non occupati.

#### Art. 2 - (Definizioni)

1. Ai fini della presente legge, sono definiti “*infermieri senior*” gli infermieri che abbiano superato i 55 anni di età.

2. Ai fini della presente legge, sono definiti “*infermieri junior*” gli infermieri di età inferiore ai 30 anni disoccupati o inoccupati.

#### Art. 3 - (Incentivi)

1. Gli incentivi di cui al comma 3 sono riconosciuti, nei limiti delle risorse disponibili, qualora si verifichino le seguenti condizioni:

a) l’“*infermiere senior*”, cui manchino non più di 36 mesi alla maturazione dei requisiti pensionistici, accetti volontariamente una riduzione dell’orario di lavoro non superiore al 50% delle ore lavorate; b) a fronte di tale riduzione, il datore di lavoro, pubblico o privato, assuma con contratto di lavoro a tempo indeterminato un “*infermiere junior*” per un numero di ore non minore rispetto a quelle diminuite dall’“*infermiere senior*”; tale condizione deve permanere sino alla maturazione dei requisiti pensionistici dell’“*infermiere senior*”;

c) l’“*infermiere senior*” svolga una funzione di mentore a favore dell’ “*infermiere junior*”; d) sia previsto, da parte dell’azienda, un percorso di inserimento a favore dell’“*infermiere junior*”.

2. Gli incentivi di cui al comma 3 sono attivati attraverso la sottoscrizione di un “patto intergenerazionale” controfirmato da “*infermiere senior*”, “*infermiere junior*”, azienda e rappresentanze sindacali, previa attestazione dell’INPS circa la sussistenza, per l’“*infermiere senior*”, dei requisiti di cui al comma 1 lettera a).

3. Qualora si verifichino le condizioni di cui ai commi 1 e 2, all’“*infermiere senior*” è riconosciuta l’integrazione contributiva sino all’importo corrispondente all’orario di lavoro svolto precedentemente alla riduzione, sino alla maturazione dei requisiti pensionistici.

#### Art. 4 - (Promozione della staffetta generazionale)

1. Le strutture sanitarie pubbliche, private e private convenzionate avviano, in collaborazione con l’INPS, una ricognizione circa la forza lavoro infermieristica con le caratteristiche di cui all’articolo 2, comma 1 ed adottano, di concerto con le rappresentanze sindacali, piani di informazione volti a diffondere tra i potenziali destinatari, la conoscenza dell’opportunità offerta dalla presente legge.

### PERCHÈ IL DISEGNO DI LEGGE È POPULISTA

1. Il disegno di legge è argomentato come se fosse un contratto di solidarietà per una azienda in crisi ma trattandosi di una norma di carattere nazionale è di improbabile e difficile applicazione soprattutto se riferito ad una sola professione.

2. Il disegno di legge ai fini pensionistici considera che l’infermiere senior 36 mesi, prima del collocamento in pensione, accetti volontariamente la riduzione non superiore al 50% delle ore lavorative (perdendo il 50% della retribuzione) mentre ai fini della pensione viene riconosciuto l’intera retribuzione (dove si prendono i soldi per la copertura contributiva?).

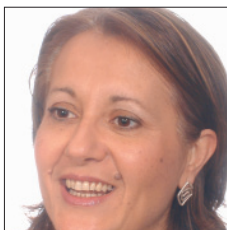
3. Il DDL in ordine alla copertura contributiva per la pensione, nulla dice sul trattamento di fine servizio (attualmente il trattamento di fine servizio, si calcola sulla retribuzione percepita negli ultimi 12 mesi di tempo pieno) formula di calcolo di fine servizio (retribuzione degli ultimi 12 mesi\* 80% diviso 15\* anni di servizio) con la riduzione del 50% della retribuzione si riduce del 50% la liquidazione.

# REVIEW PROGETTO

## A.M.B.R.A.

### Analisi, metodi, bisogni delle risorse assistenziali

Carmela  
MARSEGLIA



La previsione del fabbisogno di personale infermieristico, nella realtà italiana, è regolamentata dalle leggi dello Stato, dai contenuti dei contratti di lavoro e dalle leggi regionali.

Il dato più significativo di evoluzione normativa del sistema di gestione del personale è dato dal passaggio dal concetto di pianta organica a quello di definizione di fabbisogno di personale disposto dal D. Lgs n. 29/93, più volte modificato ed integrato, che disciplina l'attività dei dipendenti pubblici. Abbandonato il concetto di pianta organica predefinita, la legislazione fissa l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro. Nella Regione Puglia il Regolamento Regionale del 13 gennaio 2005, n.3 non definisce un coefficiente minimo obbligatorio, ma indica i parametri di riferimento di cui tenere conto: "La Direzione definisce il fabbisogno di personale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività, secondo i criteri specificati."

Il Collegio IPASVI di Bari agli inizi del 2008 per meglio comprendere il fenomeno ha attivato un progetto di ricerca. I risultati sono pubblicati nel volume "Progetto A.M.B.R.A"

acronimo di Analisi, Metodi, Bisogni delle Risorse Assistenziali. Il gruppo di lavoro si è posto come obiettivo di quantificare e "qualificare" la perenne carenza degli infermieri coniugando le variabili organizzative e strutturali che caratterizzano ciascuna Unità Operativa e l'infermieristica espressione di autonomia decisionale e responsabilità in tutti gli aspetti dell'attività assistenziale.

Pertanto sono stati considerati per la strutturazione del progetto AMBRA le indicazioni derivanti da due fonti:

1. Linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica definite dalla Regione Umbria con delibera n.1972 del 15/12/2004.
2. Indicazioni derivate da uno studio californiano pubblicate su "Il Sole 24 Ore Sanità" del 26 febbraio 2008.

Il progetto A.M.B.R.A. ha inoltre la innovativa particolarità di contenere le linee guida per una razionale allocazione delle risorse umane nelle altre realtà ospedaliere pubbliche o private per ogni singola Unità Operativa.

Nei mesi precedenti la Regione Puglia ha proceduto alla definizione delle piante organiche e il progetto A.M.B.R.A. è stato indicato come fonte di consultazione.

Il Progetto A.M.B.R.A.- REVIEW si pone l'obiettivo di implementare il progetto iniziale con l'inserimento delle figure di supporto, una definizione del fabbisogno assistenziale nei blocchi operatori e negli ambulatori.

**STRUMENTI FUNZIONALI E FASI DI REALIZZO**

- Costituzione gruppi di lavoro;



- analisi della letteratura e della normativa inerente;
- avvio di rapporti con i Dirigenti infermieristici (dove presenti);
- avvio di rapporti e richiesta di dati organizzativi e/o strutturali con le Direzioni Strategiche delle Aziende sanitarie pugliesi;
- elaborazione al termine delle ricerche e dell'acquisizione dei dati del testo Progetto A.M.B.R.A.- REVIEW;
- presentazione del progetto agli organi istituzionali competenti, alle associazioni professionali e alle associazioni di tutela del cittadino.

I risultati del progetto di ricerca sono diretti a garantire adeguati ed appropriati livelli assistenziali nelle singole aree cliniche per rispondere alla domanda di sicurezza, di qualità e appropriatezza delle prestazioni richiesti dai pazienti e della istanza della professione infermieristica di presa in carico globale e continua del paziente.

Presumibilmente, applicando nella pratica questa formula emergerebbe in molte realtà ospedaliere la necessità di un adeguamento delle risorse infermieristiche.

A tal proposito preoccupano i costi: è utile considerare quanto documentato nella rivista "Ahrq Research in Action" (marzo 2004), ovvero che un'inadeguata presenza infermieristica determina inevitabilmente eventi avversi -



infezioni da pneumococco, ulcere da pressione, infezioni del tratto urinario, infezioni di ferite, cadute, errori relativi alla somministrazione dei farmaci - che fortemente aumentano i costi di degenza.

Si auspica che il progetto possa essere punto

**“Il progetto di ricerca A.M.B.R.A. è finalizzato a definire adeguati ed appropriati livelli assistenziali nelle singole aree cliniche per rispondere alla domanda di sicurezza, di qualità e appropriatezza delle prestazioni infermieristiche”**

di partenza per un'analisi dei metodi e bisogni delle risorse assistenziali al fine di una razionale allocazione delle risorse umane all'interno dell'Azienda, volta ad un miglio-

ramento della qualità dell'assistenza.

I destinatari del progetto sono in particolare modo i dirigenti infermieristici, coordinatori infermieristici, dirigenti aziende sanitarie e assessorato alla salute.

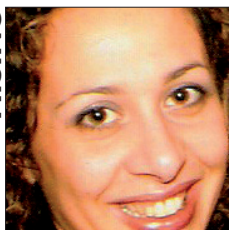
Questo lavoro vuole essere un contributo per coloro che intendono progettare e gestire il cambiamento da un tipo di assistenza tradizionale ad un modello organizzativo dell'assistenza infermieristica, incentrato sull'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità clinico-assistenziali, sulla tempestività e la continuità della cura, sulla comunicazione con gli utenti.



# FORMAZIONE E OCCUPAZIONE

## Intervista a Stefano Bazzana, Presidente Collegio IPASVI Brescia

Angela  
MISINO



Di “Formazione e occupazione” si è parlato nel corso del convegno organizzato dal Collegio IPASVI della provincia di Bari a Pugnochiuso dal 3 al 6 giugno scorso. Il tema è stato oggetto

dell'intervento di Stefano Bazzana presidente del Collegio IPASVI della provincia di Brescia. Nel convegno - spiega Bazzana - è passato un messaggio importante che la formazione “tradizionale” legata ai corsi, può essere valorizzata ed integrata con la formazione sul campo, quella che gli infermieri fanno confrontandosi tutti i giorni nei luoghi di lavoro. Tutti i giorni, gli infermieri, incontrano problemi reali, organizzativi ed insieme cercano soluzioni comuni, sia di tipo clinico, per rispondere ai bisogni dell'assistito in forma appropriata, sia per rispondere ai problemi organizzativi e trovare delle soluzioni, che siano ben viste sia dal cittadino-utente che dalla struttura in cui siamo inseriti.

Noi stiamo vivendo il problema della disoccupazione che nella provincia di Brescia conta qualche centinaio di neolaureati. Questi avevano scritto anche ad un giornale, ci sono state polemiche su alcune strutture che avevano promesso il posto ma che non le hanno rispettate. L'unico a rispondere è stato il Collegio che li ha invitati

ad un incontro dal quale è nato un gruppo “giovani infermieri IPASVI” della provincia, che ora collabora stabilmente con noi, scrive sulle nostre riviste, progetta dei corsi di formazione, per i loro colleghi neolaureati proprio perché siamo tutti convinti che la risposta all'occupazione possa essere la formazione e sviluppo delle competenze. Per molti di loro grazie a queste competenze aggiuntive, apprese durante la formazione, in cui abbiamo sostenuto dei corsi su come sostenere un colloquio di lavoro, come scrivere in modo efficace un curriculum vitae, saper scrivere un articolo, progettare un corso di formazione. Ci sono stati dei benefici, trovando occupazione come liberi professionisti. Occupazione è anche trovare nuove forme di lavoro, per esempio utilizzare le nuove tecnologie comprese quelle informatiche. Questo gruppo di infermieri ha una pagina facebook, utilizza le newsletter, non soltanto cartacea ma anche informatica e abbiamo più di 2000 iscritti. Con questo sistema possiamo far sentire la loro voce e anche offrire la loro competenza, la loro professionalità proprio attraverso queste nuove forme.”

**Quali sono i contenuti della sua relazione sulle strategie ed esperienze di buone pratiche al collegio infermieri di Brescia?**

La mia relazione ha un duplice scopo, sia l'analisi dei bisogni formativi dei nostri iscritti che sono circa 8.000, sia accompagnarli nelle buone pratiche. Come Collegio abbiamo cominciato ad utilizzare delle metodologie di tipo qualitativo, principalmente il Focus Group e l'Autobiografia, cioè la





metodologia narrativa. Questa metodologia ha portato a far emergere non soltanto quegli aspetti scientifici, statistici, ma anche aspetti di tipo qualitativo, legati ai processi cognitivi, emotivi, legati ai sentimenti, ai valori professionali, ai vissuti, ai diversi significati che ciascun professionista attribuisce alle proprie esperienze di lavoro. Tutto questo, ci porta a lavorare sui problemi e sull'esperienza.

Da questi Focus Group abbiamo anche capito che, i nostri colleghi, hanno bisogno di essere ascoltati e di avere questi spazi protetti, neutrali, non presenti nelle organizzazioni lavorative, ma presenti all'interno del proprio collegio professionale. Per poter dire veramente cosa vivono, cosa sentono nell'esercizio della professione, e non si tratta solo di problemi tecnici, ma sono spesso, problemi di tipo emotivo-relazionale, ammesso che la relazione non venga considerata una competenza tecnica. Qualcuno comincia ad affermare che anche la capacità di ascolto e quella di relazione è una competenza tra quelle tecniche che deve possedere qualsiasi infermiere. Questi gruppi di infermieri, ci hanno ringraziato per essersi potuti confrontare tra loro, a piccoli gruppi e con l'istituzione Collegio Infermieri.

**Un alto argomento emerso dalla sua relazione è quello della interdisciplinarietà.** L'interdisciplinarietà è qualcosa di più della multidisciplinarietà. Mentre, nella multidisciplinarietà ogni professionista porta il proprio contributo sulla persona, ancora,

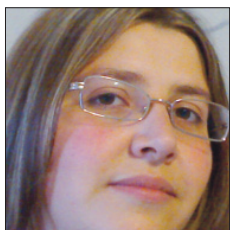
a comportamenti stagni, l'interdisciplinarietà, è invece, la relazione tra tutti i professionisti, la persona, il familiare, il "care giver", quindi una rete di relazioni che è possibile solo quando le singole discipline sono solide e hanno questo vigore disciplinare. Per noi infermieri, è fondamentale avere questa solidità disciplinare perché possa essere riconosciuta anche dagli altri, in primis dai medici, e soltanto quando gli altri professionisti vedono questa nostra certezza, sicurezza, sulla disciplina infermieristica, si sentono alla pari, così come noi non abbiamo nessun timore di confrontarci con altre discipline.

Interdisciplinarietà, non significa "tutti fanno tutto", ma ciascuno ha il proprio ruolo e quindi è importante partire dalle discipline. E' stato ricordato il concetto di responsabilità, in forma positiva, cioè rispondere di ciò che abbiamo fatto o non abbiamo fatto, ma anche la responsabilità verso il futuro, cioè la nostra capacità, quell'ottica positiva proiettata verso il futuro, che ci consente di farci carico delle attività che faremo, come singolo infermiere, sia di tipo clinico, che assistenziale. Ma se penso all'organismo Collegio, una responsabilità sulle scelte che potremmo fare, come singole istituzioni, è quella di confronto, condivisione, interdisciplinarietà, con altri ordini a partire con quello dei medici, con cui può essere fatto questo percorso di sviluppo e di chiarimento dei ruoli diversi, complementari ma entrambi necessari per rispondere ai bisogni della persona e del cittadino.

# LA SANITÀ E LA “SPENDING REVIEW”

Intervista esclusiva al sociologo Ivan Cavicchi,  
Università Tor Vergata di Roma

Vanessa  
**MANGHISI**



Durante l'evento formativo “La Sanità, l'Infermieristica & Spending Review: formazione, occupazione e innovazione”, che si è tenuto dal 3 al 6 giugno scorsi presso il Centro Congressi

di Pugnoli a Vieste, e promosso dai Collegi IPASVI di diverse province d'Italia, sono state diverse ed interessanti le tematiche affrontate dai relatori. Un'analisi inedita è stata proposta dal noto Sociologo dell'Università Tor Vergata di Roma, Ivan Cavicchi esperto di politiche sanitarie che da tempo si occupa di Sociologia delle Organizzazioni sanitarie e di problemi filosofici della medicina. Durante la sua relazione ha posto l'accento sui punti critici che il Sistema Sanitario Nazionale sta vivendo oggi, in seguito, anche alla spending review, e agli aspetti salienti che hanno visto l'infermiere ricollocarsi come professionista in un contesto che è profondamente mutato nel corso di pochi decenni e che lo vede ancora protagonista di un ulteriore cambiamento, derivante sia dal quadro politico, sociale ed economico che si configura sempre più in crisi, sia dalla nuova concezione che si ha della tutela della salute. Ancora più interessante è la sua teoria di cambiamento in quanto ha la sensazione, come molti, che la sanità pubblica non abbia futuro. Parla di

un sistema complesso di processi che non iniziano con il governo Monti con i tagli lineari, la spending review, ma partono da lontano, sono processi lunghi che si sovrappongono. È un processo di decadenza che subentra ad un processo di decadenza. Già negli anni Ottanta c'erano misure urgenti di contenimento della spesa sanitaria, poi sono arrivate varie misure di restrizioni finanziarie, la razionalizzazione è diventata razionamento e poi tagli lineari e spending review.

