

Filodiretto

Anno XXXII/ numero 5/6 settembre/dicembre 2014 / 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

RINNOVATI



**I DIRETTIVI
IPASVI DELLA
PUGLIA**

**UN IMPEGNO
COMUNE PER
RILANCIARE LA
PROFESSIONE
IN PUGLIA?**

in evidenza

EDITORIALE

**Infermieri
pugliesi
alle urne**

**PRIMO
PIANO**

**Virus ebola:
emergenza sanitaria
e allarme mediatico**

**IN
FORMAZIONE**

**Jobs act,
legge di stabilità,
precarietà**



IPASVI

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 9147070 - F. 080 54 27 413
 redazionefilodiretto@libero.it - bari@ipasvi.legalmail.it

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
 T. 080 337 50 34 - www.editricelimmagine.it
 Finito di stampare il 18 dicembre 2014

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,
 Altomare Locantore, 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
 Notarnicola, Savino Petruzzelli

Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Angelo Bocassini, Davide Cassatella, Elena Chiefa, Ciro Genchi, Pasquale
 Lacasella, Antonella Perrucci, Antonio Petruzzelli, Alessandro Pipoli, Antonella
 Tanzi, Marta Visentini.
 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 (Wword o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo deve essere inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it
 Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/5427333.

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.

EDITORIALE

3 INFERMIERI PUGLIESI ALLE URNE

a cura del comitato di redazione

PRIMO PIANO

6 VIRUS EBOLA: EMERGENZA SANITARIO E ALLARME MEDIATICO

Salvatore Petrarolo

IN PUGLIA

8 PARTO IN ANONIMATO E ABBANDONO TUTELATO

Antonella Tanzi, Carmela Marseglia

PROFESSIONE IN AZIONE

11 LA CRONICITÀ SFIDA I SISTEMI SANITARI

Elena Guglielmi

13 IL COLLEGIO IPASVI STAKEHOLDER DEL I I8

Ciro Genchi

15 PROCEDURE OPERATIVE IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

Pasquale Lacasella

17 REPROCESSING IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Angelo Bocassini

21 I DISTURBI DEL SONNO NELL'EMODIALIZZATO

Antonio Petruzzelli

23 DISTURBI NEUROPSICHIATRICI NEGLI ADOLESCENTI

Antonella Perrucci

IN FORMAZIONE

26 IL MANTENIMENTO DELLA PERVIERITÀ DEL CATETERE VENOSO PERIFERICO

Davide Cassatella, Alessandro Pipoli

27 JOBS ACT, LEGGE DI STABILITÀ & PRECARIETÀ

Elena Chiefa, Marta Visentini

29 RESPONSABILITÀ SANITARIA

Vanessa Manghisi

INSERTO 5/6

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Pasquale Nicola Bianco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



INFERMIERI PUGLIESI ALLE URNE

Nella nostra regione la percentuale più alta di votanti

a cura del
COMITATO DI REDAZIONE

Si è chiusa in Puglia la stagione del rinnovo degli organismi direttivi per i Collegi provinciali IPASVI.

Un appuntamento importante per il ruolo istituzionale che l'ente di rappresentanza professionale degli infermieri riveste.

Mai come in questa tornata elettorale l'affluenza alle urne è stata ragguardevole raggiungendo punte percentuali, rispetto agli aventi diritto al voto, superiori al 50% (IPASVI di Barletta- Andria-Trani).

Il risultato rappresenta una buona base per impegnarsi in nuove sfide e condividere nuovi obiettivi.

Tanti i gruppi organizzati di colleghi che si sono candidati alla guida dei Collegi delle provincie pugliesi che hanno sviluppato serrati confronti per essere eletti.

A Bari e Foggia, la percentuale di votanti, è stata di poco superiore al quorum richiesto (pari al 10% degli aventi diritto al voto).

E' indubbio, che a Bari e Foggia la presenza di una sola lista di colleghi interessati al rinnovo abbia notevolmente abbassato la percentuale di partecipazione al voto.

A Lecce è stato registrato il più alto numero di liste di candidati. Ha vinto per pochi voti la lista, in parte rinnovata, dei Colleghi "in carica" a discapito di un gruppo di Colleghi composto a ridosso della competizione elettorale. In provincia di Lecce grazie alla presenza di tre liste si sono tenuti interessanti dibattiti sul web. Significativo anche il risultato della terza lista, che ha raccolto mediamente circa 300 voti.

Molto polemica la disputa in terra di Taranto tra due gruppi di Colleghi che hanno sviluppato un'aspra e combattuta competizione. Il dato elettorale sulla partecipa-

zione al voto in terra tarantina è stato il più alto mai raggiunto per quel territorio e per pochi voti si è affermato il gruppo degli uscenti.

Anche nella provincia di Brindisi la "disputa" elettorale è stata dirompente e accesa. Il risultato registrato è stato un successo oltre le previsioni. Il 34% degli iscritti si è recato all'urna. A Brindisi si è affermata la "lista degli uscenti" per pochissimi voti.

Discorso a parte, e di parte, merita la provincia di Barletta - Andria - Trani.

Notevole e dirompente, la percentuale di iscritti votanti avuta nella provincia Bat che al momento dovrebbe rappresentare il dato percentuale più alto mai registrato in Italia nell'ambito dei rinnovi IPASVI. Più di un Infermiere su due, si è recato alle urne per sostenere i Colleghi candidati nelle due liste.

Entrambe le liste, nate e composte da un nutrito gruppo di Colleghi già parte degli >>



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

I colleghi eletti nel Consiglio Direttivo e nel Collegio dei Revisori per il triennio 2015-2017 del Collegio IPASVI BARI

Saverio	ANDREULA	Presidente
Roberto	GRECO	V/Presidente
Agostino	INGLESE	Tesoriere
Nunzio	RANIERI	Segretario
Francesco	ALBERGO	
Giuseppe	ARCIERI	
Loredana	CAPPELLI	
Maria	CAPUTO	
Giovanni	CARBONE	
Maria	CASSANO	
Vincenzo	D'ADDABBO	
Francesco	FERRI	
Giuseppe	MARANGELLI	
Carmela	MARSEGLIA	
Giuseppe	NOTARNICOLA	

REVISORI DEI CONTI EFFETTIVI

Pasquale	LACASELLA	Presidente
Francesco	BARIONE	
Domenico	CIMARRUSTI	

REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE

Raffaele	FIGHERA	
----------	---------	--

organismi direttivi in scadenza di mandato. E' stata una contesa molto accesa ma sostanzialmente corretta. Notevole e di spessore le forme di comunicazioni utilizzate per promuovere le proprie idee a sostegno della campagna elettorale.

Al termine della sfida un solo risultato; "ha vinto la professione": questo il commento unanime espresso da tutti i "duellanti" aspiranti consiglieri e revisori delle liste.

Per la cronaca, ha vinto il gruppo di "giovani" Colleghi che si sono presentati sotto l'egida e il programma della lista denominata "Infermiere Professionista della Salute"; la stessa che ha vinto in terra di Bari e che sta concorrendo e in parte affermandosi, in molte provincie italiane.

I Colleghi hanno saputo intercettare il consenso degli iscritti, proponendosi con un programma impegnativo ma concreto stimolato dalla rivista di settore on line "nursesimes.org".

Di seguito il programma di attività (comune) presentato agli elettori dai gruppi di Colleghi eletti nelle provincie di Bari e Barletta - Andria - Trani con le liste "Infermiere Professionista della salute":

1. Sostenere lo sviluppo della cultura professionale infermieristica, attraverso azioni e strumenti formazione e ricerca finalizzati ad orientare nella quotidianità l'agire dei "professionisti infermieri".
2. Tutelare l'identità professionale dell'infermiere in ogni ambito di attività.
3. Progettare e revisionare i "modelli organizzativi" infermieristici per renderli rispettosi dei bisogni delle persone e degli ambiti di competenza professionale.
4. Potenziare le attività di rappresentanza professionale a sostegno dell'infermieri-





stica e della sua concreta valorizzazione, dalla formazione all'esercizio professionale.

- Sensibilizzare gli "attori istituzionali" del sistema salute a riconoscere e sostenere l'identità professionale dell'Infermiere, quale unico professionista responsabile dell'attuazione del processo di assistenza infermieristica, capace di rispondere, con autonomia decisiona-

Collegio	Iscritti	Votanti	Liste	Voti %
Bari	8235	951	1	12
Brindisi	2981	1024	2	34
Taranto	2858	762	2	26
Lecce	6564	1894	3	29
Bat	2251	1159	2	52
Foggia	6564	823	1	12
TOTALI	29.453	6613	11	22,4



tadini e i professionisti della salute. Ora che i fari si sono spenti, nel stigmatizzare i tanti colleghi che indistintamente, pur di intercettare il consenso, hanno elargito promesse insostenibili, rivolgiamo attraverso le pagine di Filodiretto appello a tutti, per un impegno comune a sostegno della professione infermieristica, dalla formazione all'esercizio professionale.

La sfida che ci attende è impegnativa e al di là delle contrapposizioni ideologiche.

Si accetti il responso delle urne e si torni a lavorare all'unisono per fare in modo che a vincere sia l'Infermieristica pugliese.

- le, ai molteplici bisogni di salute.
- Analizzare il fenomeno/problema del "demansionamento professionale" in tutte le sue forme individuando e attivando strumenti adeguati per affrontarlo/risolverlo con successo.
- Migliorare la qualità dell'offerta formativa universitaria nell'ambito dei Cdl in infermieristica per i giovani studenti sostenendo le discipline infermieristiche e riconoscendo il ruolo dei Docenti e Tutor Infermieri impegnati nel percorso formativo.
- Promuovere l'occupazione infermieristica con l'obiettivo di proporre un modello concreto per la definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche occorrenti per garantire i cittadini e al tempo stesso valorizzare il ruolo degli Infermieri nell'attuale sistema sanitario.
- Supportare la realizzazione dei percorsi di carriera per la professione infermieristica nell'ambito lavorativo e formativo.
- Favorire l'alleanza terapeutica tra i cit-

I colleghi eletti nel Consiglio Direttivo e nel Collegio dei Revisori per il triennio 2015-2017 del Collegio IPASVI BARLETTA-ANDRIA-TRANI

Michele	RAGNATELA	Presidente
Giuseppe	PAPAGNI	V/Presidente
Vincenzo	RICCHIUTI	Tesoriere
Nicola	TORTORA	Segretario
Paolo	BARILE	
Grazia	BONADIE	
Agata	CARELLA	
Maria	CUSTODE	
Leonardo	DI LEO	
Altomare	LOCANTORE	
Savino	PETRUZZELLI	
M. Cristian	RIZZI	
Federico	RUTA	
Nicola	SETTE	
Giuseppe	VURCHIO	

REVISORI DEI CONTI EFFETTIVI

Carlo DI BARI	Presidente
Daniela PAOLILLO	
Michele CALABRESE	

REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE

Vincenzo MALDERA

VIRUS EBOLA: EMERGENZA SANITARIA E ALLARME MEDIATICO

Conferenza dibattito a Bari organizzata dal Collegio IPASVI

Salvatore
PETRAROLO



L'emergenza sanitaria non va sottovalutata ma su un punto c'è da stare tranquilli: l'epidemia di ebola difficilmente potrà arrivare nei paesi occidentali e in Italia in particolare. La per-

centuale che ciò possa accadere è vicina al 5 per cento, dato irrisorio rispetto al fenomeno che sta martoriando tre paesi dell'Africa centrale. Una rassicurazione necessaria, rilanciata dalla dottoressa Maria Chironna, del Dipartimento Scienze biomediche e oncologiche dell'Azienda universitaria Policlinico, in occasione della conferenza dibattito organizzata dal Collegio Ipasvi sull'emergenza ebola e ospitata alla Sheraton Nicolaus di Bari. Appuntamento di approfondimento riservato ai tanti infermieri che, in queste settimane, si sono interrogati, sulla capacità dell'attuale organizzazione funzionale di fronteggiare eventuali momenti epidemici. Quella, come ha illustrato nel suo intervento la dottoressa Chironna, ha avuto i primi segnali in Guinea alla fine del 2013. Il cosiddetto "caso zero" ha riguardato un bambino di 2 anni infettato in un piccolo villaggio di quel paese africano. Evento che, nelle settimane successive, ha permesso di isolare il ceppo (tra i cinque conosciuti) del virus ebola e scoprire che si trattava del più pericoloso, denominato Zaire. Ma prima che

si prendesse coscienza di avere a che fare con un'epidemia, come altre ce ne sono stati nei paesi africani, le strutture sanitarie di quei Paesi (Guinea, Liberia e Sierra Leone), sono passate altre settimane, visto che la malattia è stata confusa con altre malattie endemiche (come la malaria).

Del resto i sintomi, ha sottolineato la dottoressa Chironna, sono simili: febbre alta, spossatezza, vomito. Dal "caso zero" la diffusione del virus è stata rapida e i fattori che hanno amplificato l'epidemia vanno ricercati nella carenza degli ospedali nei tre Paesi dell'Africa centrale (infatti molte persone sono state infettate proprio negli ospedali) e dalle pratiche funerarie che prevedono, a quelle latitudini, il contatto diretto con la salma. Del resto, ha evidenziato la dottoressa Chironna, il contagio del virus ebola avviene per contatto diretto attraverso il sangue, i fluidi corporei o il contatto con superfici e ambienti contaminati. Non ci sono invece riscontri ed evidenze di trasmissione del virus per via area: bisogne-





rebbe essere molto vicino ad un paziente affetto da ebola per contrarre il virus, ha aggiunto la dottoressa Chironna. Ma che quella esplosa nell'Africa centrale sia una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, lo ha dichiarato, l'8 agosto scorso, l'Organizzazione Mondiale della sanità. Un allarme che ha fatto salire i livelli di attenzione e di controllo, nei paesi occidentali, attraverso l'applicazione di rigorose procedure soprattutto negli luoghi di frontiera (come porti e aeroporti).

Di pari passo, però, è cresciuta anche la psicosi da virus ebola: "Questa epidemia non arriva con i barconi" ha ripetuto la dottoressa Chironna, anche per placare i sensazionalismi che hanno trovato facile sfogo sul web. Ma la realtà è diversa e, soprattutto, agli operatori sanitari tocca affrontare l'eventuale emergenza con razionalità e conoscenza. Non basta che un paziente abbia sintomi quali febbre alta, vomito o spossatezza per poter affermare che sia affetto dal virus ebola.

C'è un elemento, ha sottolineato la dottoressa Chironna, da non trascurare: quello stesso paziente deve essere stato a contatto con una persona contagiata da ebola. Per questo è importante conoscerne gli spostamenti e quali contatti può avere avuto sfruttando il lungo periodo di incubazione della malattia (dai 2 ai 21 giorni).

E' sintomatico quanto accaduto in Nigeria, uno dei paesi dove il rischio ebola è cessato: un cittadino benestante aveva contratto il virus e, quando è arrivato in Nigeria, le autorità di quel Paese hanno agito in maniera quasi militare ricostruendo tutti i contatti del contagiato. Infatti ogni caso primario di virus ebola ne produce due di grado secondario: un effetto domino che spiega anche i numeri elevati dell'epidemia nei paesi dell'Africa centrale. L'ultimo report, al 30 novembre scorso, parla di 17.145 casi di persone contagiate delle quali 6070 decedute. Una letalità del 35 per cento, inferiore a quanto si registrava sino a pochi mesi fa, quando la percentuale dei decessi era anche superiore al 50 per cento. Questo, come ha spiegato la dottoressa Chironna, non è solo il segno di un più attento intervento sui pazienti affetti da ebola, ma di una probabile mutazione del virus. La situazione, però, in Guinea, Liberia e Sierra Le-

Ebola ed operatori sanitari

dati al 19 ottobre 2014

Country	Healthcare worker cases (% of reported cases)	Healthcare worker deaths (% of reported deaths)
Guinea	78 (5.1)	41 (4.5)
Liberia	222 (4.8)	103 (3.8)
Sierra Leone	129 (3.5)	95 (7.5)
Nigeria	11 (55.0)	5 (62.5)
Spain	1 (100.0)	0
United States of America	2 (66.0)	0
Total	443 (4.6)	244 (5.0)

ona, resta drammatica perché servirebbero staff medici e sanitari preparati, staff logistici ed epidemiologici attrezzati, ma anche strutture come letti di isolamento, ospedali da campo e beni di prima necessità. Non va dimenticato, infatti, che il virus ebola si è diffuso in Paesi poveri dove ci sono già altre emergenze da affrontare (come quella della malaria). Se il rischio di internazionalizzazione del virus ebola c'è, va detto che lo stesso inciderebbe in percentuali minime nei paesi occidentali. In Italia quel rischio è stato valutato attorno al 5 per cento e anche la presenza del primo "paziente zero" (un medico che operava in Africa centrale dove ha contratto il virus) non deve far scatenare la psicosi, soprattutto tra gli operatori sanitari. Del resto, ha ricordato la dottoressa Chironna, in Italia ci sono due centri d'eccellenza (l'ospedale Sacco a Milano e lo Spallanzani a Roma) per affrontare questa emergenza. Agli infermieri presenti in platea è stato ricordato che il rispetto del protocollo, nel trattamento di un possibile caso di paziente affetto da virus ebola, è fondamentale: la valutazione non deve basarsi solo sul criterio clinico ma deve tenere conto di un aspetto fondamentale e cioè che il paziente, con i possibili sintomi da virus ebola, deve aver soggiornato in una delle aree dove l'epidemia è esplosa. Solo quando c'è la certezza di avere a che fare con un caso da virus ebola, il paziente va trasferito all'ospedale "Spallanzani" di Roma. Quello dell'ebola, insomma, è un'emergenza che va arginata nei Paesi africani e contro la quale, a dispetto di allarmismi spesso esagerati, l'Italia è pronta e attrezzata.

PARTO IN ANONIMATO E ABBANDONO TUTELATO

Ruoli e competenze della professione infermieristica

Carmela
MARSEGLIA



In questi anni e in questi giorni sono purtroppo frequenti i casi di abbandono di neonati.

Un neonato nato nel bagno di un fast food di Roma e lasciato nel water per nove lunghissimi minuti. Hanno sentito dei lamenti provenire dal cassonetto, si sono avvicinati per controllare ed ecco la sor-

Antonella
TANZI



presa: una neonata, infilata in un sacchetto e riposta nel cassonetto come qualcosa di cui disfarsi.

Neonato abbandonato nel bagno di un supermercato. Secondo la Società Italiana di Neonatologia nel 2013 sono 3.000 i neonati abbandonati ogni anno.

I più fortunati abbandonati in ospedale, molti partoriti e abbandonati in un cassonetto, per strada nei luoghi pubblici.

Ogni volta che in TV si parla di un bambino abbandonato i cronisti criminalizzano la madre ma non citano la legge sul parto segreto in ospedale né la possibilità dell'adozione.

Quale può essere il contributo ed il ruolo infermieristico?

Per comprendere cosa è possibile fare e in che modo, abbiamo condotto un'indagine con l'applicazione del metodo "Delphi". Tale strumento iterativo ha previsto il confronto dialettico circa le opinioni di un panel di esperti, mediante la somministrazione di quesiti ai quali ogni incaricato è stato invitato a rispondere.

L'indagine ha coinvolto figure professionali operanti nel settore medico e giuridico sulla conoscenza del DPR 396/2000 Art.30 comma 1 relativo alla dichiarazione di nascita secondo cui: "La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l'eventuale volontà della madre di non essere nominata". Lo studio è stato condotto con i seguenti obiettivi:

1. Far emergere una tematica poco affrontata e divulgata alle donne che decidono di affrontare la gravidanza.
2. Intervistare degli esperti sulla tematica, il ruolo dell'infermiere nel contesto secondo il loro punto di vista.
3. Raccogliere delle eventuali proposte di informazione.
4. Proporre, sulla base delle interviste, iniziative che diffondano positivamente la tematica.

Ogni esperto ha esposto la propria opinione o esperienza in relazione al quesito ed ha permesso di evidenziare i punti di forza e di debolezza dello studio.

Dalla analisi delle risposte è stato definito il progetto (attualmente in esame degli



esperti) di seguito specificato.

Titolo del progetto. Abbi cura di me

Nella vita di una donna la gravidanza rappresenta un grande cambiamento, un passaggio dall'essere donna all'essere madre, mentre per la coppia segna il passaggio nella genitorialità.