Questa eventualità negativa, suscita il bisogno di opposizione a tale ipotesi, e il bisogno di mettere in campo delle forze, delle idee, per un cambiamento robusto del sistema, ma rispetto ad un sistema preesistente, c'è il bisogno di discutere i fondamenti del modello che va cambiato. Tutto questo si riversa sulla qualità dell'assistenza e quindi sulla responsabilità professionale, non solo intesa come concetto di responsabilità definita “imputabilità”, ma anche intesa come concetto di responsabilità che va declinato come capacità dell'infermiere di prevedere gli esiti delle sue azioni ragionevolmente, che oggi significa anche non attenersi scrupolosamente a “linee guida”, perché la giurisprudenza, mette prima delle linee guida l'interesse del paziente. Queste per quanto esaustive non sempre fanno l'interesse dell'assistito, in quanto dovrebbero come da definizione, dare dei suggerimenti generali. Il problema nasce quando queste diventano prescrittive. Per anni si sono utilizzate linee guida prescrittive per condizionare i comportamenti professionali in senso economi-



cistico, per poter risparmiare.

**Professor Cavicchi lei ritiene che sia possibile riformare l'idea di tutela della salute, ridimensionando il consumo sanitario e incidendo sulla domanda di cura proveniente dai cittadini/utenti, in seguito a tutti gli aspetti che sono emersi durante questo evento formativo? Oppure c'è più una sorta di ritorno al passato?**

Il pregio del convegno è di aver messo al centro dell'attenzione i rapporti tra i problemi del contesto e i problemi della professione infermieristica. Quindi il pregio è di non leggere i problemi della professione infermieristica in modo "autoriferito o corporativo", ma di leggere i problemi della categoria attraverso i problemi del sistema. I problemi del sistema sono drammatici, nel senso che aumentano le disuguaglianze, pur avendo noi lo stesso diritto alla salute. Aumentano gli squilibri tra nord e sud, soprattutto aumentano le riduzioni sulle tutele, che sono sempre più ristrette, c'è sempre più spinta verso il privato, in un momento di crisi grave. E in questo momento la gente che non ha i mezzi, rinuncia alle cure.

Abbiamo dei dati piuttosto preoccupanti: ad esempio più di due milioni di nuclei familiari abbandonano le cure per ragioni economiche, quindi il rischio che stiamo correndo è di perdere l'articolo 32 della Costituzione che sancisce una cosa che nessuno al mondo ha, che tutti i cittadini indipendentemente dal reddito hanno lo stesso diritto di essere curati. Che ci sia un

rischio di ritorno indietro anch'io lo vedo, e non è un caso che da un po' di tempo si parli insistentemente di mutue, anche se in forma un pò edulcorata, si parla di mutue integrative, di fondi e di assicurazioni private. La motivazione è che siccome c'è la crisi, e siccome lo Stato non si può permettere di spendere soldi per tutelare i diritti, è meglio privatizzare.

Questa è una falsità, in realtà noi potremmo mantenere la tutela del diritto alla salute a tutti i cittadini, intervenendo su alcune sacche di antieconomicità che ci sono nel sistema.

Voglio ricordare che il problema della corruzione in sanità è un problema acuto, e lo dice la Corte dei Conti con dati alla mano; i problemi degli abusi, per cui c'è molto nella pancia del sistema, che andrebbe bonificato.

Se rinuncio a qualificare il sistema a bonificarlo e si prende la scorciatoia della privatizzazione, distruggo un diritto prezioso, distruggo un sistema pubblico e paradossalmente non risolvo neanche le nefandezze che ci sono in questo sistema. Il nodo principale che vedo è l'intreccio che c'è tra governabilità del sistema e spesa pubblica, è un intreccio maleodorante, è il rapporto tra politica e soldi in qualche modo, che in sanità è un rapporto davvero complesso. Il pregio di questo convegno è di dare delle risposte a questo tipo di problemi, partendo dalla figura dell'infermiere, e proponendo una figura di infermiere più moderna, >>



più avanzata, con molte più capacità, con autonomia e responsabilità, in grado di farsi misurare sugli esiti di salute che produce, quindi mettendosi in gioco, prendendo le distanze da quelle che definisco politiche della compatibilità.

Cioè da quelle politiche che da oltre 30 anni dicono alla sanità di adattarsi ad un limite economico, se continuiamo ad adattarci ad un limite economico la sanità pubblica finisce, è come se continuassi ad affettare il salame, prima o poi il salame finisce.

**Come si configura l'infermiere, soggetto o oggetto di cambiamento, nell'attuale contesto organizzativo sanitario, con una domanda di salute completamente mutata?**

Il lavoro medico sanitario, in quanto tale, indipendentemente dalle figure professionali coinvolte, è ancora concepito ed organizzato in modo molto arretrato. Il mondo è cambiato e noi continuiamo ad avere figure vecchie, organizzate in modo vecchio, ed ignoriamo che uno dei cambiamenti più importanti che abbiamo avuto nella nostra società è proprio il cambiamento che riguarda la figura tradizionale del paziente. Oggi non abbiamo più il paziente che conoscevamo una volta.

Nei miei libri lo chiamo "l'esigente" ma semplicemente per indicare con una metafora "un signore" che è autodeterminato, cosciente dei propri diritti, che va dal giudice se qualcosa va storto, che va su "google health" e che s'informa, che sa quasi più del medico, che contratta continuamente con il medico. Con questa figura e con questa società dobbiamo fare i conti, il lavoro rispetto a questi cambiamenti sociali è ancora di tipo vecchio, ed è un lavoro prevalentemente definito in modo burocratico.

Prima definisco i compiti che i lavoratori devono fare, e poi stabilisco il salario, quindi si retribuiscono i compiti definiti dalle norme. Oggi ridurre la complessità sanitaria a compiti mi sembra un "limite", perché oggi c'è bisogno di operatori che sappiano interpretare le complessità che abbiano sensibilità, che si impegnino oltre i compiti, i modi con i quali li svolgono fanno la differenza. E qui c'è l'idea nuova che ho proposto, che è quella di un autore, non più un operatore definito burocraticamente per profili e norme. Un autore che viene

definito per gradi di autonomia e gradi di responsabilità e che viene pagato non più solo per i compiti, ma anche per l'impegno che profonde, quindi con un ripensamento della formula salariale in generale.

Gli infermieri in modo particolare, sono più avanti degli altri professionisti, perché sono quelli che alla fine degli anni Novanta, hanno fatto un'importante legge di riforma del loro Profilo Professionale, mentre le altre figure, parlo delle figure mediche, ancora lo devono fare. Quindi gli infermieri sono più sensibili, un pò più avanti degli altri; per esempio, il loro corso di studi è completamente diverso da quello che segue un giovane medico. Le materie che studia l'infermiere nelle lauree magistrali, sono molto più ricche.

Insegnando alla Facoltà di Medicina vedo le differenze, il modello di formazione del medico è ancora legato ad una cosa che si chiama Tabella 18 e risale al 1938, è un modello di insegnamento nozionistico. Con gli infermieri si è cominciato a ripensare a questo modello nozionistico.

La posta in gioco qual è? È importante che gli infermieri dimostrino questa disponibilità, hanno introdotto elementi di riforma nel nostro lavoro e vogliono spingersi ancora più avanti. Si rendono disponibili ad un grande cambiamento con un ulteriore cambiamento della professione, che dovrà dare risposte tanto alla domanda di salute dei cittadini, tanto ai problemi economici che abbiamo e non si possono negare. Più andremo avanti più aumenteranno.

**Quindi il cambiamento culturale è fondamentale per la professione infermieristica?**

Non è una battaglia facile perché il contesto è molto regressivo. Togliamoci dal pantano. Quando si solleva il problema dei "modi di esprimersi" come infermieri, non si pone un problema strutturale. Si stanno facendo delle ricerche, delle esperienze dove semplicemente cambiando i modi dei comportamenti interni agli ospedali, intervenendo su quella che Marx chiamava la sovrastruttura e non sulla struttura, si ottengono dei risultati straordinari a costo zero, però sono i cambiamenti più difficili. Modificare i comportamenti delle persone è più difficile rispetto a smontare la struttura di un ospedale e rimontarla.



# STRATEGIE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

L'intervento di Saverio Proia, Direzione generale delle professioni sanitarie del Ministero della Salute

Savino  
**PETRUZZELLI**



“Se da una parte l’infermiere, dopo una lunga battaglia, ha conquistato una dimensione diversa del suo ruolo professionale, anche grazie alla formazione universitaria, dall’altra deve fare i conti con un’organizzazione del lavoro rimasta ferma ai tempi della pre riforma sanitaria”. E’ uno dei concetti espressi da Saverio Proia, nel corso del convegno sulla professione infermieristica, tenuto a Pugnochiuso dal 3 a 6 giugno scorsi. Proia si è occupato del tavolo tecnico per l’implementazione e l’approfondimento delle competenze infermieristiche. Da questo punto di osservazione Proia ritiene che “le prospettive sono positive, nel senso che l’infermiere ha conquistato una dimensione del suo ruolo diverso dal passato”. Sempre guardando al futuro prossimo, secondo Proia “60mila medici andranno in pensione, ma non verranno sostituiti. Così nascerà il problema di ridistribuire le competenze nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, facendo in modo che l’infermiere (come già accaduto in passato) abbia ulteriori funzioni che sono anche di competenza medica. Esigenza che è stata sollevata dalle Regioni e portata all’attenzione del Ministero della Salute: bisogna rivedere le competenze, introducendo le specializzazioni previ-

ste dalla legge 43 ma che erano già previste in passato (e mi riferisco all’infermiere di terapia intensiva o a quello di sala operatoria). Infermieri che si formavano nell’ambito di corsi di perfezionamento”. Nel corso del suo intervento, il dottor Proia ha anche portato all’attenzione dei presenti, situazioni provenienti da altri Paesi europei: “Non dimentichiamo che in alcuni Stati esteri, soprattutto quelli di tradizione anglosassone, ma anche in Spagna, gli infermieri hanno un campo d’attività più autonomo rispetto a quanto accade in Italia”. Qualche novità, ha ricordato ancora Proia, è stata sperimentata anche in Italia: “In Toscana, ad esempio, nel momento più delicato della sanità, nei Dipartimenti di Emergenza, è stato introdotto il metodo definito “see and treat”. Di cosa si tratta: di far gestire agli infermieri, debitamente formati, alcune patologie da codice bianco e verde. In pratica dall’accettazione del paziente al pronto soccorso sino alla sua dimissione, il primo operatore sanitario disponibile (medico o infermiere) prescrive analisi, indagini radiologiche e quant’altro sia necessario al momento del ricovero. Di fatto si è venuti incontro ad un’esigenza della regione Toscana e in particolare dei medici del pronto soccorso. Così è maturata la proposta di affidare agli infermieri i cosiddetti “atti medici”. Una situazione che aveva spinto l’Ordine dei Medici di Bologna a denunciare i loro colleghi della Toscana, per istigazione all’esercizio abusivo della professione medica. Quella denuncia e la successiva indagine della Procura della Repubblica di Firenze, è stata archiviata an-



che a seguito dell'invio delle note dettagliate da parte del Ministero della Salute, della Regione Toscana e del Collegio Ipasvi, con le quali si spiegava che da parte degli infermieri non c'era

esercizio abusivo della professione medica. E questo perché, è stato spiegato in quegli atti, l'infermiere svolge un compito di prevenzione, cura e riabilitazione ad ampio raggio. Ingommala Procura di Firenze non ha ravvisato reati e questo servirà come precedente. Tanto che viene da chiedersi se quanto sperimentato in Toscana non possa essere diffuso in tutto il territorio nazionale. Certo sarà un percorso lungo, quasi come se si dovesse attraversare la tundra siberiana, ma quanto accaduto in Toscana potrà aprire la strada ad accordi tra le medici e infermieri, con questi ultimi che potranno vedersi affidare i cosiddetti "atti medici", al termine di un percorso formativo e conoscendo i protocolli operativi. Sia ben chiaro: non si tratta di fare concorrenza al medico. Al contrario bisogna essere convinti del fatto che serve la concertazione tra le due professioni interessate. Non bisogna dimenticare che la professione infermieristica è abbastanza "sfruttata": c'è un'alta professionalità, si prendono responsabilità sulla salute della gente per stipendi che toccano cifre intorno ai 1.300 euro mensili, ma in questo periodo si deve fare i conti anche con disoccupazione infermieristica. Allora non chiederemo nuovi sacrifici ma piuttosto punteremo a far sì che si punti sui cosiddetti "atti medici". Questo vuol dire affidare maggiori responsabilità agli infermieri, ma anche offrire una differente collocazione, come accaduto in Toscana. Chiederemo agli infermieri un maggiore impegno che, però, non vada in conflitto con il medico". A proposito della formazione infermieristica affidata al percorso universitario, il dottor

Proia ritiene che "l'Italia sia lontana anni luce rispetto ad altre nazioni, anche quelle del vicino Mediterraneo. Abbiamo portato la formazione infermieristica nell'Università, come accaduto in Spagna e Grecia, nonostante i difetti dell'università italiana. Ma questa è una scelta che, personalmente, rifarei, migliorando alcuni difetti". Ci sono alcune distanze da colmare con gli altri Paesi, a giudizio di Proia: "In Canada, ad esempio, hanno una Facoltà autonoma e un percorso formativo differente. Da noi, invece, la laurea magistrale, così come è attualmente, non può reggere, finché la stessa laurea magistrale serve solo per coltivare una speranza di diventare dirigente o docente. La laurea magistrale deve essere un punto di partenza per l'evoluzione della professione infermieristica, un requisito ulteriore e non solo un punto d'arrivo. Così come dovremmo cominciare a riconsiderare i master: se vogliamo un infermiere specializzato allora bisognerà pensare a creare percorsi formativi che abilitino a quella specializzazione, come accade per il farmacista, il biologo o lo psicologo. Serve un ordinamento didattico razionale che permetta sbocchi sicuri a livello occupazionale. Quello che sarà il compito dell'infermiere specializzato in pediatria, in area critica, in medicina o in chirurgia, deve essere definito in precedenza, durante il percorso universitario. A questo proposito potremmo definire le specializzazioni diplomi di primo livello". Ultima questione affrontata dal dottor Proia durante il suo intervento a Pugnochiuso, è stata quella dell'organizzazione del lavoro. "E' necessario che nella proposta di accordo Stato - Regioni, che potrebbe diventare accordo Ministero - Regioni, si faccia riferimento ad una nuova organizzazione del lavoro, introducendo l'ospedale per Intensità di cure. Va detto che le Regioni hanno compreso la necessità di cambiare la sanità incidendo sull'organizzazione del lavoro: in Toscana, ad esempio, hanno introdotto l'assistenza 24 ore su 24 e la figura dell'infermiere del Distretto Socio Sanitario. Ma una delle novità è legata all'infermiere di famiglia che garantisce l'assistenza come modalità ordinaria di attuazione dell'organizzazione ospedaliera. È anche necessario che le nuove competenze siano tutt'uno con la modifica dell'organizzazione del lavoro.

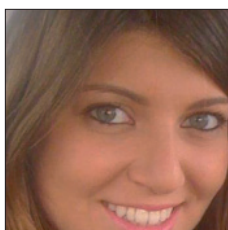


# DIFENDIAMOCI DALLA PUBBLICITÀ CATTIVA

Mara  
**LOCANTORE**



Annalisa  
**GUIDO**



Sin dall'antichità l'uomo ha dato al cibo una valenza non solo nutritiva ma anche funzionale e non raramente religiosa. Non mancano citazioni illustri, a partire da Ippocrate (460-377 a.C.) "se l'alimentazione è inadeguata il corpo si ammala" all'aforisma di Ludwig F e u e r b a c h

(1804-1872) l'uomo è ciò che mangia". Nel corso dell'evoluzione il nostro organismo ha elaborato complessi meccanismi di regolazione del bilancio energetico, selezionando il cosiddetto "genotipo risparmiatore" che facilitava il deposito di grasso nel tessuto adiposo nei periodi favorevoli per poi utilizzarlo nel corso di carestie. Questa teoria, che ha gratificato l'individuo in epoche precedenti, diventa inevitabilmente svantaggiosa in contesti sociali caratterizzati da una facile disponibilità di cibo. In altre parole se nella nostra società occidentale, l'accumulo di adipe diventa motivo di apprensione, purtroppo legata a motivi estetici e non clinici, nella storia dell'uomo ha costituito una sorta di salvadanaio energetico. Si è passati quindi da una condizione di denutrizione ad una di malnutrizione, infatti l'obesità può essere definita una malnutrizione. Ne-

gli ultimi due-tre decenni è stato registrato in tutto il mondo, ma in particolare in contesti sociali con stile di vita occidentale, un drammatico incremento della prevalenza di sovrappeso - obesità. La World Health Organization ha definito l'obesità "emergenza sanitaria del terzo millennio", considerandola tra i maggiori problemi di salute pubblica. Nell'ambito Europeo, l'Italia detiene un triste primato insieme alla Grecia, al primo posto come sovrappeso-obesità tra i bambini in età scolare. I bambini di questa generazione potrebbero avere per la prima volta nella storia dell'uomo un'aspettativa di vita inferiore a quella dei genitori, a causa di problemi di salute legate al peso e quindi all'alimentazione, e in ultima analisi all'obesità. L'obesità è una patologia cronica multifattoriale di notevole rilevanza sia clinica che sociale; deriva da un bilancio energetico positivo protratto nel tempo, in altre parole si introducono più calorie di quante se ne consumino. Nelle attuali società occidentali caratterizzate da inattività fisica, consumare pasti davanti al televisore o al pc, rappresentano i principali duttori di obesità. Tra l'altro il "destining" da la possibilità di consumare bevande, pasti ad alto contenuto energetico, proposti da messaggi pubblicitari che strategicamente imperversano in tv nella fascia oraria destinata ai piccoli. La tutela del minore, sancita dalla Convenzione ONU sui Diritti dell'infanzia, parte anche dalla pubblicità e non deve escludere i messaggi pubblicitari che arrivano nelle nostre case, ai nostri bambini e adolescenti, rendendoli vulnerabili.



È molto importante valutare le ricadute dei messaggi televisivi e delle ore spese davanti a pc, televisori e videogiochi, in quanto ogni ora al giorno trascorsa davanti alla tv aumenta di circa il 25% il rischio obesità, al contrario di quanto accade con ogni ora in più alla settimana dedicata allo sport, che lo riduce del 12%.

Quello che è cambiato nel nostro costume, nell'ambito degli spot televisivi, lo si può apprezzare tornando indietro nel tempo e valutando quelli che erano gli spot come il carosello o altri, nel quale avevamo dei personaggi che non stressavano il concetto del consumo di bibite, bevande, merendine ecc. Le attuali strategie di mercato adottano messaggi più o meno latenti finalizzati a inficiare l'autorevolezza delle scelte alimentari dei genitori, rendendo il bambino protagonista di una sorta di rozza indipendenza che lo autorizza a decidere cosa, come e quando mangiare. In Italia esiste un Codice di Autoregolamentazione TV e minori, sottoscritto nel 2002 come atto di natura privata, recepito in via legislativa dalla Legge 112/04, trasfusa nel Testo Unico di cui al Decreto legislativo 177/05, come modificato dal Decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 44.

Per la Pubblicità il Codice prevede 3 livelli di protezione, in base alle fasce orarie di programmazione.

I livello: protezione generale. La protezione generale si applica in tutte le fasce orarie di

programmazione, quindi una sorta di autocensura.

II livello: protezione rafforzata. La protezione rafforzata si applica nelle fasce di programmazione in cui si presume che il pubblico di minori all'ascolto sia numeroso ma supportato dalla presenza di un adulto (fasce orarie dalle 7 alle 16 e dalle 19 alle 22.30).

III livello: protezione specifica. La protezione specifica si applica nelle fasce orarie di programmazione in cui si presume che l'ascolto da parte del pubblico in età minore non sia supportato dalla presenza di un adulto (fascia oraria di programmazione dalle 16 alle 19 e all'interno dei programmi direttamente rivolti ai minori).

I bambini, dunque, sono un target estremamente interessante e promettente per le aziende, in quanto "consumatori in evoluzione". Durante le trasmissioni televisive per bambini, ad esempio, la pubblicità privilegia cibi non salutari, mentre la presenza di frutta, verdura e altri alimenti sani è scarsa.

È stato ormai riconosciuto che la promozione pubblicitaria di merendine, snacks, biscotti, grissini, salatini, fast food oppure bibite gassate esercitano effettivamente un'influenza sui consumi e sulle richieste dei bambini.

È giusto che i nostri ragazzi siano salvaguardati dall'aspetto insidioso e perverso del messaggio pubblicitario di alcool e bibite.

### **“Le attuali strategie di mercato adottano messaggi più o meno latenti finalizzati a inficiare l'autorevolezza delle scelte alimentari dei genitori”**

#### **AVVERTENZA PER TUTTI GLI ISCRITTI**

La legge 2 del 2009, artt.16 e 16 bis, ha introdotto l'obbligo per i professionisti di comunicazione dell'indirizzo di posta elettronica certificata ai rispettivi ordini e collegi professionali, ai collegi l'onere di rendere disponibile la consultazione telematica di tali indirizzi alle sole pubbliche amministrazioni.

Anche la CEC-PAC (**Comunicazione Elettronica Certificata tra Pubblica Amministrazione e Cittadino**) cioè' ".....@posta certificata .gov.it" e' una modalità di posta elettronica certificata che garantisce la provenienza certa, data e ora di trasmissione, prova di avvenuta trasmissione (**accettazione**) e avvenuta ricezione (**consegna**) del messaggio.

La differenza sostanziale tra PEC e CEC-PAC e' che quest'ultima, oltre ad essere **gratuita** per il cittadino, permette di comunicare esclusivamente con la pubblica amministrazione; quindi al di fuori di questo canale tra PA e Cittadino non e' possibile alcuna comunicazione.

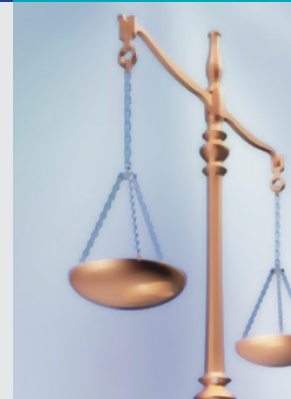


**SPUNTI DI RIFLESSIONE**

a cura di

**avv. Raffaele Cristiano Losacco**

*Specializzazione in diritto del lavoro, sicurezza sociale e gestione del personale,  
Università degli Studi di Bari*



**PERMESSI STUDIO PER GLI STUDENTI LAVORATORI**

I permessi studio per studenti e lavoratori possono essere concessi solo per la frequenza a corsi e lezioni. E' la recente affermazione della Corte di Cassazione – sez. lavoro, con la sentenza n. 17128/2013. I Giudici di merito hanno considerato l'esclusione del diritto ai permessi studio retribuiti per consentire la preparazione di un esame. La pronuncia in commento trae origine dal giudizio promosso da una lavoratrice dipendente comunale, contro la decisione della sua amministrazione, di trasformare i già concessi permessi studio in aspettativa per motivi personali, provvedendo al recupero delle relative somme erogate. La Corte di Appello, nel ricostruire la disciplina del diritto allo studio, ha affermato che il giusto temperamento degli interessi in gioco realizzato dalla normativa di settore esclude che le ore di permesso retribuito possano non corrispondere ad effettive ore di frequenza scolastica. Conseguentemente, il diritto del datore di lavoro di esigere la prestazione lavorativa del proprio dipendente troverebbe limite solo nell'altrettanto rilevante esercizio del diritto allo studio e solo quando questo sia effettivo, mentre il tempo occorrente per la preparazione degli esami e di quant'altro connesso con la necessaria attività finalizzata al conseguimento di titoli di studio (ma diverso dalla frequenza dei relativi corsi) troverebbe espressa garanzia nel diritto del dipendente ad ottenere turni di lavoro più agevoli. In altri termini, il legislatore, individuando nella frequenza alle lezioni il momento di insostituibile apprendimento dal quale dipende il maggior arricchimento del bagaglio culturale del dipendente, e prendendo atto che le lezioni si svolgono abitualmente nell'orario di lavoro, consente esclusivamente allo studente lavoratore di poter fruire, sia pure in parte, di tale arricchimento. Il diritto allo studio è un diritto fondamentale del lavoratore. Già in altre occasioni la Suprema Corte ha avuto modo di affermare che la fruizione dei permessi di studio prescinde dalla sussistenza di un interesse in capo al datore di lavoro (pubblico o privato), essendo riconducibile a diritti fondamentali della persona, garantiti dalla Costituzione (artt. 2 e 34), e dalla convenzione europea dei diritti dell'uomo e tutelati dalla legge in relazione ai diritti degli studenti lavoratori (art. 10, l. n. 300/1970). La stessa Cassazione, peraltro, ha

precisato che l'istituto dei permessi studio trova applicazione anche nel caso di rapporto di lavoro a tempo determinato (cfr. Cass. n. 3871/2011). I permessi retribuiti spettano solo per consentire la frequenza dei corsi di studio ed i relativi esami. Secondo la pronuncia in commento, l'esame della disciplina normativa (art. 10, l. n. 300/1970; art. 3, D.P.R. n. 395/1988) e contrattuale (art. 15, CCNL 14/9/2000 per il personale non dirigente del comparto Regioni ed Autonomie Locali) evidenzia la sussistenza di una necessaria correlazione tra i permessi straordinari retribuiti e la necessità di frequentare un corso di studio, senza che, peraltro, assuma rilievo il carattere obbligatorio o meno della frequenza, atteso che la finalità dell'istituto, nel temperamento dei diversi interessi costituzionalmente protetti, è quella di consentire al lavoratore di fruire di un'occasione di formazione che ben può essere orientativa e di ausilio allo studio individuale, nel caso in cui la stessa coincida con l'orario di lavoro. In particolare, l'art. 15 del CCNL deve essere interpretato nel senso che i permessi straordinari retribuiti possono essere concessi soltanto per frequentare i corsi indicati dalla stessa clausola. Ovvero, corsi destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti, solo per sostenere i relativi esami, in orari coincidenti con quelli di servizio, non per le altre necessità connesse all'esigenza di preparazione degli esami, ovvero per altre attività complementari (come, ad esempio, i colloqui con i docenti o il disbrigo di pratiche di segreteria).

**LICENZIAMENTO DELLA LAVORATRICE PER INIDONEITÀ FISICA E RESPONSABILITÀ RISARCITORIE DEL DATORE DI LAVORO**

Il tema è stato affrontato dalla Corte di Cassazione nella sentenza n. 17123, depositata il 10 luglio 2013. In sede di merito, era stata dichiarata la nullità del licenziamento intimato a una lavoratrice, ravvisando la colpa del datore nell'aver dato rilievo all'accertamento della situazione di inidoneità fisica ad opera dei competenti organi pubblici, sebbene tale accertamento sia risultato smentito dalle indagini successive a cui si è sot-

**CLIII**





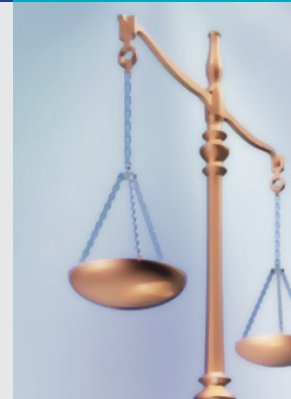
CLIV

toposta la lavoratrice sia presso specialisti privati che presso i presidi medici dell'INPS, la quale ha rigettato la domanda di pensione di inabilità o di assegno di invalidità ritenendo che le infermità riscontrate non fossero tali da determinare una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore a un terzo. Ai fini della condanna al pagamento delle somme a titolo risarcitorio, la Corte territoriale ha ritenuto insussistente l'ipotesi di errore inevitabile del datore ai fini della richiesta riduzione del risarcimento alla misura minima delle cinque mensilità di retribuzione. Il datore ha proposto ricorso, deducendo che i giudici di merito, nel determinare le conseguenze risarcitorie della pronunciata nullità del licenziamento, non avrebbero compiuto la necessaria indagine sulla sussistenza stessa e sulla rilevanza dell'imputazione soggettiva, per colpa, del comportamento del datore stesso. La Suprema Corte ha rigettato il ricorso, precisando che la dichiarazione di invalidità del licenziamento non comporta automaticamente la condanna del datore di lavoro al risarcimento del danno nella misura stabilita dal quarto comma dell'art. 18 Statuto dei lavoratori, con esclusione di ogni rilevanza dei profili del dolo o della colpa nel comportamento del recedente. Condanna al pagamento delle mensilità medio tempore maturate perché il datore non ha dimostrato che l'inadempimento fosse dovuto a impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Gli Ermellini hanno dichiarato che, nel caso di responsabilità risarcitoria del datore per licenziamento illegittimo, si applica l'art. 1218 c.c., secondo cui il debitore non è tenuto al risarcimento del danno nel caso in cui fornisca la prova che l'inadempimento consegue a impossibilità della prestazione a lui non imputabile. Per i Giudici, nel caso in esame, il giudice di appello ha correttamente ritenuto, con valutazione in fatto (non censurabile in sede di legittimità) il ricorrente responsabile, in quanto non ha fornito la dimostrazione ex art. 1218 c.c..

**ASSENZA INGIUSTIFICATA DAL LAVORO**

Tre giorni di assenza ingiustificata: a compierli, però, non è un semplice studente, bensì un lavoratore. Violazione significativa, senza dubbio, ma non tale da legittimare il licenziamento. Dipendente da risarcire, quindi, ma su questo fronte è necessario tener conto della rioccupa-

zione ottenuta dall'uomo – come da lui stesso dichiarato –, anche se l'azienda non ha assolutamente battuto su questo tasto. (Cassazione, sentenza n. 17370 del 14 luglio 2013). Univoca la linea seguita dai giudici nei primi due gradi di giudizio: da accogliere «l'impugnativa del licenziamento» proposta dal dipendente – «assunto con contratto di apprendistato», che era stato cacciato dall'azienda «per assenza ingiustificata di tre giorni». Alla base di questa decisione la semplice considerazione che «la sanzione» messa in opera dall'impresa «non poteva ritenersi proporzionata alla mancanza contestata». Anche tenendo presente che, a livello di contratto collettivo, era stata prevista addirittura «una sanzione conservativa in ordine alla più grave ipotesi del lavoratore che si assenta simulando la malattia o, con sotterfugi, si sottragga agli obblighi di lavoro». E questa ottica viene condivisa anche dai giudici della Cassazione, i quali respingono le rimostranze proposte dall'azienda. Riflettori puntati, a questo proposito, sul nodo della «clausola contrattuale» ritenuta «più favorevole» per il lavoratore: ebbene, ricordano i giudici, «la previsione di ipotesi di giusta causa di licenziamento, contenuta in un contratto collettivo, non vincola il giudice, dato che questi deve sempre verificare, stante la inderogabilità della disciplina dei licenziamenti, se quella previsione sia conforme alla nozione di giusta causa, e se, in ossequio al principio generale di ragionevolezza e di proporzionalità, il fatto addebitato sia di entità tale da legittimare il recesso, tenendo anche conto dell'elemento intenzionale che ha sorretto la condotta del lavoratore». Resta, però, un fronte ancora aperto. È quello della valutazione del danno provocato al lavoratore dal licenziamento, che, come detto, in questo caso, è ritenuto assolutamente illegittimo. Ebbene, su questo punto, le osservazioni proposte dall'azienda vengono ritenute fondate. Per la semplice ragione che i giudici di secondo grado hanno ignorato «la prova dell'aliunde perceptum» -somme percepite svolgendo altra attività lavorativa- come emerso dalle «dichiarazioni confessorie rese» dal dipendente «in sede di libero interrogatorio». Tale nodo dovrà essere sciolto in Corte d'Appello – cui la questione viene nuovamente affidata –, ricordando che «la rioccupazione del lavoratore illegittimamente licenziato» deve essere tenuta ben presente, se costituisce, come in questo caso, «allegazione in fatto ritualmente acquisita



al processo, anche se per iniziativa del lavoratore e non del datore di lavoro». Questo elemento, quindi, dovrà essere attentamente soppesato per la «quantificazione del danno provocato» al lavoratore «dal licenziamento illegittimo».