I cambiamenti fisici e psicologici sono numerosi e anche se è un processo naturale non sempre è esente da sfide e difficoltà. Diventare mamma e diventare genitori richiede una grande capacità di adattamento e gestione di numerose dinamiche interne (che riguardano il mondo emotivo) ed esterne (questioni pratiche e organizzative quotidiane) che rivoluzionano la vita.

Perché di questo si tratta, di una nuova vita!

La filosofia che sottende il progetto è quella

di offrire un aiuto alle donne per orientarle nella scelta dei servizi, perché possano scegliere quello più adatto alle proprie esigenze e affrontare l'avventura della maternità in modo più sereno; ma non solo: si vuole anche valorizzare l'impegno che le strutture attive sul territorio dedicano a una nuova cultura della maternità e dell'infanzia.

Piano di intervento e informazione

Informazione nelle scuole (scuola media e scuola media superiore). Informazione rivolta ai futuri genitori.

Informazione rivolta alle istituzioni del territorio (Medici di medicina generale, farmacie, enti religiosi, ecc...).

SOSTEGNO. Interventi concernenti la "don-

na che non consente di essere nominata". Sostegno alla gestante per favorire una scelta libera e consapevole.

Sostegno alla donna che si presenta all'ambulatorio della legge 194 e non interrompe la gravidanza. Segnalazione al Tribunale dei Minori del bambino non riconosciuto.

Attivazione di strumenti di mediazione culturale in favore di donne e/o coppie straniere per favorirne la conoscenza della normativa italiana

Entrambi i momenti possono essere sostenuti e/o coordinati dal Dipartimento Area materno Infantile, con il coinvolgimento

ed il contributo professionale di psicologi, assistenti sociali, medici ed in collaborazione con il Provveditorato agli Studi.

Obiettivi specifici

- Ridurre il numero di aborti spontanei.

- Annullare i casi di infanticidio ed abbandono.
- Incrementare gli abbandoni tutelati.
- Educare alla vita gli adolescenti.
- Migliorare la diffusione di una sessualità protetta.

Risultati attesi

Promuovere la circolarità dell'informazione e la comunicazione all'interno del sistema sanitario della Regione Puglia.

Permettere a tutte le donne e i loro compagni di seguire percorsi formativi che suscitino interesse e che stimolino alla salvaguardia della vita.

Sostenibilità economica del progetto

Per la realizzazione del progetto bisogna >>

“I cambiamenti fisici e psicologici sono numerosi e anche se è un processo naturale non sempre è esente da sfide e difficoltà”

Ringraziamenti

- Filippo Maria Boscia - Ginecologo - Asl "Di Venere" - Bari
- Samanta Faccilongo - Educatrice - Comunità Alloggio per Gestanti e Madri con Figli a Carico "Insieme per Crescere"
- Laforgia Nicola - Neonatologo Azienda Ospedaliero Consorziato Policlinico - Bari
- Giuseppe Moro - Sociologo Dipartimento Scienze della Formazione Università Degli Studi di Bari "Aldo Moro"
- Fernanda Leo - Ostetrica Azienda Ospedaliero Consorziato Policlinico - Bari
- Papagni Teresa - Infermiera Azienda Ospedaliero Consorziato Policlinico - Bari

Questionario: “ Parto in anonimato e abbandono tutelato. Ruolo infermieristico”

1. Cosa si indica con i termini “gravidanza tutelata” e “abbandono tutelato”?
2. Informare la popolazione del DPR 396/2000 Art.30 comma 1 relativo alla dichiarazione di nascita secondo cui: “La dichiarazione di nascita è resa da uno dei genitori, da un procuratore speciale, ovvero dal medico o dalla ostetrica o da altra persona che ha assistito al parto, rispettando l’eventuale volontà della madre di non essere nominata”, potrebbe diminuire e/o evitare il fenomeno di abbandono dei neonati o di infanticidio? Se SI, con quali mezzi o strutture?
3. Che tipo di reazioni hanno avuto le adolescenti nel dichiarare e accettare coscientemente e responsabilmente il proprio stato di gravidanza? Ha notato delle differenze con le reazioni di donne adulte?
4. Potrebbe fornire possibili strategie utili a ridurre e possibilmente eliminare i rischi legati ad una gravidanza indesiderata o contrastata?
5. Che tipo di reazioni ha notato nella puerpera (o donna) dopo che è stata informata della possibilità di un parto in anonimato e/o di un abbandono tutelato? Ci sono differenze in donne di nazionalità diverse?
6. A suo parere, che ruolo potrebbe svolgere l’infermiere in questo ambito?
7. Quali possono essere le azioni da mettere in atto dagli operatori sanitari a difesa e tutela dell’abbandono?
8. E’ a conoscenza di strutture dedicate all’accoglienza del neonato abbandonato?
9. L’ambiente culturale e/o sociale di provenienza può favorire e/o determinare comportamenti emotivi, talora violenti in una donna in stato di gravidanza?
10. Quali attività di prevenzione mirate ai genitori a rischio potrebbero diminuire il numero di abbandoni e/o infanticidio?
11. Nella sua attività ha mai riscontrato una situazione di resistenza di una donna nell’essere aiutata?

prevedere un impegno economico per l’attivazione dei percorsi elencati che possa permettere alle future famiglie di partecipare senza il vincolo economico.

Conclusioni

Il neonato in fasce è incapace di comprendere la realtà e capire quello che gli sta accadendo, perciò è indispensabile agire sui genitori ed ancor più sulla futura madre.

Il ruolo educativo che l’infermiere può assumere in determinate strutture è impor-

tante e di estrema rilevanza mentre ad oggi viene sottovalutato prediligendo quello manuale ed operativo.

L’eventuale proposta di far rientrare i gruppi d’informazione in tutte le strutture di formazione, come ad esempio le scuole, e tramite messaggi semplici e comprensibili può migliorare una situazione che incombe nella vita quotidiana con numerosi fatti di cronaca e non viene affrontata in maniera continua e duratura.

SITOGRAFIA

1. http://www.mpv.org/home_page/documentazione/00001041_Aborto.html
2. <http://www.urp.it/Sezione.jsp?idSezione=52>
3. <http://www.mpv.org/mpv/allegati/1810/ElencoCulle.pdf>
4. http://www.mpv.org/home_page/iniziativa/00000032La_culla_per_la_Vita.html
5. http://www.mpv.org/home_page/le_case_di_accoglienza_del_movimento_per_la_vita/00008859_Le_case_di_accoglienza.html
6. http://www.mammaepapa.it/gravidanza/p.asp?nfile=numero_verde_gravidanza_estrema_parto_anonimo
7. <http://www.pianetamamma.it/il-bambino/parto-anonimo-in-ospedale.html>
8. <http://www.commissioneletteromacapitale.it/donne/roma-doula-con-te-una-rete-a-supporto-delle-donne-in-gravidanza>
9. <http://www.neonatologia.it>



LA CRONICITÀ SFIDA I SISTEMI SANITARI

Elena
GUGLIELMI



Il prendersi cura delle persone affette da malattie croniche, prevalentemente dovuto all'allungamento della vita media della popolazione, è uno dei principali problemi dei sistemi sanitari in tutto il mondo. Infatti, l'esplosione quantitativa dei fenomeni, frutto in buona parte del progresso medico e del progresso tecnologico, è stata così rapida da non aver permesso l'elaborazione di contenuti culturali, prima ancora che scientifici, clinici e organizzativi, indispensabili per progettare un sistema di assistenza completamente nuovo. A tal proposito, ecco alcuni dati significativi! Nel 2050 l'evoluzione prevista della popolazione italiana sarà la seguente:

- da zero a quattordici anni l'11,4%;
- da quindici a sessantaquattro anni il 54,2%;
- gli ultrasessantacinquenni saranno più del 34,4%.

Tutto ciò si tradurrà in un incremento delle patologie croniche degenerative. Queste ultime sono oramai diventate la principale causa di disabilità e soprattutto sono diventate la causa principale dell'utilizzo dei servizi sanitari. Di più, le malattie croniche sono soprattutto quelle che assorbono circa l'80% dell'intera spesa sanitaria. In Italia, in

particolare, in dieci anni, dal 1996 al 2006, la spesa sanitaria è passata da circa cinquantadue milioni a circa cento milioni di euro. In sostanza si è raddoppiata! Un trend di questo tipo, con un'economia che, negli ultimi dieci anni, è cresciuta solo dell'1% e una spesa sanitaria che invece è cresciuta più del 50% mette in evidenza una crescita esponenziale della spesa sanitaria e conseguentemente mette a rischio la sostenibilità del sistema e soprattutto mette a rischio la qualità dell'assistenza erogata. Ciò ha dato spazio a grandi crisi, a tentativi senza successo, a proposte inconsistenti: tecnici, programmatori e decisori politici possono essere accomunati in una critica collettiva per questi fallimenti. Solo da poco tempo s'incominciano a intravedere proposte che qui e là sembrano affrontare seriamente i problemi degli ammalati cronici, senza la pretesa di risolvere tutte le dinamiche complesse poste dalla sofferenza umana, apprestando interventi settoriali, ma realizzabili, a costi contenuti e corredati dalla dimostrazione di efficacia. Questi piccoli progressi non sono ancora inquadrabili in un sistema articolato; permettono, però, di superare il pessimismo indotto da fallimenti ripetuti, molto costosi in termini umani, oltre che economici. Con questo non si può certo illudersi che il sistema nel suo complesso abbia appreso come evitare ingiustizie, inadeguatezze, situazioni inaccettabili da ogni punto di vista, ma affermare che insistere solo sugli aspetti negativi non serve per mobilitare una giusta reazione che induce a proporre e costruire scelte credibili.



In questo contesto la politica sanitaria deve necessariamente cambiare marcia e verso. Quali potrebbero essere le nuove prospettive, in grado di creare speranza? Non è lecito dimenticare a questo proposito che le denunce senza risposta diffondono tra i cittadini un senso di paura diffusa, perché i più fragili sentono la mancanza attorno a loro di una rete protettiva efficiente e sensibile, in grado di accompagnarli nelle difficoltà di tutti i giorni, indotte dalle loro stesse condizioni di salute. Senza alcun incremento

dei costi, ecco alcuni interventi realizzabili:

Contenuti culturali

Evidentemente bisogna rivedere i modelli organizzativi ancora esistenti. Abbandonare definitivamente la strada dell'ospedale quale centro del sistema. Sicuramente un altro passaggio importante è quello di dare centralità al cittadino-utente e ai suoi bisogni, attraverso l'implementazione di un approccio di tipo multidisciplinare e non più medico-centrico.