### ALTRE SUL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

La specificità degli addebiti consente al lavoratore di potersi difendere adeguatamente. Lo ha affermato la Corte di Cassazione nella sentenza n. 17316, depositata il 15 luglio 2013. Un lavoratore aveva chiesto che venisse accertata giudizialmente l'illegittimità del licenziamento intimatogli a seguito di contestazione disciplinare, con la quale gli era stato addebitato di essere venuto meno ai suoi compiti di Direttore di un museo, per quanto atteneva, in particolare, alla regolarità della gestione amministrativa e contabile riguardante somme incassate in occasione di alcune visite di scolaresche. La Corte d'appello aveva dichiarato l'illegittimità del licenziamento, ritenendo che la contestazione degli addebiti fosse oltre modo generica. Avverso tale sentenza, il datore di lavoro ha proposto ricorso per Cassazione, sostenendo che nella lettera di contestazione erano stati indicati con precisione i fatti addebitati e le circostanze di tempo in cui gli stessi si erano verificati. La Suprema Corte ha ritenuto il motivo fondato, precisando che ciò, tuttavia, non può comportare la cassazione della sentenza impugnata, ma solo la correzione della motivazione. La contestazione deve individuare i fatti addebitati con sufficiente precisione. Gli Ermellini hanno chiarito che l'esigenza della specificità della contestazione dell'addebito non obbedisce ai rigidi canoni che presiedono alla formulazione dell'accusa nel processo penale, né si ispira a uno schema precostituito e a una regola assoluta e astratta, ma si modella in relazione ai principi di correttezza che informano un rapporto interpersonale che già esiste tra le parti, ed è funzionalmente finalizzata all'esclusiva soddisfazione dell'interesse dell'incolpato a esercitare pienamente il diritto di difesa. I Giudici della Corte di Cassazione hanno rilevato che, nel caso di specie, la Corte territoriale ha ritenuto che la contestazione degli addebiti fosse generica, senza però indicare precisamente le circostanze di tempo in cui si sarebbero verificate le singole irregolarità e senza che fosse stato individuato analiticamente (e non solo nella sua globalità)

l'importo delle somme, in relazione alle quali si sarebbero verificate le irregolarità contabili. Per i giudici di legittimità, la motivazione della Corte territoriale, sul punto, presenta una obiettiva incoerenza e un evidente vizio logico, poiché trascura di considerare che al fine di consentire al lavoratore la possibilità di difendersi, si richiede soltanto che la contestazione individui i fatti addebitati con sufficiente precisione, in modo, cioè, che non risulti incertezza circa l'ambito delle questioni sulle quali il lavoratore è chiamato a difendersi.

### IL CONTRATTO DI LAVORO NON PUÒ ESSERE DEROGATO

Ad affermarlo è la Corte di Cassazione, nella sentenza n. 17322 del 15 luglio 2013. La Corte di Appello di Bolzano confermava la sentenza con cui il Giudice di primo grado aveva accertato il diritto di due insegnanti della scuola professionale pubblica a svolgere un orario di lavoro pari - rispettivamente - a 16 e 18 ore settimanali, in luogo di quello di 23 ore loro imposto dal datore di lavoro a seguito di una circolare del Direttore della Ripartizione provinciale della Formazione professionale tedesca e latina. A sostegno della propria decisione, i Giudici di Appello ritenevano che l'attribuzione di tale orario emergesse dai contratti di lavoro subordinato sottoscritti dalle ricorrenti e, più in generale, dal contesto regolamentare pattizio che disciplinava il loro rapporto di lavoro. Risultava dunque illegittima la pretesa datoriale di incrementare unilateralmente tale orario a 23 ore settimanali, senza corrispondere alcuna maggiorazione retributiva. Contro tale sentenza la Provincia Autonoma di Bolzano ricorreva alla Corte di Cassazione lamentando l'errore della pronuncia di secondo grado nella parte in cui aveva interpretato i contratti de quo in maniera diversa da quanto previsto dalla normativa quadro disciplinante il rapporto di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. Il CCNL non è mai derogabile dal contratto individuale, neanche in melius. Con un altro motivo, la ricorrente lamentava che per il personale delle scuole professionali dovesse trovare applicazione la Legge Provincia Bolzano n. 12/1987, con conseguente esigibilità dell'orario richiesto alle lavoratrici. Motivo che tuttavia non viene condiviso dalla Cassazione la quale rigetta il ricorso. Ad avviso della Corte, infatti, i rapporti afferenti al pubblico impiego c.d. >>



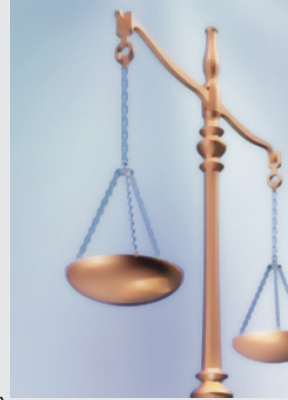
«privatizzato» possono essere regolati «esclusivamente dai contratti collettivi e dalle leggi sul rapporto di lavoro privato». Per l'effetto, i contratti individuali possono incidere sui trattamenti economici previsti dal CCNL solo se a ciò specificamente abilitati dalla legge. Nemmeno la legge può prevedere trattamenti diversi. Analogo discorso vale per il potere legislativo il quale, prosegue la Cassazione, a meno che non preveda una c.d. «clausola di salvaguardia» deve cedere innanzi alle disposizioni normative ed economiche dei CCNL, poiché altrimenti si configurerebbe una «violazione del principio di parità di trattamento contrattuale». Per l'effetto, un eventuale atto in deroga (in ipotesi anche in melius) alle disposizioni del contratto collettivo, conclude la Corte, sarebbe «affetto in ogni caso da nullità, sia quale atto negoziale, per violazione di norma imperativa, sia quale atto amministrativo, perché viziato da difetto assoluto di attribuzione» ex art. 21 septies della Legge n. 241/1990.

CLVI

#### LA NUOVA DISCIPLINA SUI LICENZIAMENTI (RIFORMA FORNERO)

Una matassa inestricabile. Potrebbe ridursi a ciò il commento alla riforma stante, le numerose zone d'ombra della riforma sia dal punto di vista sostanziale sia processuale. La l. 28 giugno 2012 n. 92 ha innovato la disciplina dei licenziamenti illegittimi ridisegnando il disposto dell'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori (L. n.° 300/1970). In precedenza detta norma stabiliva (alla presenza del prescritto requisito numerico ossia più di quindici dipendenti) che una volta accertata l'inefficacia o l'invalidità del licenziamento che il datore di lavoro fosse tenuto a reintegrare il dipendente nel suo originario posto di lavoro e a risarcirgli il danno nella misura commisurata alla retribuzione globale, di fatto, dal giorno del licenziamento sino all'effettiva reintegra, salvo in ogni caso il minimo di cinque mensilità. Con la nuova normativa il legislatore ha inteso invece inserire nell'ampia area dei licenziamenti illegittimi una differenziazione delle tutele, operando così una graduazione del sistema sanzionatorio sulla base dello specifico vizio invalidante, con la volontà di limitare l'ambito di operatività del reintegro nel posto di lavoro ai casi di maggiore gravità e riconoscendo negli altri casi il diritto al risarcimento dei danni, seppure diversamente graduato. Prescindendo dalle critiche a detta

riforma occorre comprendere (impresa non facile) quali siano le caratteristiche della riforma. Prima riflessione va fatta sui commi da 47 a 69 dell'art. 1 della citata l. n. 92, che hanno a oggetto le controversie sulla legittimità del licenziamento e che tendono a ridurre i tempi per ottenere giustizia; si può proporre ricorso entro 180 giorni dalla data del licenziamento e non più entro 270 giorni. Si è proseguito con l'introduzione di un nuovo iter processuale che si articola in due distinte fasi: una prima contraddistinta dalla sommarietà dell'istruttoria e che si finisce con ordinanza, e una successiva fase che è attivata dalla parte soccombente a seguito di ricorso in opposizione alla suddetta ordinanza. A tale proposito deve rimarcarsi come il rito sui licenziamenti illegittimi finisca per porre una pluralità di soluzioni anche di opposto tenore. Tutto ciò induce a ritenere, oltre quanto evidenziato, alcune incertezze sul versante del diritto sostanziale per la riscrittura dell'art. 18 St. lav. In sostanza si aggiungono, come si è detto, ulteriori problemi interpretativi di particolare complessità sicché (come è facile dedurre), si perverrà a risposte giudiziarie differenziate, con ricadute negative sulla loro affidabilità per poi dare una risposta giudiziaria che sia, infatti, improntata ad un alto tasso di alea. Ciò determina nei settori portanti dell'economia effetti deleteri, disincentivando gli investimenti di capitali e ponendo seri ostacoli a ogni iniziativa imprenditoriale, con contrazione della produttività e, quindi, dell'occupazione. L'esigenza di procedere a una riduzione e semplificazione dei riti processuali è alla base del d.lgs. 1 settembre 2011 n. 150. La recente l. n. 92 del 2012 — con l'introdurre in materia di licenziamenti illegittimi un nuovo rito — ha operato però in evidente discontinuità con le già indicate esigenze di semplificazione. E, infatti, la condotta da sempre oscillante del legislatore e il moltiplicarsi di riforme settoriali non di rado prive di un adeguato coordinamento — stante la mancanza di una visione organica del processo, causa non ultima della sua crisi — sono nella materia scrutinata all'origine di una pluralità di disposizioni che, come deve ripetersi, appaiono di oscuro contenuto tanto da renderne complessa l'interpretazione e incerta la risposta giudiziaria. Va premesso che le nuove norme inducono a ritenere queste ultime incompatibili anche con il rito speciale del lavoro, ponendo in tal modo fine al vivace dibattito sorto sul punto. Le di-



sposizioni di cui al nuovo rito sono destinate a fare sorgere per il loro tenore letterale una prima rilevante problematica riguardante l'interpretazione da dare all'art. 1, comma 47, della l. n. 92/2012, che riconosce l'applicabilità del suddetto rito alle controversie aventi ad oggetto l'impugnativa dei licenziamenti nelle ipotesi regolate dall'art. 18 della l. 20 maggio 1970 n. 300 e successive modificazioni. E sempre dal punto di vista di ampliare l'utilizzabilità del nuovo rito a tutti i casi in cui deve trovare applicazione il sistema sanzionatorio dell'art. 18 St. lav., si è sostenuta la sua estensione anche ai licenziamenti dei pubblici dipendenti rilevandosi al riguardo che il secondo comma dell'art. 51 del d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 induce a ritenere applicabile anche al lavoro pubblico il suddetto art. 18 poiché parte integrante dello Statuto dei lavoratori. Un ordinato iter argomentativo rende opportuno premettere che da più parti il nuovo rito introdotto dalla legge Fornero va annoverato tra i procedimenti a cognizione sommaria. Le argomentazioni sinora svolte offrono le coordinate per patrocinare un'interpretazione dell'art. 1 comma 47 della l. n. 92/2011 che, lungi dall'estenderne la portata contro la sua ratio, invece la riduce. Non può, infatti, negarsi che un esponenziale aumento del contenzioso sui licenziamenti, fondato su scelte ermeneutiche estensive del dato normativo, ne rinnegherebbe la funzione acceleratoria perché finirebbe per riguardare — con ricadute negative sulla durata dei processi — anche quelle controversie che, per avere a oggetto questioni giuridiche complesse e situazioni fattuali di difficile accertamento, vanno assoggettate a un rito a cognizione piena, qual è quello speciale del lavoro. Né può, in contrario, obiettarsi che in tal modo verrebbero a essere trascurate situazioni soggettive meritevoli anch'esse, se lese, di un tempestivo effetto reintegratorio, giacché queste rimangono comunque tutelabili attraverso il rito speciale del lavoro e, cioè, tramite una disciplina che assicura anch'essa sin dall'inizio la necessaria speditezza non disgiunta dalla possibilità di una trattazione istruttoria capace di compiutamente garantire l'accertamento della fondatezza o meno della domanda spiegata. Corollario di quanto detto è che il nuovo rito non può trovare applicazione nel licenziamento collettivo non essendo a ciò sufficiente il mero richiamo all'applicabilità del regime sanzionatorio previsto dall'art. 18 St. lav. operato

dal comma 3 dell'art. 5 della l. n. 223/1991, così come modificato dall'art. 1, comma 46, della l. n. 92/2012. L'individuazione delle coordinate nel rispetto delle quali va individuata l'area di operatività del rito sui licenziamenti porta ad affermare che la recente normativa trova applicazione, alla stregua dell'inciso finale del comma 47, ogni qual volta l'applicazione dell'art. 18 St. lav. debba passare attraverso la risoluzione di questioni concernenti la qualificazione del rapporto di lavoro e cioè ogni qual volta che tra le parti si controverta unicamente sulla natura subordinata del rapporto e non invece quando se ne metta in discussione la stessa esistenza con un'azione di accertamento. La normativa in esame risulta, dunque, applicabile alle domande aventi a oggetto l'illegittimità del licenziamento ex art. 18 St. lav. quando il rapporto tra le parti, pur qualificato diversamente, nella fattispecie di lavoro (autonomo, parasubordinato, in associazione, in cooperativa, in impresa familiare, ecc.) si configuri in concreto, per le modalità del suo svolgimento, come lavoro di natura subordinata. Con specifico riferimento al rapporto di lavoro a termine (subordinato o autonomo) è stato però affermato correttamente in dottrina (in linea con la giurisprudenza di legittimità) che se l'estinzione del rapporto deriva dall'attuazione del termine, la controversia sulla nullità di questo se proposta come impugnazione di un licenziamento non meglio configurabile, non può essere assoggettata alla disciplina sui licenziamenti né può essere esaminata nel merito, per cui il ricorso non va rigettato, ma è dichiarato inammissibile stante il disposto dell'art. 1, comma 48 della l. n. 92/2012. È sempre nell'intento di identificare l'ambito di operatività del nuovo rito e per dare un significato alla criptica espressione «domande diverse... salvo che siano fondate sugli identici fatti costitutivi» (art. 1, comma 48), va patrocinata una scelta ermeneutica incentrata sulla lettera e la ratio della legge in esame. Il nuovo rito e le due fasi del giudizio di primo grado. Il procedimento, come detto, si articola, infatti, in una fase sommaria per essere l'istruttoria limitata ai soli atti «indispensabili» (art. 1, comma 49); a tale fase può seguire l'opposizione avversa, l'ordinanza di accoglimento o di rigetto del ricorso iniziale, con l'introduzione di una ulteriore fase configurante un giudizio speciale a cognizione piena perché caratterizzato da un'istruttoria che, seppure deformalizzata, si contraddistingue per il