Formazione degli operatori

Insegnare male cose inutili o insegnare bene cose utili ha lo stesso costo. Quindi perché non formare i professionisti della salute a una logica che vede sullo stesso piano le condizioni di acuzie e quelle di cronicità, le alte tecnologie con la continuità assistenziale, la capacità del singolo con il lavoro di gruppo? Si potrebbero creare con facilità spazi per questi contenuti innovativi, purché si avessero la voglia e il coraggio di tagliare bizantinismi, ripetizioni, banalità, argomenti d'interesse solo per il docente. Ricordandoci peraltro che all'università questo cambiamento non costerebbe un euro. È però necessario costruire un'atmosfera culturale profondamente diversa da quella oggi prevalente, convincendo professori e studenti che occuparsi dei malati cronici complessi, pluripatologici, con storie di malattie intricate è un compito di alta qualificazione professionale, certamente non

inferiore a quello svolto da chi governa uno strumento di tecnologia avanzata.

La ricerca

Oggi in Italia si fa ricerca in ambito clinico-biologico e sui servizi in moltissimi sistemi tra loro separati; il mancato coordinamento facilita sprechi, ripetizioni, attenzione a

problematiche "facili" e fuga da quelle più innovative e difficili. Non costerebbe niente organizzare un coordinamento e l'indirizzo delle ricerche verso le aree più sensibili del bisogno dei cittadini. Tra queste, in pri-

mo piano vi sarebbero certamente le ricerche sulle malattie croniche e le loro terapie, nel senso più ampio, dai farmaci ai "luoghi della cura" e loro organizzazioni, dalla sofferenza del singolo a quella del nucleo familiare, etc. Anche in questo contesto molto potrebbero fare gli infermieri e il sistema delle professioni sanitarie nella sua totalità. Da questi approcci discenderebbero facilmente proposte e prassi adeguate all'assistenza e alla cura delle malattie croniche e alla gestione dei relativi servizi, fondate su un pilastro centrale: la presa in carico della persona e il conseguente rispetto della dignità umana. Ciò potrebbe rappresentare una strategia vincente! Vanno controllate con grande attenzione in particolare le proposte che sembrano apparentemente logiche, e quindi in grado di ricevere un consenso diffuso da chi è più sprovveduto; tra queste, ad esempio, la predisposizione di strutture capaci di gestire al top la cronicità. Il criterio della dignità e della presa in carico impone alle aziende sanitarie di svolgere controlli strettissimi sulla qualità dei servizi prestati, in particolare nell'area delle cure prolungate e dell'integrazione socio-sanitaria. Tutti gli attori del sistema sanno che è necessario rimettere in equilibrio il sistema, garantendo così la sostenibilità economica e la qualità dello stesso. La parola "chiave" passa sicuramente attraverso un nuovo ed articolato approccio al "problema".

“Sicuramente un altro passaggio importante è quello di dare centralità al cittadino-utente e ai suoi bisogni, attraverso l'implementazione di un approccio di tipo multidisciplinare e non più medico-centrico”



IL COLLEGIO IPASVI STAKEHOLDER DEL 118

Ciro
GENCHI



Negli ultimi due anni il collegio IPASVI Bari ha recepito le problematiche del 118 della provincia Bari e Bat, in particolare le numerose lamentele del personale infermieristico. Una realtà, questa, magmatica per la molteplicità e complessità degli aspetti che si configurano di difficile composizione e, perciò, causa di malessere se non, addirittura, di disagio operativo. Consuetudini inveterate e sacche di abbandono hanno reso questa struttura emergenziale, eterogenea in sé e sorta all'insegna di un dinamismo funzionale, inidonea tanto nei contenuti quanto nella risposta al cittadino. Una macchina che appare, oggi, non sempre, o non del tutto, rispondente ai bisogni della società e dell'utenza nonché poco competitiva all'interno del sistema. Segnalazioni paradossali e sconcertanti hanno imposto al Collegio Ipasvi di Bari di intervenire con l'istituzione di un comitato permanente del 118. Da giugno 2013 sono state indicate agli organi di competenza le numerose criticità, talvolta di rilevanza penale, che, però, sono state ascoltate, solo in un primo momento, da altre istituzioni, estranee tecnicamente, al sistema sanitario. Non era ciò che si auspicava ma il rammarico è che nessuna risposta è giunta sia dalla parte aziendale che da

quella politica, che nell'ultimo quinquennio ha visto succedersi, cinque assessori diversi alla sanità. Grazie al contributo del Collegio Ipasvi Bari, documentate puntualmente e analiticamente, si sono sanate situazioni che erano rimaste inevase da diversi anni, vedasi, giusto per esemplificazione: la postazione Mike di piazza Moro (equipaggio composto da medico, infermiere, autista, soccorritore). L'IPASVI sostiene da tempo che la figura dell'infermiere debba essere cardine del soccorso così come stabilito per legge, adeguatamente preparato e formato e riconosciuto come elemento insostituibile in un contesto di progressivo adeguamento e aggiornamento professionale in grado di qualificare al meglio il servizio prestato. Protocolli, algoritmi operativi, formazione continua garantirebbero una certa autonomia decisionale estemporanea che non sia necessariamente medico dipendente. Il confronto con altre realtà nazionali che hanno più anni di operatività rispetto alla nostra ci vedono distanti ed il gap è importante. In alcune regioni le sinergie decisionali tra scelte regionali, improntate sicuramente sulla spending review, e l'imprescindibile professionalità degli operatori sul territorio, genera input di straordinaria efficienza. Si riscontra finalmente che la regione Puglia ha accolto i suggerimenti sia per il piano straordinario, per il periodo estivo, sia per la rete radio digitale, provvedimenti ora inseriti nel Burp 103 del 30/07/2014. Ad ogni buon conto restano irrisolti diversi punti già tempestivamente sottoposti all'osservazione istituzionale dal Collegio





IPASVI: la presenza di collari cervicali inidonei (tuttora presenti insieme a quelli per trauma), all'assenza del nastro di Broselow per l'emergenza pediatrica, all'assenza della morfina, all'assenza di un programma addestrativo tramite simulazioni, all'assenza di protocolli condivisi per il soccorso sanitario in mare, all'assenza della valvola di Heimlich, all'assenza dei frigoriferi sulle ambulanze (per i liquidi caldi e quello per i liquidi freddi), alle lunghe attese nei pronto soccorso, al mancato ritiro e consegna delle divise tanto sporche quanto pulite. A queste mancanze/inefficienze ormai note si aggiungono disagi di natura logistica con postazioni precarie nei luoghi, negli arredi

e negli spazi (talvolta con il bagno molto distante) che rendono disagiata la convivenza tra tutti gli operatori.

Con l'avvicendamento al vertice del coordinamento 118 traspare un modo diverso di operare. Con la "conferenza in agorà" indetta dal collegio Ipasvi Bari nell'ottobre c.a. presso l'Hotel Sheraton di Bari, aperto a tutti gli infermieri del 118, si sono poste le basi per un "osservatorio permanente 118" Bari e Bat che ha già iniziato ad operare per le iniziative e gli intendimenti condivisi al fine di portare serenamente un contributo collegiale che sia leva assolutamente vantaggiosa sia per gli infermieri che per la salute dei cittadini.

SCIOPERO DEGLI INFERMIERI PER PROTESTARE CONTRO LA NUOVA LEGGE DI STABILITÀ

Alta è stata l'adesione alla protesta indetta contro la nuova **Legge di Stabilità** e le politiche sull'occupazione del **governo Renzi**, sotto accusa per la riconferma di tagli alle regioni e del blocco ad oltranza del **turnover** nei posti pubblici, **sanità** compresa, e per il perdurare delle gravi criticità legate alla valorizzazione economica e di carriera del personale e alla sempre più grave disoccupazione infermieristica.

Moltissimi infermieri provenienti da tutta **Italia**, hanno manifestato il loro disagio presso piazza Montecitorio a Roma lo scorso 3 novembre denunciando la carenza del personale (circa **100mila** unità in meno rispetto agli altri Paesi dell'**Unione** ed una mole di lavoro in costante crescita per le mancate **assunzioni** di nuovi dipendenti). Oggi

sono circa 25mila gli infermieri senza lavoro e agli ormai rarissimi concorsi pubblici si presentano in migliaia per pochissimi posti.

Infatti non è consentita ancora nessuna iniziativa volta per la copertura dei **posti pubblici** rimasti vacanti in virtù dei pensionamenti di migliaia di **lavoratori** ogni anno, mentre ad aggravare la situazione c'è anche il congelamento dei **contratti** fermi al 2009 con relativo stop dell'adeguamento delle **retribuzioni** al costo della vita incrementando lo stato di demansionamento in cui versa il personale infermieristico chiamato a coprire nel sistema le carenze di altre figure e del personale di supporto.

Con la legge di stabilità il governo ha chiesto alle

Regioni un taglio di risorse agli sprechi che innegabilmente esistono, ma tagliare sugli sprechi vuol dire riorganizzare il sistema dei servizi, cosa che non si può fare senza usare il lavoro professionale, e quindi i nuovi tagli andranno a penalizzare inevitabilmente i sistemi di garanzia dei Livelli essenziali di assistenza al servizio del cittadino. Gli infermieri occupati e disoccupati insieme chiedono a gran voce di denunciare il malessere che la categoria da anni sta affrontando perché sono sempre maggiori le responsabilità, le esigenze organizzative e le aspettative degli assistiti. Senza una possibilità di valorizzazione del personale difficilmente si potranno realizzare quei cambiamenti al sistema che tutti auspicano. Le risorse economiche per il rinnovo dei contratti si possono ben trovare all'interno del sistema senza tagliare sui diritti o sui servizi, se viene data la possibilità di trasformare una parte di questi risparmi in risorse per la valorizzazione del lavoro degli infermieri.

Savino Petruzzelli





PROCEDURE OPERATIVE IN CASO DI INFORTUNIO A RISCHIO BIOLOGICO

Pasquale
LACASELLA



C'è necessità di garantire la massima sicurezza dell'ambiente di lavoro onde prevenire, tra le altre cose, la possibilità che avvengano incidenti come le ferite provocate da tutti i tipi di dispositi-

vi medici taglienti (aghi inclusi). Per meglio preservare la incolumità dei lavoratori delle strutture e dei servizi sanitari del settore pubblico e privato sono istituite idonee procedure a carico del datore di lavoro.

In Italia sono oltre 130mila gli infortuni che comportano un'esposizione al sangue o ad altre sostanze biologiche potenzialmente infette. Il 75% dei casi sono determinati da esposizioni percutanee che si verificano quando l'operatore si ferisce con un tagliente contaminato e non si deve pensare solo ai Quartieri Operatori, ai reparti per acuti e alle UU.OO. di urgenza ed emergenza. In Europa si stimano siano circa 1 milione all'anno le ferite per punture o i tagli accidentali a cui si espone il personale sanitario in servizio nei reparti di degenza.

Le punture accidentali con aghi utilizzati rappresentano la modalità di esposizione più frequente e pericolosa, sono infatti oltre quaranta gli agenti patogeni trasmissibili attraverso il sangue nel corso di una puntura accidentale, tra i quali ricordia-

mo il virus dell'HIV, dell'epatite B (HBV), dell'epatite C (HCV).

Oltre i due terzi degli operatori sanitari esposti sono infermieri (in larga maggioranza donne per il rapporto in servizio di 1 a 4 per le femmine rispetto ai maschi) seguiti dai medici e dalle altre categorie professionali.

Ecco perché ritengo rilevante riepilogare qui quali siano le procedure e le responsabilità a seguito di un infortunio a rischio biologico.

La esposizione ad agenti biologici, così come descritta nel Titolo X del D.Lgs.81/2008, rappresenta una condizione praticamente costante ed estensibile a tutti gli operatori sanitari adibiti alla cura del paziente e a quelli dedicati ad attività di laboratorio e speciali come le analisi chimico-cliniche e quelle batteriologiche, l'istologia patologica, etc. senza peraltro trascurare la esposizione degli operatori ai cadaveri (anatomopatologi e necrofori) e il personale addetto alla sanità veterinaria, ai tecnici degli impianti termoidraulici e agli addetti alla raccolta e allo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti.

Le misure di emergenza in caso di incidente da contatto con probabile infezione

Operatore sanitario

(con probabile contaminazione della cute o/e delle mucose)

- trattamento locale: sanguinamento procurato, lavaggio accurato, disinfezione;
- compila e controfirma, unitamente al responsabile medico della U.O., il modulo di raccolta dati infortunio a rischio

»»



biologico con particolare riferimento a cause, circostanze, luogo dell'infortunio, caratteristiche e sierologia del soggetto fonte;

Referente unità operativa

- riceve il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico;
- invia l'operatore al Pronto Soccorso più vicino con il modulo di raccolta dati debitamente compilato, unitamente all'impegnativa per effettuare gli esami ematici di protocollo;

Medico di pronto soccorso

- completa il trattamento locale della sede di contatto e/o attiva opportune misure di profilassi tramite la Medicina del Lavoro;
- compila il referto di P.S. ed il primo certificato di infortunio cautelativo;
- invia la relativa comunicazione alla Direzione Sanitaria;
- effettua al dipendente il prelievo ematico "a tempo zero" e invia il campione al laboratorio di analisi cliniche;

Direzione sanitaria

- acquisisce ulteriori notizie utili per inoltrare la denuncia di infortunio in occasione di lavoro all'INAIL e agli Organi

competenti;

- accerta le cause e le circostanze per gli eventuali provvedimenti del caso;
- trasmette il modulo di raccolta dati infortunio a rischio biologico ed il referto del Pronto Soccorso al Servizio di Sorveglianza Sanitaria;

Laboratorio analisi

- effettua gli esami di laboratorio richiesti dal Pronto Soccorso e dal Servizio di Sorveglianza Sanitaria;

Servizio di sorveglianza sanitaria

- riceve: esami, modulo di raccolta dati di infortunio a rischio biologico e referto del Pronto Soccorso;
- avvia programma di P.P.E. sulla base della situazione vaccinale oggettiva del dipendente, di tutti gli altri dati sanitari forniti dell'operatore e dai risultati ematici del soggetto fonte se reperibili;
- consegna una copia del referto degli esami a tempo zero all'operatore sanitario unitamente al protocollo P.P.E. che prevede controlli ematici di controllo a 45 giorni, 3 mesi e 6 mesi dall'esposizione con presunto rischio biologico. Al medesimo ufficio compete la valutazione finale del rapporto "causa-effetti".



CONFERENZA ORGANIZZATIVA A BARI PER IL RILANCIO DEL NUCLEO CIVES

Si terrà a Bari presso il Polo formativo del CdL in Infermieristica "Santa Caterina da Siena" dell'Ospedale "Di Venere" della ASL BA,

il 14 gennaio 2015 con inizio alle ore 15,30, la CONFERENZA organizzativa per rilanciare il nucleo CIVES di Bari, inattivo per dimissione del Presidente. I Colleghi interessati a sostenere il CIVES a Bari e a farne parte sono invitati. Al fine di raccogliere le disponibilità degli interessati si prega di inviare mail o Fax ai seguenti indirizzi: Fax 0805427413 - bari@ipasvi.legalmail.it - collegioipasvi-bari@virgilio.it.

CIVES è un'associazione di volontariato nazionale articolata su base provinciale formata esclusivamente da infermieri regolarmente iscritti ai Collegi provinciali IPASVI. Il progetto CIVES che si sviluppa nell'ambito delle attività di protezione civile ed emergenza sanitaria di massa in Italia e all'Estero, è quello di offrire uno strumento organizzativo per ottimizzare la disponibilità dei professionisti infermieri. L'idea che nasce con CIVES è quella di organizzare lo spirito di solidarietà dei professionisti costruendo un sistema di intervento volontario che sappia esaltare la competenza e le specializzazioni che gli infermieri sono in grado di esprimere. Nell'ottica di valorizzazione di tutte le professionalità infermieristiche, si può parlare di un intervento a tutto campo di professionisti volontari che possono garantire una presenza qualificata in tutti i settori della sanità. Possono iscriversi a CIVES tutti gli infermieri inseriti negli albi provinciali IPASVI. Chi lo desiderasse può chiedere di essere accreditato nell'elenco dei soci operativi, disponibili cioè ad essere mobilitati in caso di necessità alle attività di protezione civile in Italia e all'estero.

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*



VIOLENZA SULLE DONNE

Martedì 25 novembre u.s., è stata la giornata internazionale contro la violenza sulle donne.

Per l'occasione il Ministro della Giustizia intervenendo a un convegno sul tema, ha espresso una forte preoccupazione per un fenomeno che sta assumendo carattere di emergenza sociale e politica. Nello stesso giorno, il Ministero ha diffuso un rapporto, relativo ai fenomeni di stalking avvenuti negli anni 2011 e 2012 (dati sicuramente in crescita negli anni 2013 e 2014), che per sintesi di seguito si riportano. Iniziamo con il precisare che le pene, per chi commette reati di genere, sono state inasprite; sono previste misure cautelari.

Il fronte della repressione è efficace, ma manca la piena attuazione di un piano di prevenzione. Serve, quindi, rendere alta e omogenea la qualità degli interventi e investire nella formazione delle professionalità che interagiscono con le vittime. A tale scopo, l'entrata in vigore della così detta "Convenzione di Istanbul" potrebbe rappresentare un'occasione importante a condizione che: «il Governo mette a sistema tutte le forme di tutela esistenti per combattere la violenza di genere che ha ricadute drammaticamente negative sulla società».

Nel 2013 ci sono stati 179 femminicidi, il 14% in più rispetto al 2012, e questa rappresenta «la percentuale più alta mai raggiunta nel nostro paese, pur in un quadro di diminuzione del numero degli omicidi». Nello stesso giorno, il Ministero della Giustizia rispetto al fenomeno dello stalking, ha diffuso sul proprio sito istituzionale un rapporto realizzato dalla Direzione generale ufficio statistico: i dati riguardano i fenomeni di stalking, in particolar modo relativamente ai procedimenti definiti presso i tribunali italiani nel 2011 e nel 2012. Ciò che emerge è un profilo dello stalker con le seguenti caratteristiche: "maschio, età media 42 anni, per lo più italiano e spesso con precedenti penali".

Dai dati risulta anche il motivo più frequente è il tentativo di ricomporre il rapporto.

La durata media della persecuzione è di 14,6 mesi. Nel 91,1% dei casi, il colpevole è un maschio.

LA CORTE DI GIUSTIZIA EUROPEA CONTRARIA AL DIRITTO COMUNITARIO DI RINNOVO DEI CONTRATTI A TEMPO DETERMINATO

L'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato non prevede norme che, in attesa dell'espletamento dei concorsi per l'assunzione di personale di ruolo, autorizzino il rinnovo di contratti a tempo determinato per la copertura di posti vacanti. Ciò senza indicare e definire tempi certi per l'espletamento dei concorsi ed escludendo il risarcimento del danno subito a causa di un eventuale rinnovo. Lo ha affermato la Corte di Giustizia nella sentenza nelle cause riunite rubricate come segue: C-22/13, da C-61/13 a C-63/13 e C-418/13 del 26 novembre 2014. La disciplina italiana prevede un sistema per la sostituzione del personale docente e amministrativo nelle scuole statali ma che analogicamente è simile alla Sanità Pubblica. In particolare, si provvede alla copertura dei posti effettivamente vacanti e disponibili entro il 31 dicembre mediante incarichi a tempo determinato in attesa dell'espletamento di concorsi o per quanto riguarda la sanità, in attesa dello sblocco delle assunzioni. Tali incarichi sono conferiti attingendo il personale da graduatorie dove possono essere anche iscritti soggetti che hanno vinto un concorso, senza però avere ancora ottenuto un posto. Il personale che effettua queste supplenze o incarichi (avuto riguardo alla Sanità) possono essere immessi in ruolo (o assunti) in funzione dei posti disponibili e della loro progressione in tali graduatorie. La fattispecie devoluta alla Corte di Giustizia Europea (applicabile che si a tutto il Pubblico Impiego) vede diversi lavoratori assunti in base a contratti di lavoro a tempo determinato stipulati in successione. Tali soggetti non sono mai stati impiegati per meno di 45 mesi su un periodo di 5 anni. Sostenendo l'illegittimità di tali contratti, detti lavoratori hanno chiesto giudizialmente la riquilificazione dei loro contratti in rapporto di lavoro a tempo indeterminato, la loro immissione in ruolo, il pagamento degli stipendi corrispondenti ai periodi di interruzione tra i contratti nonché il risarcimento del danno. Occorre ricordare che il lavoro a tempo deter-

CLXXXV





minato nella pubblica amministrazione è soggetto al d.lgs. n. 368/2001, recante attuazione della direttiva 1999/70/CE relativa all'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato. L'art. 5, comma 4 bis, di tale d.lgs. stabilisce che qualora per effetto di successione di contratti a termine per lo svolgimento di mansioni equivalenti il rapporto di lavoro fra lo stesso datore di lavoro e lo stesso lavoratore abbia complessivamente superato i 36 mesi comprensivi di proroghe e rinnovi, (indipendentemente dai periodi di interruzione che intercorrono tra un contratto e l'altro), il rapporto di lavoro si considera a tempo indeterminato.