CLVIII

ricorso a tutti gli «atti di istruzione ammissibili e rilevanti richiesti dalle parti nonché disposti d'ufficio, ai sensi dell'art. 421 del codice di procedura civile (art. I, comma 57), e perché consente al giudice del lavoro di depositare la sentenza dopo un'opportuna pausa di riflessione utile per un migliore accertamento della verità materiale e per una più meditata soluzione delle questioni da decidere. Nella legge Fornero che regola nelle due diverse fasi il nuovo rito non manca disposizioni che risultano, per un'approssimativa tecnica legislativa. Ciascuna delle sue due fasi imporrà al giudice scelte applicative che, stante le mancanze e le imperfezioni del dato normativo, saranno molto difficili e potranno inoltre sfociare in «una giurisprudenza anarchica» anche per la possibilità che nella gestione del processo e nell'esercizio dei poteri istruttori d'ufficio trovino credito disinvolute scelte ermeneutiche che mettano a rischio il principio della terzietà e dell'imparzialità del giudice. La domanda che ha per oggetto l'impugnativa del licenziamento deve esser proposta davanti al giudice territorialmente competente ai sensi dell'art. 413 c.p.c. in funzione di giudice del lavoro. Il Giudice, dal momento del ricorso, deve fissare, entro quaranta giorni l'udienza, assegnando un termine per la notifica del ricorso e del decreto (anche per mezzo di posta elettronica certificata) non inferiore a venticinque giorni prima dell'udienza, e un termine non inferiore a cinque giorni prima della stessa udienza per la costituzione del resistente. È stato sostenuto in dottrina che in questa prima fase il convincimento del giudice non può che essere superficiale per riguardare il solo fumus (fondatezza del diritto invocato) anche se i tempi della decisione non sono strettissimi. Dalla disciplina concernente l'istruttoria emerge che ricorrono, nel caso di specie, tutti i requisiti delle misure cautelari che si caratterizzano per la loro sussidiarietà da valutarsi con riferimento alle altre fasi del processo a cognizione piena, e per la loro strumentalità che va individuata alla stregua del pericolo che durante il tempo occorrente per fare valere in via ordinaria il diritto questo sia minacciato da un pregiudizio imminente e irreparabile. La fase di urgenza, come detto, s'introduce con ricorso che deve avere i requisiti dell'art. 125 c.p.c. dovendo contenere l'indicazione dell'ufficio giudiziario, delle parti, dell'oggetto e delle ragioni della domanda o della richiesta che s'intende avan-

zare sicché non si richiede «l'indicazione dei mezzi di prova di cui il ricorrente intende avvalersi e in particolare dei documenti che si offrono in comunicazione». La genericità e la sinteticità del disposto dell'art. 125 c.p.c., che a ben vedere richiedono solo un'individuazione del thema decidendum attraverso l'indicazione della domanda e delle ragioni che la sostengono, senza compiere alcun riferimento alle prove (comprese quelle documentali), trova la sua logica spiegazione in una fase processuale sommaria, deformalizzata ed estremamente semplificata, che si caratterizza per di più per elevare il giudice a dominus delle prove, lasciando allo stesso l'esercizio d'ufficio dei poteri ex art. 421 c.p.c. ed attribuendogli, inoltre, un ampio potere discrezionale nell'ammissione degli atti istruttori richiesti dalle parti. Inoltre non è prescritta una preventiva articolazione delle prove, che potranno essere chieste in udienza anche oralmente; non sono configurabili le preclusioni e le decadenze previste nel processo del lavoro; non può assegnarsi al principio di non contestazione lo stesso rilievo riconosciuto nel rito ordinario del lavoro; ed infine, il giudice, come detto, può fare largo uso dei poteri istruttori che, nel rispetto del principio dispositivo e del contraddittorio, non possono però essere esercitati sulla base del suo sapere privato e con riferimento a fatti non allegati dalle parti o non acquisiti al processo in modo rituale. Ed ancora, e sempre per quanto attiene alle prove e, più in genere, agli atti istruttori, il criterio della indispensabilità di cui al citato comma 49 dell'art. I della l. n. 92/2012 assume in questa fase un valore ed una portata differenti da quelli riscontrabili nel rito ordinario, nel rito speciale di lavoro, nonché nel giudizio di appello di cui al processo in esame. Ed invero nella fase sommaria la «indispensabilità» viene a significare che i mezzi istruttori vanno selezionati oltre che per la rilevanza, anche per la loro specifica capacità di accertare in modo celere la illegittimità del licenziamento al fine di pervenire con urgenza ad una ordinanza immediatamente esecutiva avente effetti anticipatori, laddove negli altri casi la nozione di indispensabilità va parametrata alla portata determinante delle prove da porre a supporto di una sentenza che, all'esito di un giudizio a cognizione piena, si pronunzi su tutte le domande e le questioni oggetto della lite. La decisione della fase in esame, come anticipato, viene presa con ordinanza che



è «immediatamente esecutiva» e che non è suscettibile di sospensione o revoca «fino alla pronunzia della sentenza con cui il giudice definisce il giudizio ai sensi dei commi da 51 a 57». Gli effetti anticipatori della ordinanza assumono, dunque, efficacia immediatamente esecutiva ma, nel caso in cui non vi sia stata opposizione, si determina una preclusione limitatamente alla declaratoria sul licenziamento, al suo eventuale effetto reintegrativo ed alla qualificazione del rapporto subordinato, che ne costituisce il presupposto. Detta preclusione non può però riguardare gli altri diritti immediatamente scaturenti da tale accertamento (ad es. quantificazione dei danni, compresi quelli non patrimoniali). A tale conclusione dovendosi pervenire alla stregua del disposto dei commi 47 e 49 dai quali si evince che la sommarietà dell'istruttoria, su cui si fonda la celerità caratterizzante la fase in esame, è diretta ad ottenere una pronta decisione sul licenziamento e sulla reintegrazione del lavoratore e non certo ad esaurire l'intero contenzioso in materia, con la conseguente impossibilità che si formi il giudicato su diritti sulla cui esistenza, può anche non esservi stato alcun atto istruttorio. A tale conclusione deve pervenirsi pure escludendosi la configurabilità di un giudicato e di tutti gli effetti da esso scaturenti stante nel caso di specie la sommarietà dell'istruzione limitata agli atti «indispensabili» per ottenere celermente un provvedimento nei termini sopra specificati; assunto questo da accreditarsi — nella censurabile assenza nella legge Fornero di un qualsiasi riferimento normativo sul punto — sulla base della più generale considerazione che si è ancora una volta, per quanto attiene alle controversie del lavoro, in presenza di specifici provvedimenti a cognizione sommaria e di portata meramente anticipatoria e che, assolvendo ad una funzione interinale, non sono suscettibili di passare in giudicato, per cessare la loro efficacia ex art. 336, comma 2, c.p.c., a seguito di una successiva sentenza. A seguito della proposizione dell'opposizione avverso l'ordinanza di cui all'art. 1, comma 49 della l. n. 92/2012 si instaura, con ricorso che deve contenere i requisiti di cui all'art. 414 c.p.c., un giudizio ordinario a cognizione piena che termina con una sentenza che effettua un accertamento dei fatti di causa non solo ben più approfondito di quello effettuato in sede sommaria ma anche più esteso. In questa seconda fase del giudizio, infatti, oltre a prender-

si in esame tutte le decadenze e preclusioni dell'ordinario rito del lavoro e sono anche consentite l'integrazione del contraddittorio nei confronti dei litisconsorti necessari (art. 102 c.p.c.), la chiamata nel processo di un terzo al quale una parte ritiene comune la causa o dal quale pretende di essere garantita (art. 106 c.p.c.) e la chiamata ad opera del giudice allorché questi reputi opportuno che il processo si svolga in confronto di un terzo al quale ritiene la causa comune (art. 107 c.p.c.) (art. 1, comma 54, l. n. 92). Il fine del recente legislatore di conciliare nel giudizio di opposizione all'ordinanza e negli ulteriori gradi di giudizio la cognizione piena dei fatti di causa e la celerità del giudizio — ostacolata in verità da una normativa fonte di incertezze su alcuni suoi punti nodali — emerge con chiarezza sia dalla semplificazione dell'istruttoria sia dal richiamo al disposto dell'art. 421 c.p.c., volto a rimarcare il rilievo che assumono i poteri d'ufficio del giudice per una risposta che si vuole veloce per la rilevanza degli interessi in contesa (art. 1, comma 57, l. n. 92). All'esito di un giudizio, caratterizzato da una istruttoria deformalizzata e da incisivi poteri d'ufficio ex art. 421 c.p.c., la decisione viene presa — dopo eventuali note difensive se ritenute opportune — con sentenza che, come già ricordato, deve essere depositata entro dieci giorni dall'udienza di discussione e senza lettura del dispositivo (art. 1, comma 57), contro la quale è poi ammesso reclamo davanti alla Corte d'appello da proporre con ricorso da depositare, a pena di decadenza, entro trenta giorni dalla comunicazione o dalla notificazione se anteriore (art. 1, comma 58). Con riferimento al gravame in esame è opportuno chiarire come il cd. filtro, seppure applicabile anche al rito del lavoro (art. 436 bis c.p.c. introdotto dall'art. 54 del d.l. 22 giugno 2012 n. 83, convertito in l. 7 agosto 2012 n. 134), non può, invece, ritenersi operativo con riferimento alle controversie aventi ad oggetto l'impugnazione dei licenziamenti nelle ipotesi regolate dall'art. 18 della l. 20 maggio 1970 n. 300 e successive modificazioni. L'efficacia esecutiva della sentenza reclamata può essere sospesa dalla Corte d'appello se ricorrono giusti motivi (art. 1, comma 60), diversamente quindi da quanto previsto dall'art. 431, comma 3, c.p.c., secondo cui per la sospensione è richiesto, invece, che dalla esecuzione possa derivare all'altra parte un gravissimo danno. La sentenza d'appello — che interviene

CLIX





CLX

all'esito di un giudizio in cui sono ammessi mezzi di prova solo se indispensabili ai fini della decisione o se non sono stati proposti in primo grado (art. 1, comma 59) ed in cui non sono ammesse né domande né eccezioni nuove — può a sua volta essere impugnata, a pena di decadenza, con ricorso per cassazione entro 60 giorni dalla comunicazione o, se anteriore, dalla notificazione (art. 1, comma 62) oppure, in mancanza di entrambi i casi, nel termine di sei mesi dal deposito della sentenza previsto dall'art. 327 c.c. (art. 1, comma 64). L'udienza di discussione è fissata dalla Cassazione «non oltre sei mesi dalla proposizione del ricorso» (art. 1, comma 61). All'evidente scopo di agevolare la funzione acceleratoria del nuovo rito si è, infine, sul versante organizzativo statuito anche che alle controversie sui licenziamenti siano riservati particolari giorni nel calendario delle udienze e che i capi degli uffici giudiziari debbano vigilare sull'osservanza di quest'ultima prescrizione (art. 1, commi 65 e 66, l.n. 92/2012). Una delle questioni più dibattute tra noi giuslavoristi nell'esame del nuovo rito sui licenziamenti attiene alla compatibilità del giudice che ha definito la fase sommaria a decidere anche la fase a cognizione piena introdotta con l'opposizione all'ordinanza di cui all'art. 1, comma 49, l.n. 92/2012. Un primo indirizzo ha ritenuto che il giudice delle due fasi deve essere diverso facendo riferimento soprattutto al procedimento ex art. 28 St. lav. nel quale il giudice che ha emesso il decreto sulla condotta antisindacale non può essere lo stesso di quello che deve decidere il ricorso avverso il suddetto decreto, versando in una situazione di incompatibilità. Tesi, questa, seguita anche in sede di Presidenza di alcuni Tribunali e che ha portato, in ragione della rilevanza della tematica, ad auspicare sul punto un intervento in materia dell'Ufficio Studi del Consiglio Superiore della Magistratura, anche al fine di evitare una diversità di opinioni destinata ad avere ricadute non trascurabili sulla stessa tenuta della recente riforma. E proprio il pericolo che la ratio della celerità sottesa al nuovo rito possa essere in qualche misura ostacolata induce a ritenere, sulla base di numerose ragioni, che il giudice chiamato a decidere la fase sommaria possa essere lo stesso di quello della fase a cognizione piena. Al riguardo va ricordato che tra i casi tassativi in cui il giudice ha l'obbligo di astenersi rientra quello in cui ha conosciuto «come magistrato in altro grado del processo o

come arbitro» (cfr. art. 51 comma 4 c.p.c.), mentre nella fattispecie scrutinata si è in presenza — è bene ribadirlo — di un procedimento che, in primo grado, si articola in due fasi: una di cognizione sommaria e l'altra, eventuale, di cognizione piena, sicché con il condividere una diversa tesi si finirebbe per introdurre surrettiziamente un quarto grado di giudizio per le sole impugnative di licenziamento.

Al di là delle già evidenziate lacune va anche segnalato come contrasti interpretativi continueranno ad aversi — sempre in ragione di una tecnica normativa in più punti carente — pure in relazione alla obbligatorietà del nuovo rito. Si lascia preferire però l'indirizzo che esclude qualsiasi possibilità di scelta tra l'ordinario rito e quello speciale in esame in considerazione del tenore letterale del comma 48 dell'art. 1 della l. n. 92/2002 («la domanda... si propone con ricorso al Tribunale») e della *ratio* sottesa all'intero impianto della legge Fornero di certo individuabile nell'esigenza di privilegiare ad ogni costo la celerità del processo stante la rilevanza a livello socio-economico degli interessi in contesa. E da dubbi interpretativi non è esente neanche la problematica sulla possibilità del datore di lavoro di proporre domanda ex comma 48, pur sembrando l'estensione anche a quest'ultimo dell'utilizzabilità del nuovo rito la soluzione più accreditabile, dovendosi per il principio della tutela differenziata dei diritti la specialità del rito basarsi, in questo come in altri casi, sulla natura degli interessi in contesa e sulle finalità generali che pure in termini di durata del processo si intendono perseguire, e non sulla specifica posizione della parte che inizia il giudizio. La nuova normativa sui licenziamenti, che come si è visto risulta di difficile lettura e che determinerà per tale motivo incertezze interpretative anche a livello giurisprudenziale, induce a qualche riflessione sul diritto del lavoro oggi. Più in generale, nell'opinione del sottoscritto confortata da altri più autorevoli autori, la cd. Legge Fornero — di cui la riforma sui licenziamenti anche sul versante processuale è parte rilevante — è significativa espressione di un diritto del lavoro sempre di più caratterizzato dall'assenza di chiari valori di riferimento e da una giurisprudenza spesso «oscillante» e non di rado «anarchica», ragione non secondaria di un disincentivo agli investimenti con ricadute pregiudizievoli in termini di occupazione.

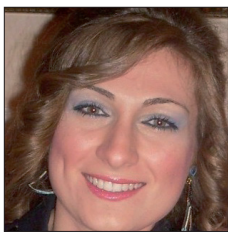




## IV° PREMIO IPASVI BAT

### Il Chronic Care Model e il Sistema Salute Pugliese Sostenibile: “l’Infermiere Care Manager da compitiere ad auto-re”

Loredana  
**PIAZZOLLA**



dello di presa in carico globale, il Chronic Care Model, a supporto delle persone affette da patologie croniche, all’interno di strutture sanitarie, oggi in via di riqualificazione, denominate Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), un tempo dedicate ad attività ospedaliere. Il principio su cui si basa il “Chornic Care Model” è la partnership tra Paziente informato e responsabilizzato e un Team multiprofessionale e multidisciplinare. Scientificamente tale alleanza sanitaria produce il miglioramento degli esiti clinici. Il Care Team che definisce e condivide il Piano delle Cure vede il coinvolgimento attivo di diversi attori, come il medico di medicina generale, il medico specialista (cardiologo, diabetologo, endocrinologo, pneumologo, ecc.), il paziente e l’infermiere Care Manager. Questi ultimi due, sono di tutta evidenza i nuovi attori protagonisti di un Sistema Salute evoluto, il paziente perché entra a far parte del proprio piano di salute condividendolo con tutta l’equipe, l’infermiere Care Manager perché assume un ruolo determinante per lo stato di be-

ne-essere della persona in cura, attraverso la presa in carico globale diviene tutor del paziente, lo supporta al ruolo di “self-manager”, colui che deve autogestire la malattia nella consapevolezza che la persona è la vera responsabile del suo stato di salute. Il Chronic Care Model chiama l’infermiere Care Manager, ad abbandonare le vesti del “compitiere”, mero esecutore di compiti a lui assegnati, ad essere “auto-re” del processo di assistenza infermieristica generale, assumendo in sé due requisiti essenziali del professionista, ossia, quelli di: autonomia e di responsabilità, sanciti dalla legge n.42/99. Il motivo del progetto di tesi ha l’intento di dimostrare che la formazione dei professionisti sanitari incentrata sul tale modello assistenziale migliora il grado di consapevolezza dell’agire professionale, poiché si attendono come risultati:

ne-essere della persona in cura, attraverso la presa in carico globale diviene tutor del paziente, lo supporta al ruolo di “self-manager”, colui che deve autogestire la malattia nella consapevolezza che la persona è la vera responsabile del suo stato di salute. Il Chronic Care Model chiama l’infermiere Care Manager, ad abbandonare le vesti del “compitiere”, mero esecutore di compiti a lui assegnati, ad essere “auto-re” del processo di assistenza infermieristica generale, assumendo in sé due requisiti essenziali del professionista, ossia, quelli di: autonomia e di responsabilità, sanciti dalla legge n.42/99. Il motivo del progetto di tesi ha l’intento di dimostrare che la formazione dei professionisti sanitari incentrata sul tale modello assistenziale migliora il grado di consapevolezza dell’agire professionale, poiché si attendono come risultati:

- Il miglioramento di performance professionale;
- il miglioramento del benessere organizzativo;
- l’aumento della soddisfazione professionale.

Lo studio ha rilevato il grado di percezione/consapevolezza degli infermieri pugliesi, inseriti in differenti ambiti lavorativi, nell’applicazione del Chronic Care Model.