L'art. 10, comma 4 bis dello stesso d.lgs., tuttavia, precisa (articolo inserito successivamente) che sono esclusi dall'applicazione del d.lgs. i contratti a tempo determinato stipulati per il conferimento delle supplenze del personale docente ed ATA e non quindi il personale della sanità, data la necessità di garantire la costante erogazione del servizio scolastico anche in caso di assenza temporanea del personale docente ed ATA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed anche determinato, sottolineando che «in ogni caso non si applica l'art. 5, comma 4-bis, del presente decreto».

La Corte costituzionale nonché il Tribunale di Napoli hanno chiesto alla Corte di Giustizia se la normativa italiana sia conforme all'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato e, in particolare, se quest'ultimo consenta il rinnovo di contratti di lavoro a tempo determinato per la copertura di posti vacanti e disponibili, in attesa dell'espletamento delle procedure concorsuali per l'assunzione di personale di ruolo delle scuole statali, senza la previsione di tempi certi per l'espletamento dei concorsi ed escludendo qualsiasi risarcimento del danno subito a causa di un siffatto rinnovo. L'accordo quadro è volto a limitare la successione di contratti a tempo determinato. Questo è il principio ineludibile da sostenere nelle controversie.

Al fine di prevenire l'utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato, l'accordo quadro impone agli Stati membri di prevedere, in primo luogo, almeno una delle seguen-

ti misure: l'indicazione delle ragioni obiettive che giustificano il rinnovo dei contratti ovvero la determinazione della durata massima totale dei contratti o del numero dei loro rinnovi. Peraltro, al fine di garantire la piena efficacia dell'accordo quadro, una misura sanzionatoria deve essere applicata in caso di utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato, ed essere proporzionata, effettiva e dissuasiva.

Quando si verifica il ricorso abusivo a una successione di contratti o di rapporti di lavoro a tempo determinato, gli Stati membri devono applicare una misura che presenti garanzie effettive ed equivalenti di tutela dei lavoratori al fine di sanzionare debitamente tale abuso e cancellare le conseguenze della violazione del diritto UE. La legge italiana non prevede nessuna misura che limiti la durata massima totale dei contratti o il numero dei loro rinnovi. In tali circostanze, il rinnovo deve essere giustificato da una "ragione obiettiva", quale la particolare natura delle funzioni, le loro caratteristiche o il perseguimento di una legittima finalità di politica sociale. Secondo la Corte, la sostituzione temporanea di lavoratori per motivi di politica sociale (congedi per malattia, parentali, per maternità o altri) costituisce una ragione obiettiva che giustifica la durata determinata del contratto. Invece, sostiene la Corte è un abuso ricorrere ad una successione di contratti a tempo indeterminato per risolvere carenze permanenti.

Nel caso in cui uno Stato membro riservi l'accesso ai posti permanenti al personale vincitore di concorso, tramite l'immissione in ruolo, può altresì oggettivamente giustificarsi che, in attesa dell'espletamento di tali concorsi, i posti da occupare siano coperti con una successione di contratti di lavoro a tempo determinato. Tuttavia, il solo fatto che la normativa nazionale, che consente proprio il rinnovo di contratti di lavoro a tempo determinato per la copertura, tramite supplenze annuali o incarichi per la sanità, di posti vacanti e disponibili in attesa dell'espletamento delle procedure concorsuali, possa essere giustificato da una "ragione obiettiva" non è sufficiente a renderla conforme all'accordo quadro, se risulta che l'applicazione concreta di detta normativa conduce, nei fatti, a un ricorso abusivo a una suc-



cessione di contratti di lavoro a tempo determinato. Ciò si verifica quando tali contratti sono utilizzati per soddisfare esigenze permanenti e durevoli delle pubbliche amministrazioni. Come spesso sottolineato in alcune memorie difensive nei giudizi pendenti sull'argomento in esame: "la legge italiana non fa nulla per prevenire il ricorso abusivo a una successione di contratti a tempo determinato". Nella fattispecie, la Corte osserva che il termine di immissione in ruolo o per lo svolgimento di procedure concorsuali o scorrimento graduatorie dove vi è il blocco delle assunzioni è variabile e incerto, poiché dipende da circostanze aleatorie e imprevedibili. Infatti, da un lato, l'immissione in ruolo per effetto dell'avanzamento dei docenti in graduatoria è in funzione della durata complessiva dei contratti di lavoro a tempo determinato nonché dei posti che sono nel frattempo divenuti vacanti. Dall'altro lato, non è previsto alcun termine preciso per l'organizzazione delle procedure concorsuali. Identica situazione si verifica nella sanità.

Quindi, la legge italiana, sebbene formalmente limiti il ricorso ai contratti di lavoro a tempo determinato per provvedere a sostituzioni per posti vacanti e disponibili solo per un periodo temporaneo fino all'espletamento delle procedure concorsuali ove mai sia scritto nei contratti di lavoro (dato che a volte anche questa modestissima motivazione manca), non permette di garantire che l'applicazione concreta delle ragioni oggettive sia conforme ai requisiti dell'accordo quadro. Inoltre, le considerazioni di bilancio non possono giustificare l'assenza di qualsiasi misura volta a prevenire il ricorso abusivo a una successione di contratti di lavoro a tempo determinato.

La legge italiana esclude il risarcimento del danno subito a causa del ricorso abusivo a una successione di contratti di lavoro a tempo determinato nell'insegnamento e non già nel restante pubblico impiego, e non consente neanche la trasformazione di tali contratti in contratti a tempo indeterminato. Il fatto che un lavoratore che abbia effettuato prestazioni lavorative a tempo determinato di oltre 36 mesi e non possa ottenere un contratto a tempo indeterminato

(se non con l'immissione in ruolo per effetto dell'avanzamento in graduatoria per la scuola, mentre per la sanità è ancora peggiore la situazione) è aleatorio e non costituisce quindi una sanzione sufficientemente effettiva e dissuasiva ai fini di garantire la piena efficacia delle norme adottate in applicazione dell'accordo quadro.

L'Italia è del resto obbligata a prevedere una misura adeguata per sanzionare il ricorso abusivo a una successione di contratti di lavoro a tempo determinato.

Secondo la Corte, pertanto, l'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato non ammette una normativa quale quella italiana che, in attesa dell'espletamento dei concorsi o del bando per l'assunzione di personale, autorizzi il rinnovo di contratti a tempo determinato per la copertura di posti vacanti e disponibili, senza indicare tempi certi per l'espletamento di dette procedure concorsuali ed escludendo il risarcimento del danno subito a causa di un siffatto rinnovo. La legge italiana, infatti, non prevede criteri obiettivi e trasparenti al fine di verificare se il rinnovo risponda ad un'esigenza reale, sia idoneo a conseguire l'obiettivo perseguito e sia necessario a tal fine, e non contempla neppure misure volte a prevenire e a sanzionare il ricorso abusivo a tali contratti. Le conseguenze possono essere svariate, in attesa che il Legislatore intervenga ma, ritengo che quantomeno un congruo risarcimento economico sia certo (dato anche la presenza di numerose pronunce negative anche avuto riguardo al risarcimento); invece, non azzardo ancora previsioni sulla possibilità (superati i 36 mesi) di poter ottenere sentenze di conversione dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato.

LA MOBILITÀ DEL PERSONALE

Nel caso di passaggio del personale da un'amministrazione all'altra, il mantenimento del trattamento economico opera nei limiti della regola del riassorbimento in occasione dei miglioramenti di inquadramento e di trattamento economico riconosciuti per effetto del trasferimento, pertanto l'indennità di amministrazione non è dovuta se il trasferimento ha comportato un complessivo miglioramento



delle condizioni economiche. Con la sentenza n. 24950/2014, depositata il 24 novembre 2014, la Corte di Cassazione ha, quindi, confermato il suo orientamento in tema di diritto all'indennità di amministrazione o di altre indennità. Alcuni dipendenti pubblici, trasferiti dal Ministero del Lavoro alla Regione Lazio, si vedevano negare dal primo l'indennità di amministrazione, emolumento dedicato agli statali trasferiti, al fine di garantire loro il mantenimento della posizione retributiva già maturata.

Ciò in considerazione del principio costituzionale dell'irriducibilità della retribuzione. L'erogazione dell'indennità di amministrazione è prevista dall'art. 7 CCNL Comparto Regioni ed Enti Locali, il quale fa esplicito riferimento alle norme in tema di retribuzione dei pubblici dipendenti, da ultimo il d.lgs. 165/2001. In altri termini, l'indennità di amministrazione serve a colmare l'eventuale differenza tra la retribuzione percepita in seno all'amministrazione lasciata e quella percepita presso l'amministrazione di trasferimento.

I lavoratori coinvolti nella controversia, nel trasferimento, non avevano subito una diminuzione della loro retribuzione, ma reclamavano comunque il diritto a percepire l'indennità di amministrazione, che, secondo loro e secondo i giudici di merito, non era un salario accessorio, bensì una voce retributiva facente parte del trattamento economico fisso e continuativo e, pertanto, non riassorbibile in nessun altro emolumento speciale.

La Corte di Cassazione, con pronuncia cervellotica, ribalta quanto deciso nei primi due gradi di giudizio, avvalorando la funzione dell'indennità di amministrazione. Come accennato, l'art. 7 del CCNL Comparto Regioni ed Enti Locali garantisce al personale statale trasferito il mantenimento della retribuzione già percepita, attraverso l'erogazione dell'indennità di amministrazione da parte dell'amministrazione che ha operato il trasferimento. In particolare, la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha già specificato che il principio del mantenimento del trattamento economico già in godimento presso la precedente amministrazione possa essere derogato solo in presenza di

norme speciali dello stesso livello dell'art. 31 d.lgs. n. 165/2001, che è da considerarsi disposizione generale.

Di conseguenza, il principio del mantenimento del trattamento economico goduto nella precedente amministrazione va commisurato agli eventuali miglioramenti di inquadramento e di retribuzione, occorsi a seguito del trasferimento. Pertanto, se il trasferimento comporta un miglioramento della posizione retributiva non ha più senso applicare il principio di irriducibilità della retribuzione. Anzi, in un simile caso, l'erogazione dell'indennità di amministrazione causerebbe un ingiustificato aumento del compenso, che comporterebbe, a sua volta, una violazione del principio di parità di trattamento dei dipendenti pubblici, principio stabilito ex art. 45 d.lgs. n. 165/2001. Nel caso di specie, i dipendenti trasferiti hanno goduto di una migliore posizione lavorativa e retributiva in seno alla Regione Lazio, pertanto, in assenza di una norma speciale che imponga comunque l'erogazione dell'indennità di amministrazione, il Ministero del Lavoro, da cui provengono i lavoratori, non è tenuto ad alcun versamento, anche perché la Regione Lazio ha correttamente riassorbito i lavoratori anche dal punto di vista retributivo.

CONTESTAZIONI DISCIPLINARI

Se la Corte di merito ha accertato che, nella fattispecie, non è emersa la prova dell'avvenuta ricezione, da parte del lavoratore, della missiva contenente la contestazione disciplinare propeedeutica al successivo licenziamento, non c'è alcuna violazione dello ius novorum in appello, e neppure alcuna ultra petizione o alcuna violazione del principio del contraddittorio, se il lavoratore fa semplici ulteriori deduzioni su elementi di fatto già acquisiti e già oggetto di contraddittorio tra le parti.

Per semplicità di esposizione: il Giudice del Lavoro annullava la sanzione disciplinare irrogata al lavoratore e, per l'effetto, condannava la società datrice di lavoro al pagamento in favore del ricorrente delle retribuzioni maturate nei dieci giorni di sospensione dal lavoro inflitti; annullava, inoltre, il licenziamento e ordinava alla società di reintegrare il predetto nel posto di lavoro,



risarcirgli il danno mediante corresponsione di un'indennità pari alla retribuzione, nonché provvedere al versamento dei contributi assistenziali e previdenziali, per il periodo dal licenziamento alla reintegra. Il giudice riteneva sproporzionata la sanzione conservativa e dichiarava illegittimo il licenziamento perché sproporzionato rispetto ai fatti contestati.

La Corte d'appello, in parziale riforma dell'impugnata sentenza, rigettava l'impugnativa contro la sanzione conservativa e confermava l'illegittimità del licenziamento.

La società datrice di lavoro ha proposto ricorso per cassazione contro tale decisione, lamentando che la Corte territoriale abbia fondato la sua decisione su circostanze nuove (introdotte per la prima volta in appello), pronunciandosi sul profilo d'ufficio e senza consentire un contraddittorio delle parti. Infatti, rileva la ricorrente, il lavoratore, in primo grado, si era limitato a negare genericamente la circostanza di aver ricevuto la raccomandata contenente la contestazione posta alla base del licenziamento, pertanto, la introduzione in appello di un elemento di novità (la circostanza che l'avviso di deposito di raccomandata, priva dell'indicazione del numero interno dell'appartamento del lavoratore non era mai stato inserito nella buca delle lettere dell'appellato) costituiva una nuova prospettazione ed un nuovo tema di indagine, e come tale inammissibile in appello.

Il Collegio ritiene, invece, che fin dall'inizio il lavoratore aveva negato di aver ricevuto la raccomandata in oggetto e che incombeva, dunque, sulla società l'onere della prova della avvenuta comunicazione della contestazione disciplinare. È, quindi, evidente che il rilievo da parte dell'appellato secondo cui non aveva avuto conoscenza della comunicazione, costituiva mera difesa, trattandosi soltanto di semplici ulteriori deduzioni basate su elementi di fatto tutti già documentalmente acquisiti al processo e già oggetto di contraddittorio tra le parti. Quindi, conclude la Corte, «non solo non vi è stata alcuna violazione dello ius novorum in appello, ma neppure vi è stata alcuna ultra petizione o alcuna violazione del principio del contraddittorio, giacché la Corte di merito ha soltanto

accertato che, nella fattispecie, non è emersa la prova dell'avvenuta ricezione, da parte del lavoratore, della missiva contenente la contestazione disciplinare propedeutica al successivo licenziamento.». Il principio che emerge è sempre lo stesso: il datore di lavoro, in caso di licenziamento, ha l'onere di provare tutti i fatti costituenti il provvedimento espulsivo

LICENZIAMENTO LEGITTIMO PER MANCATA COMUNICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

La prolungata assenza del dipendente, il quale ha pensato bene di non contattare il proprio datore di lavoro costa il licenziamento. Accadono ancora queste cose alla fine del 2014! A prescindere dalla normativa contrattuale, è evidente la gravità della condotta del lavoratore, e la conseguente rottura del rapporto fiduciario con l'azienda. Assente ingiustificato. Ma non a scuola. Tutto ciò legittima la scelta tranchant compiuta dal datore di lavoro: dipendente licenziato (Cassazione, sentenza n.25158, sez. Lavoro, depositata oggi). Chiaro il quadro tracciato dai vertici dell'azienda – operativa nel settore dell'abbigliamento di qualità –: al dipendente viene addebitata una «assenza ingiustificata protrattasi per oltre tre giorni», e tale condotta ha portato al «licenziamento per giusta causa». Provvedimento eccessivo, quello del datore di lavoro? Assolutamente no, chiariscono i giudici di merito, i quali ritengono corretta la scelta compiuta dall'azienda.

Così, per il lavoratore, ultima strada percorribile è quella della Cassazione.

E di fronte ai giudici di terzo grado egli pone in evidenza un fatto importante, a suo dire: «al momento del licenziamento non si era verificata la fattispecie indicata nella lettera di addebito», cioè un'«assenza ingiustificata superiore ai tre giorni», poiché «al momento della contestazione, l'assenza, poi effettivamente protrattasi per oltre tre giorni, durava solo da tre giorni». Tale ricostruzione, però, non modifica di un millimetro la posizione del lavoratore, il quale, per giunta, non ha neanche «prodotto la lettera di contestazione, quella di licenziamento né il contratto collettivo».

CLXXXIX





Ma, comunque, chiariscono i giudici, legittimamente in Appello si è ritenuto che «la clausola contrattuale collettiva avesse carattere esemplificativo e non tassativo». Anche perché, viene aggiunto, «la giusta causa di licenziamento è nozione legale e il giudice non è vincolato dalle previsioni del contratto collettivo», e, quindi, «il giudice può ritenere la sussistenza della giusta causa per un grave inadempimento o per un grave comportamento del lavoratore, contrario alle norme della comune etica o del comune vivere civile», ove «tale inadempimento o tale comportamento abbia fatto venir meno il rapporto fiduciario» rispetto all'azienda. Ebbene, in questa vicenda, contratto a parte, emerge che «il lavoratore non solo rimase assente per tre giorni, senza avvertire l'azienda, ma protrasse tale assenza ulteriormente, senza fornire alcuna giustificazione»: evidente la «grave violazione», da parte del dipendente, dei suoi «obblighi di diligenza». E proprio questo dato, concludono i giudici, rende comprensibile il «licenziamento» adottato dall'azienda.

CXC

IL COLLOCAMENTO A LAVORO DEL DISABILE

L'esercizio del diritto del disabile allo stabile inserimento nel mondo del lavoro, garantito con l'attribuzione della quota di riserva in riferimento alle assunzioni a tempo indeterminato, non può essere negato per effetto di una circostanza del tutto transitoria, quale la pendenza di un rapporto di lavoro a tempo determinato. Così ha deciso la Corte di Cassazione con la sentenza n. 24723/14, (se il d.l. n. 90/2014 sarà convertito in legge la questione sarà oggetto di numerosi cambiamenti). Insegnante precario e disabile. Un insegnante o anche un infermiere disabile ha lavorato per anni come supplente, con una certa continuità, alle volte, anche per un intero anno scolastico. Superato il concorso pubblico per entrare di ruolo, in quota disabili, non veniva collocato poiché l'ente territoriale di riferimento sosteneva che la pendenza del suo rapporto di lavoro a termine, impedisse l'instaurazione di un contratto di lavoro a tempo indeterminato (ruolo). La legge n. 68/1999 stabilisce che i datori di lavoro pubblici e priva-

ti siano tenuti ad avere alle proprie dipendenze una quota di lavoratori disabili, c.d. quota di riserva, da calcolarsi in percentuale sul numero di lavoratori impiegati nell'azienda. In particolare, l'art. 16, comma 2, prevede che i disabili che abbiano conseguito l'idoneità nei concorsi pubblici possano essere assunti nella c.d. quota di riserva, anche se non versano in stato di disoccupazione. E' proprio l'accertamento dello stato di disoccupazione a far scaturire la controversia oggetto della sentenza in commento. Secondo l'insegnante, la ratio della legge n. 68/1999 è lo stabile inserimento del disabile nel mondo del lavoro.

Tale fine è raggiunto mediante l'attribuzione di una quota di riserva con riferimento alle assunzioni a tempo indeterminato. Di conseguenza, uno stato temporaneo di occupazione, quale la stipula di un contratto a tempo determinato, non osta all'assegnazione del posto fisso in quota di riserva. Contrariamente, secondo la Provincia, ai sensi dell'art. 4, d.lgs. n. 181/2000, lo stato di disoccupazione cessa nel caso di rapporti di lavoro a termine della durata superiore ad otto mesi. Pertanto, nel caso di specie, non poteva considerarsi disoccupato, l'insegnante precario che comunque aveva avuto un incarico di supplenza di durata annuale. Si badi che, al superamento del concorso, l'insegnante non aveva alcun incarico.