Il campione d’indagine è costituito dal gruppo di infermieri ospedalieri presenti nelle Unità Operative di Medicina e di Cardiologia entrambe incentrate, prevalentemente, ad accogliere persone affette da patologie croniche e dal secondo gruppo di infermieri territoriali operanti presso i Distretti So-



cio Sanitari (D.S.S.) della Regione Puglia, sede sia di prima accoglienza, per i pazienti che in occasione di visite “opportunistiche” scoprono di essere affetti da patologie croniche non ancora manifestate, che di continuità assistenziale per i pazienti già riconosciuti cronici. Il campione, rappresentante gli infermieri che lavorano presso i DD.SS. SS., è stato ulteriormente suddiviso in due sottogruppi, distinti per gli infermieri che hanno ricevuto la formazione, per l'applicazione del Chronic Care Model nei comuni interessati dalla chiusura degli ospedali, da quei professionisti sanitari che non hanno ancora ricevuto tale formazione e che si occupano dell'assistenza alle persone affette da cronicità. Come strumento di raccolta dati, è stato preparato un questionario composto da 30 items, elaborato secondo il modello delle otto priorità di base dell'autogestione individuate dall'esperta in materia Kate Lorig, ha lo scopo di:

- Misurare tre aree caratterizzanti l'assistenza da parte dell'infermiere per i pazienti che convivono con la condizione di cronicità1:  
controllo infermieristico/medico;  
controllo comportamentale;  
controllo emozionale;
- valutare la qualità professionale: attraverso la rilevazione della soddisfazione professionale.

Il questionario è stato trasmesso e divulgato in forma on-line e pubblicato su alcuni siti come quello dell'AReS Puglia, del Collegio IPASVI BAT, e dalla ASL BAT. Tale modalità è stata scelta proprio per la grandezza del

campione analizzato, comprendente le sei Asl del Sistema Sanitario Pugliese.

I quesiti di tesi si raccolgono attorno a due scale di valore l'importanza riconosciuta dagli infermieri nei vari aspetti della presa in carico della persona e la valutazione del loro coinvolgimento negli stessi.

Per la codifica e l'analisi si sono utilizzati indicatori di performance con score da 1 a 5 con i seguenti valori: (1) PER NIENITE, (2) POCO, (3) ABBASTANZA, (4) MOLTO, (5) MOLTISSIMO.

Il campione indagato ha raccolto il numero di 262 infermieri pugliesi, così distribuiti: il 67% è impegnato presso i Servizi territoriali, Distretti Socio Sanitari, il 33% lavora presso l'ospedale (UU.OO. di Medicina e Cardiologia);

il 50% ha partecipato a corsi di formazione riguardanti il Chronic Care Model e il 50% non ha condotto tale formazione.

Lo studio ha affrontato una prima analisi generale andando a rappresentare con grafici e annesse tabelle esplicative, ai fini statistici, ciascun item per le due scale di valore: relativamente al valore importanza è stato utilizzato l'indicatore più vicino all'estremo positivo “moltissimo”; mentre il coinvolgimento è risultato più vicino al valore centrale “abbastanza”.

La seconda interpretazione delle risposte è avvenuta suddividendo gli items per le tre aree di appartenenza, nominate precedentemente.

La rappresentazione grafica per differente ambito lavorativo, ospedale e territorio, del valore del grado di percezione conferma,



seppur con un lieve discostamento, che gli infermieri impegnati all'interno dei Distretti mostrano una maggiore sensibilità nei confronti del modello assistenziale preso in esame. Ciò che influisce maggiormente in entrambe le scale di valore, è la formazione al Chronic Care Model.

Gli infermieri formati hanno espresso giudizi più vicini al punteggio estremo della scala considerata, (da 1 a 5), ovvero "molto/moltissimo", ritenendo importanti i vari aspetti che caratterizzano l'assistenza a persone affette da una condizione di cronicità e risultando essere più coinvolti, avendo espresso giudizio più vicino al valore centrale della scala, rilevato in "abbastanza" e quindi, desumibilmente, più soddisfatti professionalmente. In conclusione, la mia

ricerca ha raggiunto l'obiettivo designato: la formazione al Chronic Care Model incide sul miglioramento della performance professionale, sul miglioramento del benessere organizzativo e sull'aumento della soddisfazione professionale, indirettamente rilevata con le tre aree di interesse, secondo il modello delle otto priorità, ideato da K. Lorig. Il nuovo professionista della salute, l'infermiere Care Manager, dovrà essere in grado di far valere e mettere in campo le proprie competenze, che possono essere affermate solo attraverso la formazione, fondamentale per lo stesso processo di cura.

*Lorig, K and Associates. Patient Education: A Practical Approach. California: Sage Publications, Inc.: Third Edition, 2001.*

### A CANOSA DI PUGLIA OSPITATA LA CERIMONIA DI PREMIAZIONE DEL PREMIO IPASVI BAT

Anche quest'anno il Collegio Provinciale della provincia Barletta-Andria-Trani ha indetto il concorso per l'assegnazione del 4° Premio IPASVIBAT 2013, riservato agli Infermieri neolaureati che hanno terminato il loro percorso didattico nell'anno 2012. Il premio sta riscuotendo sempre maggiore interesse e partecipazione da parte dei colleghi Infermieri.

A questa edizione hanno partecipato 12 concorrenti con le loro tesi di Laurea, e ancora una volta i lavori presentati si sono dimostrati validi, interessanti e con temi che spaziavano tra diversi campi d'interesse.

Alla fine di un attento lavoro di lettura, analisi e valutazione, la Commissione Valutatrice ha inteso premiare la tesi della collega Loredana Piazzolla.

Tale argomento, che si prestava ad un'analisi ad ampio respiro, ha avuto il merito di aprire una finestra su una tematica, quanto mai attuale, quale lo "stato di salute del Sistema Sanitario Nazionale" ed in particolare della regione Puglia, in un momento storico caratterizzato dalla spending review decisa dal Governo, e dal Piano di Rientro che ha ulteriormente inasprito la situazione regionale, con le inevitabili ricadute su una società sempre più vecchia, e soprattutto con un numero sempre crescente (in Italia sono stimati attorno ai 2 milioni) di pazienti portatori di patologie croniche, spesso invalidanti, e spesso con un quadro clinico con pluripatologie.

All'interno di questa situazione si è evidenziata la necessità ormai impellente, di ricorrere a nuovi modelli organizzativi, ed in questo contesto la Regione Puglia ha avuto il merito di puntare prima sulla sperimentazione del "Progetto Leonardo" sul territorio della provincia leccese, e successivamente, visti i buoni risultati, ha avviato il "Progetto Nardino" su tutto il territorio regionale.

Naturalmente nello sviluppo del lavoro si centra l'attenzione sul ruolo dell'Infermiere, le sue competenze e responsabilità, in questo processo di grande cambiamento.

Nell'analisi valutativa, oltre all'ottimo lavoro sull'esposizione completa, esaustiva e puntuale, si è voluto riconoscere il merito di aver approfondito adeguatamente, ad esempio riepilogando, le principali cause che hanno portato all'attuale crisi del sistema, ed aver analizzato da più punti di vista una problematica così complessa ed articolata.



# LA VIOLENZA SESSUALE

## Implicazioni Psico-Socio-Assistenziali

Alessandro  
**PIPOLO**



Valentina  
**PULPITO**



La violenza è una delle tematiche maggiormente indagate in materia di salute pubblica e dei diritti dell'uomo e la risposta sociale è stata più di reazione che di prevenzione.

L'Organizzazione Mondiale della Salute nel 2002 ha propriamente definito la violenza una priorità in tema di salute pubblica

per due ordini di questioni: da un lato per l'alta incidenza e prevalenza in tutto il ciclo vitale della donna, in tutti gli strati socio-economici e in tutte le culture e dall'altro per la gravità delle conseguenze psicofisiche sia a breve che a lungo termine.

Da una indagine ISTAT del 2007 il tema della violenza sessuale, diventa allarme sociale. Dai dati presi in esame emergono risultati inverosimili:

- Cinque milioni di

- donne subiscono violenza sessuale;
- i responsabili degli stupri sono in maggioranza i partner (69,7%);
- sette milioni e 134 mila donne subiscono violenza psicologica;
- il silenzio delle vittime, ossia il "numero oscuro" è pari al 92,4%.

Il Ministero della Salute, all'interno del Piano di Azioni del marzo 2007, individua il Pronto Soccorso Ospedaliero come ambito privilegiato per l'apertura di Sportelli Dedicati alle donne vittime di violenza e promuove la formazione capillare degli operatori sanitari.

L'obiettivo è quello di dare una visione del "problema violenza sessuale, abuso sessuale e sindrome da trauma per stupro", valutando anche quelli che sono stati i cambiamenti di questo fenomeno nel tempo e analizzare quale tipo di assistenza, psicologica e clinica, sia necessaria per le donne dopo aver subito una violenza sessuale, considerando anche le varie figure professionali coinvolte.

Le motivazioni che ci hanno portato ad argomentare quest'articolo sono di carattere etico e professionale, nonché quelle di

**“Le conseguenze della violenza sessuale sulla salute della donna, si dividono in due fasi: acuta (da alcuni giorni a settimane) e a lungo termine.”**

metter luce su cosa è più giusto fare in quei momenti: quali sono le performance da mettere in atto se ci si trova davanti ad una donna



vittima di violenza. Le conseguenze della violenza sessuale sulla salute della donna, si dividono in due fasi: acuta (da alcuni giorni a settimane) e a lungo termine. Ciò potrebbe implicare disfunzioni sessuali, abuso di sostanze, disturbi alimentari, comportamenti autolesionistici, intenti suicidari, fino a disturbi borderline di personalità.

A causa dell'impatto a lungo termine della violenza sulla salute delle donne, è probabile che le vittime di un abuso abbiano bisogno di servizi sanitari per lungo tempo, aumentando in questo modo, da una parte i costi dell'assistenza sanitaria, dall'altra la richiesta di maggior professionalità da parte degli operatori all'interno dei reparti di



un servizio ospedaliero.

Qui si colloca la figura dell'infermiere forense, che applica le conoscenze infermieristiche alle procedure pubbliche o giudiziarie, attua i fondamenti propri della medicina legale mescolati ad una preparazione bio/psico-sociale nel campo dell'indagine scientifica, nel trattamento di casi da lesione e/o decesso di vittime di abusi, violenze, attività delinquenziali ed incidenti traumatici.

Può operare inoltre in comunità, scuole e ospedali ricoprendo ruoli come testimone di perizie in sede di processo legale, consulente per le vittime di abusi sessuali, educatore e ricercatore.

Questo esperto lavora all'interno di un gruppo multi-disciplinare confrontandosi e collaborando quotidianamente con altri professionisti.

L'infermieristica legale esprime in sé il concetto di rinnovamento e completamento di una professione infermieristica, quella attuale, che ha necessariamente bisogno di nuove specializzazioni per adeguarsi ai continui mutamenti socio-culturali propri della società moderna nonché, e ancora più importante, al continuo crescendo della violenza in generale e più precisamente degli abusi sessuali.

Il personale infermieristico è in una posizione ideale, considerando la capacità di instaurare un rapporto di fiducia con i pazienti ed il campo di intervento presenta dunque interessanti sfide professionali, soprattutto nell'ottica delle competenze necessarie.

# INFERMIERISTICA e welfare

Come la professione si accosta ai bisogni di salute della comunità



**23**  
settembre 2013  
Azienda Agrituristica  
**TREDICINA**  
Francavilla Fontana (Br)

Evento in collaborazione con



Info e iscrizioni  
**COLLEGIO IPASVI BARI**



# TRAPIANTOLOGIA

V° Convegno dell'Associazione trapiantati donatori organi tessuti e cellule

Beatrice  
**DIBENEDETTO**



Il V convegno ALBA (Associazione trapiantati donatori organi tessuti e cellule), svoltosi sabato 16 marzo scorso, presso l'aula 1 del Polo Universitario del nuovo Ospedale

“Mons. Dimiccoli” a Barletta, ha visto la partecipazione di numerosi professionisti sanitari, politici e cittadini che hanno mostrato notevole interesse verso il tema della “donazione di cellule, tessuti ed organi”.

Il fine è quello di tutelare gli interessi morali e materiali dei trapiantati, aiutare il paziente sia in fase pre trapianto che nel post trapianto e diffondere la cultura della donazione.

Sono state chiarite le nuove prospettive diagnostiche e terapeutiche relative alle epatiti virali.

Dall'HBV e HCV è possibile guarire, ma è necessario l'acquisto di farmaci, comparsi nel 2011, ma riconosciuti in Italia solo a partire dal gennaio 2013. Si tratta di farmaci molto costosi (si stima un costo di circa 30.000 euro), che spesso i pazienti italiani acquistano all'estero, molto frequentemente in Germania.

Le problematiche dei trapiantati interessano diversi ambiti, tra cui la cura dentale. Il paziente in attesa di trapianto, qualora presentasse patologie dentali non risulterebbe idoneo, è pertanto importante nella fase pre-trapianto garantire una igiene orale professionale, cure parodontali, cure conservative ove siano possibili o al contrario estrazione di denti intrattabili qualora i tempi del trapianto lo rendano necessario. E' basilare la bonifica di eventuali focolai infettivi al fine di ridurre il rischio di rigetto attraverso la diminuzione della carica batterica nel cavo orale.

Sono stati approfonditi argomenti riguardanti i temi della crisi di identità, del disagio psicologico e dei disturbi relazionali, in particolare nel bambino e nell'adolescente, focalizzandosi sull'importanza degli impedimenti di cui può soffrire un bambino trapiantato, nella quotidianità: uno fra tutti il problema della frequenza scolastica. Tali disturbi non sono trascurabili ma al contrario, potrebbero essere determinanti nella riuscita del trapianto. In questi casi è necessario il supporto psicologico da parte dell'equipe che segue il bambino al fine di migliorare la qualità di vita non solo del piccolo, ma anche della sua famiglia

E' stato evidenziato il fondamentale ruolo del coordinatore infermieristico e dell'infermiere nel processo di donazione di organi e tessuti. Indispensabili risultano dunque, le capacità organizzative, decisionali e relazionali con i famigliari del donatore. Proporre ad un famigliare di donare al proprio parente è un compito arduo e difficile e per questo è necessario un lavoro di equipe in cui lo sforzo infermieristico proceda parallelamente a quello del medico e dello psicologo, al fine di garantire un intreccio che



ne garantisca il risultato.

Il coordinamento infermieristico, presso ogni sede di attività neurochirurgica o di rianimazione è garantito dalla legge n. 91 del 1 aprile 1999 e stabilisce attività specifiche che l'infermiere coordinatore deve svolgere in quest'ambito. Fra queste quella di diffondere strumenti educativi, quali protocolli, strumenti procedurali validati e condivisi; identificare e proporre eventuali soluzioni organizzative; mantenere una rete relazionale con le associazioni presenti sul territorio; curare i rapporti con i familiari dei donatori; organizzare e coordinare le operazioni del prelievo d'organo; curare la documentazione; prendersi cura della salma; creare una scheda con tutti i decessi nosocomiali al fine di valutare il numero di

decessi da donatore e non da ultimo, svolgere attività di promozione e pianificazione della formazione.

Il lavoro di equipè è fondamentale: i donatori, le loro famiglie e coloro che attendono un trapianto, sono innanzitutto persone, che non possono essere sole, ma al contrario, necessitano di una assistenza costante che solo esperti professionisti sanitari possono garantire. Ammirabile è dunque lo sforzo che i volontari iscritti ad ALBA, e fra questi giovani e promettenti neo laureati, esercitano quotidianamente, attraverso le varie attività dell'associazione, al fine di sensibilizzare anche attraverso interessanti convegni, la cittadinanza, ad un problema che troppo è stato trascurato nel nostro territorio.

### CORSO DI MEDICINA SUBACQUEA ED IPERBARICA.



Lo scorso 31 maggio con l'esercitazione teorico-pratica, svoltasi presso il Centro Regionale di Medicina Subacquea ed Iperbarica dell'Ospedale pediatrico di Rilevanza Nazionale "Santobono-Pausillipon" di Napoli, si è concluso il Corso di Medicina Subacquea ed Iperbarica, tenutosi presso il Polo Formativo "Miulli".

A Napoli, noi studenti, siamo stati posti di fronte a reali casi clinici nell'ambito del trattamento delle ferite difficili (wound care) con le relative metodiche innovative di vulnologia oltre che constatare personalmente gli aspetti tecnici

e logistici di una camera iperbarica (unica camera pediatrica in Italia) e le metodologie di erogazione dell'ossigeno in iperbarismo, valutando l'importanza del ruolo infermieristico in questi Centri specialistici. Un sentito ringraziamento giunga al medico conversanese, il professor Luciano Allegretti, che ha investito impegno e dedizione sia nelle lezioni plenarie che nell'organizzazione di questa esercitazione pratica, guidato da passione ed entusiasmo, trasmettendoci, non solo gli aspetti medici di questa specialità ma anche l'amore per il suo lavoro. Quello che noi studenti portiamo a casa dopo questo evento formativo non è certo solo un pezzo di carta, ma un'esperienza da coltivare e condividere, perchè le tecniche avanzate di wound care e l'OTI (ossigeno terapia iperbarica) in elezione così come in urgenza/emergenza sono aspetti clinici e terapeutici poco considerati dagli attuali programmi didattici del nostro Corso di Laurea. Un ringraziamento va anche al direttore del centro, il Prof. Rosario Marco Infascelli e a tutto il suo team, che ci hanno cordialmente ospitati e che con dedizione e passione hanno contribuito al nostro apprendimento specialistico nell'ambito della formazione infermieristica, obiettivo comune perseguito costantemente dalla coordinatrice del polo didattico "Miulli", la dott.ssa Mariangela Toma e dal Presidente IPASVI-Bari, il dott. Saverio Andreula, i quali hanno riconosciuto ufficialmente l'importanza e l'innovazione di questa iniziativa proponendo e consentendo di ampliare le nostre conoscenze.

Marta Monaco



# L'INFERMIERE E LA MEDICINA PENITENZIARIA

Un mondo da scoprire

Francesco  
VISAGGI



Nella mia trentennale esperienza lavorativa come infermiere, non mi era capitato di operare in ambiti diversi da quello ospedaliero e domiciliare fino a quando sono entrato in con-

tatto diretto con il mondo delle carceri.

Chi non opera nelle strutture penitenziarie non immagina quale siano le problematiche legate alla popolazione carceraria, anche perché i nostri corsi formativi non prevedono programmi specifici per cui tutto quello che si apprende è frutto di esperienza sul campo. Ho avuto modo di conoscere infermieri che lavorano nelle carceri, fino ad allora figure anonime dai contorni indistinti, che operano per lo più in spazi ridotti ed in tempi ristretti. Poco per volta i contorni di tali operatori sono stati più chiari e ho finalmente focalizzato il loro aspetto, i loro visi, i loro bisogni, il loro agire. Mi sono chiesto: perché non guardarsi intorno e vedere chi e quanti siamo? Sono interrogativi che non trovavano risposta almeno nell'immediato.

Le risposte alle mie domande sono state soddisfatte, anche se parzialmente, quando ho avuto la fortuna di imbartermi in un innovativo e impegnativo progetto del SIMSPE, durante tre giornate del XIV Congresso Nazionale SIMSPE (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria) tenutosi

a Bari a giugno 2013. Il punto di partenza di questo progetto è quello di aver messo in evidenza, la necessità di rispondere al bisogno formativo degli infermieri che si occupano di medicina penitenziaria e protetta e di quelli che intendono avvicinarsi a questo ambito. Dopo la promulgazione del DPCM 01/04/2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitario e dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria" e dopo il D. lgs 230/99 avente per oggetto il Riordino della Medicina Penitenziaria, tutte le competenze del Ministero di Grazia e Giustizia in materia di Sanità Penitenziaria sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale, al Servizio Sanitario Regionale e alle ASL.

Il decreto apre i cancelli delle carceri al SSN ed innesca così di fatto un cambiamento strutturale nel riconoscere la necessità di affidare la competenza sanitaria a personale esperto esterno alla amministrazione carceraria, ponendo le basi per la separazione tra la gestione della sicurezza e quella del diritto alla salute, che spetta ai detenuti come ai cittadini liberi ed il diritto alla prevenzione e riabilitazione attraverso prestazioni adeguate ed efficaci. Dopo anni di torpore ci si è resi conto che la professione infermieristica dentro e fuori le mura delle carceri viaggia a velocità diverse; la prima molto più lenta e difficile, appesantita dalla gestione della sicurezza in un contesto di sovraffollamento cronico, in ambienti fatiscenti e inadeguati; la seconda arricchita di modelli organizzativi consolidati dalle





varie esperienze ospedaliere e distrettuali. La definisco difficile poiché di fatto esiste una conflittualità tra il Personale di Polizia Penitenziaria, garante della sicurezza e il personale infermieristico, garante del bisogno di salute del detenuto senza alcun pregiudizio e prevaricazione. Uno degli obiettivi prefissati del corso è stato quello di promuovere nuovi modelli organizzativi per qualificare e unificare il percorso assistenziale, andando a potenziare conoscenze, attitudini ed esperienze. Un altro obiettivo è stato quello del raggiungimento di una preparazione professionale ed etica che tenga realmente conto delle problematiche essenziali del detenuto, ammalato o sofferente. Infine il terzo punto discusso è stato quello della collaborazione, non sempre facile, con il personale della Polizia Penitenziaria. “Chi di voi soffre di carcerite?”, è un quesito posto da una relatrice che ha coinvolto la platea in un’ampia e intensa discussione. La professione dell’infermiere è caratterizzata da forti emozioni di amore e odio, vi è conflittualità tra il voler agire rimboccandosi le maniche e cercare di mollare accettando passivamente le dinamiche, spesso imposte dal regime carcerario. Altro aspetto importante affrontato anche nei gruppi di lavoro è stato quello dell’arrivo del detenuto in carcere. Si è parlato della necessità da parte dell’operatore di focalizzare lo sguardo, all’ingresso del carcere, di chi entra per la prima volta ed è smarrito, disorientato, confuso. Si tratta di persone che hanno perso legami personali e familiari, il loro ruolo sociale, a cui sono state, in



maniera repentina, private della capacità di decisioni autonome, della libertà.

E’ in quel primo momento che si innesca una relazione tra il detenuto e l’operatore, che cerca di ridurre la componente ansiosa che potrebbe portare ad esaurimento psichico, insonnia, apatia, oppure a reazioni esattamente contrarie quali aggressività, ribellione ed atti di autolesionismo.

Dopo ampi confronti, si è arrivati a concordare e condividere la necessità di una formazione continua, medica ed infermieristica, focalizzando l’attenzione attraverso una visione olistica e bio-psico-sociale del detenuto ammalato, oltre che scientifico tecnologico promuovendo, in primis studi epidemiologici e ricerche fondate su EBN che dovranno diventare stili quotidiani lavorativi dell’infermiere che si occupa di medicina penitenziaria.

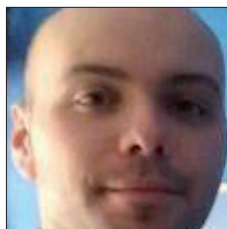




# NUOVE **COMPETENZE** INFERMIERISTICHE

## Tecniche e terapie complementari

Nicola  
**BIANCO\***



Chiara  
**PERNIOLA**



Già nel lontano 1996 l'OMS dichiarava "...gli infermieri di tutto il mondo sono consapevoli, che la metà della popolazione ricerca approcci sanitari complementari". Oggi si parla tantissimo delle cure infermieristiche complementari che sono cure olistiche e naturali che possono

essere affiancate alle cure ufficiali sia infermieristiche, sia mediche.

Le cure infermieristiche complementari possono anche essere utilizzate da sole.

Comunque, non sono sostitutive di eventuali cure mediche, ma sono parte integrante del piano di cura in ambito preventivo, curativo e riabilitativo. Offrono delle risposte che non si fermano solamente alla malattia o all'organo malato. A tutti gli effetti possono essere considerate "cure della persona", dove la salute è intesa anche come mantenimento e rinforzo dell'unità dell'esistenza della persona.

Anche la Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, nel 2002 (XIII Congresso Nazionale "Le Nuove Frontiere della Salute") definiva le Cure Complementari come "una serie d'interventi che si avvalgono di saperi ed abilità acquisite e mantenuti attraverso un

percorso formativo specifico, che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere, sia in regime libero-professionale sia di dipendenza come parte integrante del piano di cura". Le Cure Complementari possono di sicuro produrre benefici ai pazienti. Operando secondo i principi etici e giuridici, gli infermieri sono in grado di erogare le terapie complementari tutelando l'interesse del paziente. Gli Infermieri devono garantire di operare entro confini etici e legali; essi, pienamente responsabili della loro pratica professionale, devono assicurare che i loro interventi non danneggeranno i pazienti. Le tecniche e terapie non convenzionali o alternative o complementari a cui un paziente può far ricorso sono tante, di seguito si riportano solo alcune delle tante: agopuntura, fitoterapia, omeopatia, riflessologia, osteopatia, chiropratica, shiatsu, ipnosi, aromaterapia, reiki, ecc..

Ormai, sono anni che si sta affermando sempre più la diffusione di rimedi, pratiche terapeutiche e trattamenti denominati in vario modo tipo "medicina alternativa, medicina complementare, medicina naturale, olistica, tradizionale, non ortodossa, ecc."; rimedi e pratiche terapeutiche che hanno in comune il fatto di non trarre ispirazione dalla medicina scientifica.

Il ricorso alla medicina non convenzionale, in costante aumento, è, nella maggior parte dei casi, dovuta alla insoddisfazione nella medicina scientifica che nel tempo ha trascurato alcuni aspetti importantissimi come l'illness (è ciò che il paziente sente quando va dal medico, è la malattia qual'è vissuta



dal paziente come un'esperienza originale e culturalmente fondata. Con il questo termine si vuole descrivere l'insieme di sensazioni, emozioni, pensieri e comportamenti correlati, propri della percezione soggettiva del paziente) e la sickness (cioè l'aspetto socio-culturale, la capacità che devono avere i familiari di comprendere e condividere la condizione del malato) prestando sempre più attenzione al disease (è ciò che il paziente ha quando torna a casa dall'ambulatorio medico, è la malattia come un'entità oggettiva in base alla prospettiva biomedica dell'operatore sanitario, misurabile sulla base di dati fisico-chimici e della predominanza di una visione dualistica del rapporto tra corpo e mente. Con il questo termine si vuole descrivere la malattia così come è conosciuta dalla scienza medica) cioè all'aspetto bio-organico. Anche l'aumentata scolarizzazione e la diffusa informazione in merito al concetto di salute e ai trattamenti sanitari hanno contribuito alla formazione di cittadini consapevoli, sempre meno "pazienti" e sempre più esigenti, attenti ai propri diritti e sempre più convinti dell'importanza di partecipare al processo di cura e al mantenimento del proprio benessere. Il modello biomedico considera la malattia un guasto che causa il cattivo funzionamento della macchina corpo costituita da diverse parti. Questo modello ipotizza che all'origine di ogni disfunzione vi è una causa organica. Quindi, è possibile pensare che gli elementi che caratterizzano il ricorso a queste pratiche alternative e complementari sono verosimilmente la sfiducia nella medicina scientifica, vista come invasiva e anonima, l'esigenza di ritornare alla natura, la relazione personale con una figura curante più o meno carismatica.

Attualmente esistono tantissime (circa 400) differenti forme di cura complementare, tecniche e terapie non convenzionali o alternative. Potremmo elencarle come:

- Terapie somatiche (erboristeria, chiropratica, osteopatia, dietetica);
  - terapie energetiche (agopuntura, omeopatia, pranoterapia, chinesiologia);
  - terapie emozionali (psicodramma, tecniche catartiche, bioenergetica);
  - terapie psicologiche (psicologia transpersonale, ipnosi);
  - terapie spirituali (tecniche di meditazione);
  - terapie sacre (contatto con il divino da parte di maestri illuminati e grandi lama).
- Molti sono i disturbi di salute mentale (tra cui: fobie, disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo post-traumatico da stress e disturbo acuto da stress) che possono trovare risultati positivi non solo con i tradizionali approcci terapeutici (Approcci di supporto, Approcci cognitivo comportamentali, Approcci Psicodinamici, Approccio farmacologico) ma anche con un approccio alternativo alla sintomatologia dei disturbi d'ansia: *l'ipnosi*.
- Si può leggere dell'ipnosi anche nell'Eneide di Virgilio, o nella descrizione di Asclepio, Dio greco della medicina, in nome del quale vennero costruiti gli Asclepiei o Templi del Sonno, sparsi in tutta la Grecia e successivamente nell'impero romano.
- Il termine Ipnosi è stato usata per la prima volta nel 1842 dal medico inglese James Braid, il quale contestava le teorie sul famoso "magnetismo animale" di Mesmer, fu Charcot tra i primi ad usare l'ipnotismo in maniera scientifica, nonostante egli lo considerasse come un fenomeno applicabile soltanto in casi di isteria e lo faceva tramite l'utilizzo di stimoli quali sprazzi di luce, suoni di gong, fissando lo sguardo, oppure con stimoli meno violenti, premendo sulle palpebre o sulla cervice ecc.
- Successivamente l'ipnosi è stata utilizzata e studiata anche da molti altri luminari nel campo della psicologia, della psicanalisi, della psicoterapia ma anche in campo medico - sanitario. L'ipnosi è definita come uno stato di coscienza alterato, che comporta delle modificazioni fenomenologiche oggettive e soggettive distinguibili da quelle esperibili nello stato di veglia e durante il sonno. L'esperienza ipnotica implica uno speciale rapporto di sintonia e fiducia e uno stato modificato di coscienza, in cui è ridotto l'orientamento generale alla realtà ed è facilitato l'uso dell'immaginazione (riferita ai diversi canali sensoriali). Infatti alcuni studi neuropsicologici dimostrano come, in stato di ipnosi, l'emisfero sinistro (quindi quello più propriamente adibito ai processi linguistici, alla logica, matematica, alla ragione) inizialmente si attiva ma successivamente si inibisce contrariamente



a quello destro che appare più attivo. Questo stato modificato di coscienza può essere raggiunto in due modalità:

monoideismo, ossia attenzione focalizzata su una sola idea per ottenere una risposta psico-somato-viscerale;

attenzione espansivo-ricettiva ai contenuti del flusso di

coscienza (immagini mentali, ricordi e sentimenti).

Esistono quindi diverse forme di tecniche ipnotiche

terapeutiche che variano a seconda dell'orientamento dell'operatore, del soggetto o utente e della patologia che si vuole affrontare. Le più famose e utilizzate sono le seguenti: Suggestiva, Abreativa, Regressiva, Evolutiva e altre che mirano a smettere di fumare o a perdere peso. Le dinamiche relazionali tra operatore sanitario e paziente hanno un'importanza fondamentale per la riuscita dell'ipnositerapia. La qualità della relazione operatore sanitario-paziente influisce direttamente sulla qualità dell'esperienza ipnotica.

Quest'ultima, attraverso il rapport, si riflette a sua volta in modo positivo o negativo sulla relazione terapeutica. In pratica quindi la relazione operatore sanitario-paziente e il rapport ipnotico si influenzano a vicenda. Assieme all'aspetto relazionale, l'altro elemento che, risulta essenziale per la terapia è la motivazione individuale che l'ipnosi può, peraltro, aumentare e consolidare in vari modi. L'ipnotizzabilità dipende molto dalla capacità di coinvolgimento immaginativo, ma una scarsa suscettibilità ipnotica può influire molto sulla sua riuscita nonostante una buona relazione terapeutica e una forte motivazione.

L'ipnosi può avere di per se effetti terapeutici (ad es. attraverso il rilassamento e il rinforzo dell'lo) oppure facilitare altri approcci di trattamento.

Benché le tecniche di induzione basilari siano relativamente semplici da apprendere, il loro utilizzo diagnostico e terapeutico ri-

chiede una formazione specifica che può essere acquisita solo in appositi corsi di specializzazione. Diventare un buon ipnoterapeuta richiede attitudine, lunghi studi, continui aggiornamenti e molta esperienza in ambito clinico.

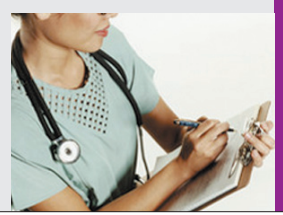
L'ipnosi può essere indotta da chiunque abbia una certa dose di carisma e domestichezza nell'arte di comunicare; ma permettere la pratica dell'ipnosi in

### **“Le dinamiche relazionali tra operatore sanitario e paziente hanno un'importanza fondamentale per la riuscita dell'ipnositerapia”**

ambito clinico a persone prive di formazione ed esperienza adeguata sarebbe decisamente rischioso. È vero che è un metodo terapeutico riconosciuto e verificato sperimentalmente da oltre un secolo, ma in Italia non è ancora molto conosciuto e praticato. L'ipnosi, come intervento sanitario (sia come intervento psicologico-clinico e/o psicoterapeutico, che come terapia di affezioni con componente organica o come terapia del dolore), può essere praticata da chi sia abilitato all'esercizio di una professione sanitaria (in Italia solo da medici, psicologi ed odontoiatri), anche se, ultimamente, i corsi di formazione in ipnosi sono stati estesi anche ad altri operatori sanitari (es. gli infermieri) i quali possono utilizzare tale tecnica solo nei campi di attività di loro competenza.

È altresì evidente che ciascun professionista deve applicare l'ipnosi nella propria area di competenza, rispettando determinati criteri nella selezione dei pazienti e, anzitutto, astenendosi dal trattare con l'ipnosi quei problemi che non è in grado di trattare senza di essa. Il nostro auspicio è di contribuire ad un maggiore apprezzamento dei vantaggi dell'ipnosi da parte di tutte le persone che svolgono professioni d'aiuto, all'interno e all'esterno degli ospedali, in modo da rendere più accessibile ai pazienti questa preziosa pratica clinica.

*\*Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute*



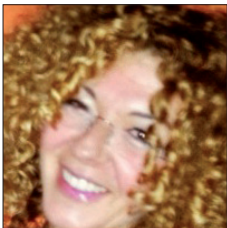
# NUOVI RISCHI OCCUPAZIONALI EMERGENTI

## Situazione accettabile?

Vincenzo  
INGLESE



Elena  
CHIEFA\*



Nonostante il calo occupazionale e la crisi economica che sta interessando da un quinquennio il nostro Paese, il numero di persone che hanno perso la vita nello svolgimento del loro lavoro, è in crescita. Il dato riferito al primo semestre del 2013, parla di 240 persone decedute, delle quali dodici

donne. Un dato che, come detto, è in crescita rispetto al 2010, se è vero come è vero che nel primo trimestre di tre anni fa i morti sul lavoro erano stati 218. Per molti lavoratori, al mattino uscire di casa non lascia certezze sul farvi rientro a fine giornata e ciò non sempre è a causa di una tragica fatalità, ma quasi sempre per la sottovalutazione del rischio della propria attività o per lo scarso rispetto, da parte delle aziende, delle norme in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

A ciò si aggiunga che l'autostima e l'identità di moltissimi lavoratori, di ogni età, sono esposte alle ripercussioni negative dei contratti di lavoro a termine che non vengono più rinnovati e in moltissimi casi anche del-

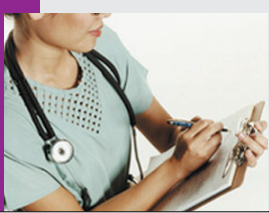
le lettere di licenziamento.

Tantissimi sono i lavoratori che stanno vivendo queste drammatiche situazioni (restare improvvisamente senza lavoro e di conseguenza senza un reddito) con una prospettiva futura sociale non proprio bella nella quale si rischia di "vedere frantumato per sempre il proprio progetto di vita". Anche la disoccupazione infermieristica ha raggiunto livelli inimmaginabili fino a poco tempo fa e ciò potrebbe avere ripercussioni negative per i cittadini. Si evidenzia che tutto ciò accade perchè a seguito della crisi economica, vengono effettuati tagli alle risorse umane all'interno delle strutture sanitarie non solo private ma anche pubbliche (anche se di recente il piano di rientro della sanità pugliese ha ottenuto il via libera dal governo centrale, con la possibilità di sbloccare il turn over e completare le assunzioni per altre 1600 unità tra medici e infermieri). La domanda di salute da parte dei cittadini non è diminuita.

Queste situazioni stanno già influenzando negativamente sulla tutela del patrimonio della salute che è già compromessa nella quotidianità. Infatti, sono evidenti molte negatività come ad esempio il peggioramento della qualità dell'alimentazione, le rinunce alle cure del corpo (per esempio si rinuncia più frequentemente alle cure odontoiatriche), il lento ma continuo impoverimento della vita di relazione, e l'incremento di situazioni che portano alla depressione.

Gli effetti della crisi economica e del disagio sociale dilagante hanno ricadute gravi su larga parte della popolazione, ma so-





prattutto sul mondo della precarietà, della immigrazione, e rende difficile non solo il lavorare senza rischi accettabili ma anche mangiare sano e vivere in modo dignitoso. La precarizzazione del lavoro non è favorevole a nessuno; oltre ai disagi e ai tanti problemi per i lavoratori, ha indebolito le aziende.

Infatti, la competizione tra le stesse basata sul massimo ribasso del valore del lavoro ha deresponsabilizzato le aziende rispetto alla ricerca della qualità e dell'innovazione. È necessario rompere lo schema del negativo, dello stato d'animo depresso, smettere di avere paura del futuro.

Fare prevenzione vuol dire avere o costruire un progetto per il futuro e lottare contro ciò che ne impedisce la realizzazione. L'assunzione della responsabilità, innanzitutto da parte delle amministrazioni pubbliche, ad agire, a mettersi insieme per la costruzione di un progetto per uscire da questa situazione disastrosa e per risolvere problemi concreti è un percorso difficile ma è l'unica possibilità che rimane.

È fondamentale porre il tema della salute e della sicurezza sul lavoro in posizione prioritaria e impegnarsi concretamente per la riduzione degli eventi infortunistici e tecnopatici, e tendere alla garanzia di un'ideale e diffusa organizzazione del lavoro in tutti i contesti lavorativi.

Inoltre, non vanno sottaciute le tante preoccupazioni e i timori delle conseguenze che derivano dalle modifiche previste dal D.L. n. 69 "Decreto del fare" del 21 giugno 2013 (gli artt. 32 e 35 modificano sostanzialmente alcuni articoli del D. Lgs. 81/2008) che potrebbero concretamente determinare nei diversi contesti lavorativi un calo dell'attenzione sul tema della sicurezza, ripercuotendosi anche sull'occupazione.

Le difficoltà che sempre più si potrebbero incontrare nel mondo del lavoro sono tante. Infatti, già oggi, è possibile notare

che le offerte di lavoro vedono soluzioni provvisorie che ricomprendono una marea di tipi di contratto (formazione lavoro, lavoro temporaneo, collaborazione occasionale, collaborazione coordinata e continuativa, lavoro a progetto, apprendistato, contratti di lavoro part time) sempre di breve durata.

Molti sono i lavoratori esposti ai "nuovi rischi" che derivano proprio dalle nuove forme di lavoro, causati proprio da condizioni di lavoro precario e dalle continue e

maggiori pressioni sofferte e subite per rispondere alle esigenze della vita lavorativa moderna. Novità che hanno e continuano a generare dei rischi che prima erano meno diffusi. Rischi sul lavoro nuovi ed emergenti originati dai cambiamenti sociali, aziendali, da innovazione tecnologiche da nuove condizioni di lavoro (carichi di lavoro più elevati a causa di una riduzione del personale e del blocco del turn over).

Queste forme di lavoro creano di sicuro una discriminazione civile, un futuro incerto non soltanto per le giovani generazioni, una sospensione dei diritti, ma anche e soprattutto una assenza di continuità assistenziale in tutti gli ambiti lavorativi sia sul territorio che negli ospedali.

Condizioni queste che impediscono di fatto la trasmissione di quelle conoscenze professionali da un professionista all'altro e da una generazione all'altra.

Investire in prevenzione vuole dire migliorare di certo le condizioni, la qualità della vita e del lavoro, nonché ridurre danni e costi sociali e sanitari.

La prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, la promozione della salute in genere, non sono dei "lussi", ma costituiscono una vera necessità per un'attenuazione dei disagi e delle disuguaglianze, nonché un risparmio attuale e futuro per la società.

\* *Avv. Specialista in Diritto del Lavoro e Sicurezza Sociale*

**“I 40 tipi di contratto, in molti casi, hanno trasformato una esigenza del sistema produttivo nel problema numero uno di una intera generazione: dalla flessibilità alla flessibilità cattiva fino alla precarietà”**



# PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di  
Pasquale Nicola Bianco

## ■ Ambienti di lavoro sani e sicuri

Sebbene i datori di lavoro abbiano la responsabilità giuridica primaria della sicurezza e della salute sul luogo di lavoro, anche i dipendenti hanno il dovere di prendersi cura della propria salute e della propria sicurezza e di quella degli altri, e di chiunque su cui possono ricadere gli effetti delle loro azioni.

Lo strumento principale del diritto UE per quanto concerne la gestione della sicurezza e della salute sul lavoro è la direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, nota anche come direttiva quadro. L'articolo 11 della direttiva in questione sottolinea anche l'importanza della partecipazione dei lavoratori allo sviluppo e all'adozione di sistemi di lavoro sicuro.

Questo concetto viene anche riconosciuto come diritto fondamentale nell'articolo 27 della Carta europea dei diritti fondamentali. Vale la pena ricordare che i benefici derivanti da un ambiente rimarchevole e migliore in termini di sicurezza e salute possono essere considerevoli, e comprendono:

- La partecipazione dei lavoratori consente di sviluppare metodi efficaci per proteggere i lavoratori;
- essendo coinvolti in una questione nella fase di progettazione, i lavoratori sono più propensi a individuare le ragioni per l'adozione di una particolare azione, aiutare a trovare soluzioni pratiche, e si attengono al risultato finale;
- dando loro l'opportunità di partecipare alla definizione di sistemi di lavoro sicuro, i lavoratori possono dare consigli e suggerimenti, e richiedere miglioramenti, contribuendo quindi in modo tempestivo ed economicamente vantaggioso allo sviluppo di misure di prevenzione degli incidenti e delle malattie professionali. ([www.healthy-workplaces.eu/it](http://www.healthy-workplaces.eu/it))

## ■ Anche l'infermiere può praticare l'ipnosi in Italia?

L'articolo 728 del c.p. "Trattamento idoneo a sopprimere la coscienza o la volontà altrui" recita: "Chiunque pone taluno, col suo consenso, in stato di narcosi o d'ipnotismo, o esegue su lui un trattamento che ne sopprima la coscienza o la volontà, è punito, se dal fatto deriva pericolo per l'incolumità della

persona, con l'arresto da uno a sei mesi o con l'ammenda da lire sessantamila a un milione".

Tale disposizione non si applica se il fatto è commesso, a scopo scientifico o di cura, da chi esercita una professione sanitaria. Si evidenzia che il legislatore fa riferimento ad una concezione un pò datata di ipnosi (si sa che l'ipnosi non è in grado di sopprimere né la coscienza né la volontà), ma proprio questa insufficienza di fondo deve spingere alla cautela. Seconda la letteratura scientifica l'ipnologo non è un medico, né uno psicologo, né uno psicoterapeuta.

Non fa diagnosi. Non fa terapie. L'ipnosi non è una terapia né un suo sostituto, anzi è un ottimo supporto complementare. L'ipnosi non è una cura. L'ipnosi è un funzionamento naturale del sistema nervoso che attiva certe capacità di auto-guarigione.

L'ipnosi è assolutamente innocua, è altamente benefica, ed è quasi interamente sotto il controllo del cliente.

Possono, sicuramente, esercitare l'ipnosi nell'ambito della loro professionalità i professionisti iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e all'Ordine degli Psicologi.

Non è chiaro se tra le professioni autorizzate a praticare l'ipnosi siano incluse anche le professioni sanitarie come "infermieristica", "ostetrica", "riabilitativa" (personalmente ritengo che lo siano).

(Avv. Elena Chiefa)

## ■ Il Nursing Minimum Data Set Svizzero (CH-NMDS)

Il Nursing Minimum Data Set svizzero è la banca dati contenente l'elenco dei dati utili, in numero ridotto, ma sufficientemente ricco in informazione, che permetteranno di descrivere l'attività delle infermiere ad altri fini che quelli prettamente clinici.

Il CH-NMDS comprende dunque un numero limitato di dati, che descrivono il luogo dove avviene la cura, l'equipe di cura, lo spazio-tempo (episodio), il paziente (ed il suo soggiorno), le attività infermieristiche («interventi infermieristici») e la ragione di queste attività («fenomeni delle cure infermieristiche»).

(Giornata di Studio "È possibile dare visibilità alle cure? Quali gli ostacoli?")

■ **INFERMIERISTICA E WELFARE**

Franca Villa Fontana (BR), 23 settembre 2013  
**INFO:** Collegio Ipasvi Bari  
Viale Salandra, 42 - Tel. 080 5427333  
e-mail: collegioipasvi-bari@virgilio.it

■ **TRAPPOLE CLINICHE E GESTIONALI IN PEDIATRIA**

Corato (BA), 6-7 Settembre 2013  
**INFO:** Incontritalia  
Tel: 0805211294  
e-mail: spertichino@incontritaliacongressi.it

■ **Corso di 1° livello di INFERMIERISTICA DI PROTEZIONE CIVILE**

Canosa di Puglia, dal 6 Settembre al 26 Ottobre (12 giornate)  
**INFO:** CIVIS BAT  
Santovito Domenico - Tel. 3271814853  
Collegio IPASVI Barletta-Andria-Trani  
Tel. 0883.482500 www.ipasvibat.it

■ **MATERNITA' TRA MULTICULTURA E RELAZIONE DI AIUTO**

Barletta, 12 Settembre 2013  
**INFO:** Formazione Ed Eventi Srl  
Tel: 0664495253 e-mail: edocapo@ideacpa.com

■ **LA GESTIONE DELLE URGENZE CARDIOLOGICHE INTRA-OSPEDALIERE**

Cassano Murge(Ba), 13 Settembre 2013  
**INFO:** Business Value  
Tel: 0668611458  
e-mail: value@businessvalue.it

■ **III FORUM ADRIATICO DI ONCOLOGIA RIPENSARE L'ONCOLOGIA MEDICA**

Bari, 13-14 Settembre 2013  
**INFO:** Ellerre Centre Sas  
Tel: 0805045353  
e-mail: ellerre@ellerrecentre.it

■ **DIAGNOSI TERAPIA E RIABILITAZIONE DELL'APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO: PIEDE E CAVIGLIA**

Valenzano (Ba), 20 Settembre 2013  
**INFO:** Satagroup Sas  
Tel: 0805061372  
e-mail: info@clabmeting.it

■ **LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL PAZIENTE DIABETICO**

Cassano Murge (Ba), 20 Settembre 2013  
**INFO:** Business Value  
Tel: 0668611458  
e-mail: b.value@businessvalue

■ **LA COMPLESSITA' E LA CONTINUITA' DEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE**

Molfetta (Ba), 21 Settembre 2013  
**INFO:** Csr Congressi  
Tel: 051765357  
e-mail: info@csrcongress.com

■ **GIORNATA DI AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA - IMAGING INTEGRATO NELLA VALUTAZIONE DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA**

Bari, 24 Settembre 2013  
**INFO:** Intermeeting Srl  
Tel: 080 5482005  
e-mail: infoba@intermeeting.org

■ **APPROPRIATEZZA DELLE CURE**

Trani, 27-28 Settembre 2013  
Andria, 11-12 Ottobre 2013  
San Ferdinando di Puglia, 8-9 Novembre 2013  
Barletta, 29-30 Novembre 2013  
Bisceglie, 13-14 Dicembre 2013  
**INFO:** Collegio IPASVI Barletta-Andria-Trani  
Tel. 0883.482500  
www.ipasvibat.it

■ **CORSO DI AGGIORNAMENTO INTERATTIVO: GESTIONE INTEGRATA MEDICO INFERMIERE DEL PAZIENTE COMPLESSO CON DOLORE**

Bari, 19 Ottobre 2013  
**INFO:** Fondazione Fadoi  
Tel. 051300100  
e-mail: i.bortolotti@planning.it

■ **UPDATE IN PATOLOGIA VENOSA**

Trani, 4 Ottobre 2013  
**INFO:** Intermeeting Srl  
Tel: 080 5482005  
e-mail: info@intermeeting.org

■ **MANFREDONIA CUORE 2013 CORSO DI AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA**

Manfredonia, (Fg) 4-5 Ottobre 2013  
**INFO:** e20econvegni  
Tel: 0883954886  
e-mail: info@econvegni.it

■ **LA VALIDAZIONE DEL PROCESSO DI PRODUZIONE GALENICA IN FARMACIA ONCOLOGICA**

Bari, 1-2 Ottobre 2013  
**INFO:** azygos srl  
Tel: 0248020604  
e-mail: info@azygos.it