Principio di civiltà e diritto è valorizzare i disabili come forza lavoro attiva. È questo l'obiettivo più nobile della legge sul collocamento obbligatorio dei disabili. Le radici di una simile scelta affondano nell'art. 38 Cost. che sancisce il diritto inderogabile degli inabili e dei minorati all'avviamento professionale! Non solo, sulla stessa linea si pongono l'art. 26 della Carta di Nizza, dove si legge chiaramente che il lavoro è veicolo di partecipazione alla vita della comunità, e l'art. 27 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dei disabili, che determina un impegno internazionale affinché i disabili possano mantenersi attraverso un lavoro liberamente scelto, che li includa maggiormente nella società.

Per onorare un simile impegno l'art. 16, l. n. 68/1999 va letto con un duplice approccio: da un lato, esso pone limiti alla partecipazione dei disabili a concorsi pubblici solo ed esclusiva-



mente in casi tassativi; dall'altro, a dimostrazione dell'assoluta vincolatività dell'assegnazione dei posti riservati inderogabilmente ai disabili, riconosce la possibilità di assumere i disabili, che abbiano superato il concorso, anche se non versano in stato di disoccupazione ed oltre il limite dei posti ad essi riservati nel concorso. La Suprema Corte, quindi, riconosce il diritto al collocamento obbligatorio anche nel caso in cui il disabile non versi in stato di disoccupazione ed in particolare afferma che l'occupazione temporanea, in virtù di un contratto a termine, non costituisce motivo ostativo al collocamento obbligatorio, poiché il suo carattere precario confligge con l'impegno delle Istituzioni allo stabile collocamento del disabile nel mondo del lavoro. Nella sentenza in commento la nuova norma non è stata presa in considerazione, in quanto non applicabile *ratione temporis*, ma in futuro, si potrebbero prevedere conflitti interpretativi.

PATTO DI NON CONCORRENZA

In ambito di patto di non concorrenza, ove questo è espressamente limitato ai prodotti oggetto dell'attività lavorativa del dipendente, devono escludersi dal possibile oggetto del patto, in quanto inidonee ad integrare concorrenza, attività estranee allo specifico settore produttivo o commerciale nel quale opera l'azienda, ovvero al mercato nelle sue oggettive strutture, ove convergono domande ed offerte di beni o servizi identici oppure reciprocamente alternativi o fungibili, comunque parimenti idonei ad offrire beni o servizi nel medesimo mercato.

E' stato così deciso dalla Corte di Cassazione, sez. Lavoro, con la sentenza n. 24662. Un'azienda (anche sanitaria verso chi opera in regime concorrenziale con strutture private sempre che non si sia titolari di contratti di lavoro a tempo determinato o part time) chiamava in giudizio un proprio ex dirigente, asserendo la violazione del patto di non concorrenza, per aver svolto attività lavorativa presso altra azienda concorrente; domandava l'inibizione dalla prosecuzione dell'attività lavorativa e la condanna al pagamento di penale a titolo risarcitorio. Il lavoratore contestava la domanda e proponeva a sua volta domanda volta ad accertare la nullità del patto di non con-

correnza e la condanna del datore di lavoro al pagamento dell'indennità per mancato preavviso. Il Tribunale accoglieva la domanda dell'azienda e la domanda del lavoratore di pagamento dell'indennità di mancato preavviso. Proponeva appello il lavoratore e la Corte d'appello, accogliendo il gravame, riformava parzialmente la sentenza di primo grado, rigettando la domanda dell'azienda. Ricorrevano in Cassazione sia l'azienda che il lavoratore per la riforma della sentenza d'appello. L'art. 2125 c.c., disciplinante il patto di non concorrenza, mira a tutelare il lavoratore subordinato, affinché le clausole pattizie non comprimano eccessivamente la possibilità di poter dirigere la propria attività lavorativa verso altre occupazioni; dall'altro lato le clausole di non concorrenza sono finalizzate a tutelare l'imprenditore datore di lavoro da illecite esportazioni presso imprese concorrenti del patrimonio immateriale dell'azienda, quale l'organizzazione tecnica e amministrativa, metodi di lavorazione, clientela ecc. Per la validità del patto l'art. 2125 c.c. pone limiti temporali e spaziali e la necessità di un corrispettivo adeguato.

Nella fattispecie esaminata, il patto di non concorrenza era contenuto in una scrittura privata sottoscritta dalle parti. Mediante tale accordo, era stato previsto il vincolo di segretezza con riferimento a tutte le funzioni e le attività svolte dall'impresa, al processo produttivo, all'elenco clienti e fornitori, alle politiche di ricerca tecnologica. Inoltre veniva evidenziato il patto di non concorrenza vero e proprio, in forza del quale il lavoratore si impegnava a non assumere qualsiasi tipo di attività, autonoma o subordinata, in favore di terzi svolgenti attività concorrente con quella del datore di lavoro, «limitatamente ai prodotti oggetto dell'attività lavorativa».

La Corte d'appello aveva disposto consulenza tecnica d'ufficio, all'esito della quale era emerso che le due società operavano nel medesimo settore produttivo (polimeri acrilici); che i prodotti realizzati dalle due aziende avevano caratteristiche morfologiche, di stato e di reazione diverse; che uno solo dei prodotti realizzati dalla società alle cui dipendenze prestava attività il dirigente poteva avere qualche margine di concorrenzialità con prodotti della

CXCI





CXCII

società ricorrente, seppur remota. E dunque, secondo la Corte di merito, non si ravvisa la violazione del patto di non concorrenza. La Corte di Cassazione condivide il percorso seguito dai giudici di merito.

Con motivazione corretta ed esaustiva, la Corte territoriale ha accertato l'oggettiva diversità dell'attività di produzione delle due società, secondo le risultanze della espletata c.t.u. La diversa tipologia di attività tra le due imprese fa sì che nemmeno risulti violato l'obbligo di segretezza previsto dalla scrittura privata sopra citata.

Richiama la Suprema Corte le finalità che persegue il patto di non concorrenza, a tutela sia del lavoratore che dell'azienda. L'oggetto del patto è delimitato all'attività del datore di lavoro, con la conseguenza che devono escludersi dal possibile oggetto del patto, in quanto inidonee ad integrare concorrenza, quelle attività estranee allo specifico settore produttivo o commerciale nel quale opera l'azienda. Ritenuto dunque, nel caso in esame, che l'attività svolta dal dirigente non rientrasse nell'ambito oggettivo del patto di non concorrenza, per la riscontrata diversità dei prodotti, consegue l'insussistenza del rapporto concorrenziale e quindi l'infondatezza del ricorso proposto.

AFFISSIONE DEL CODICE DISCIPLINARE

In tema di sanzioni disciplinari, la garanzia di pubblicità del codice disciplinare mediante affissione in luogo accessibile a tutti non si applica nel caso in cui il licenziamento faccia riferimento a situazioni concretanti violazioni dei doveri fondamentali connessi al rapporto di lavoro. Principio contenuto nella sentenza n. 24392, della Corte di Cassazione.

Una società, che esercitava in forma imprenditoriale l'attività di vendita all'ingrosso di prodotti alimentare, licenziava un proprio lavoratore, dal momento che lo stesso si era occupato di assegnazioni "fuori linea" (attività straordinaria chiamato a svolgere gratuitamente in caso di prodotti con scadenza nel breve periodo) di numerosi pezzi, in favore della propria convivente e di una società, di cui la stessa era amministratrice. Gli veniva quindi contesta-

ta la violazione del divieto di trattare affari in concorrenza con il datore di lavoro, di fare uso di informazioni aziendali in modo da arrecargli pregiudizio, nonché l'obbligo di correttezza e buona fede nell'esecuzione del contratto. Impugnato il licenziamento, il Tribunale ne dichiarava l'illegittimità e condannava la società alla reintegrazione del lavoratore oltre al risarcimento del danno. La Corte d'appello, adita dalla società, accoglieva il gravame e, riformando la sentenza di prime cure, rigettava la domanda del lavoratore. Per valutare la violazione dell'obbligo fiduciario, era necessaria l'esistenza di un codice disciplinare?

Avverso tale pronuncia proponeva ricorso per cassazione il lavoratore, lamentando omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione circa l'irrilevanza della mancata affissione di un codice disciplinare. Il ricorrente, sostanzialmente riteneva necessario accertare l'esistenza di un codice disciplinare, poiché egli godeva di un potere discrezionale nella scelta del cliente nei cui confronti effettuare le assegnazioni, e doveva essere valutata la sussistenza della violazione dell'obbligo fiduciario. Nessun potere discrezionale, ma specifiche procedure da seguire, configuranti obblighi di diligenza e fedeltà. La mancata affissione del codice disciplinare e l'assenza di un codice operativo è inconfidente, fondandosi su una premessa di fatto, esclusa dai giudici di merito, che egli godesse di un potere discrezionale nella scelta delle sue assegnazioni "fuori linea". La Corte aveva accertato che vi erano delle specifiche procedure da seguire, la cui inosservanza era finalizzata ad un interesse proprio del lavoratore in contrasto con quello del lavoratore e configurava, quindi, la violazione degli obblighi di diligenza e di fedeltà e quindi nessun obbligo di pubblicità del codice etico.

D'altra parte, è pacifico in sede di legittimità che «in tema di sanzioni disciplinari, la garanzia di pubblicità del codice disciplinare mediante affissione in luogo accessibile a tutti non si applica laddove il licenziamento faccia riferimento a situazioni concretanti violazioni dei doveri fondamentali connessi al rapporto di lavoro».



REPROCESSING IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Esperienze applicative nell'Ospedale di Terlizzi



Angelo
BOCASSINI

L'incidenza di infezioni associate all'uso degli endoscopi è oggi ritenuta estremamente rara (1 su 1.800.000 procedure, pari allo 0.000056%), ma a dispetto di ciò, sono rite-

nute le più frequenti tra quelle attribuibili a "devices" medici. Anche se non sempre è possibile stabilirne chiaramente il nesso causale, tutti gli studi sono concordi nell'affermare che nella quasi totalità dei casi di infezioni trasmesse al paziente in seguito ad un esame endoscopico si è dimostrato un difetto delle procedure di pulizia-disinfezione eseguite. Questo si può verificare durante la fase di prelavaggio (12%); la fase di lavaggio/disinfezione (tempo di esposizione, mancata perfusione dei canali, disinfettante inappropriato e/o esaurito) (73%); l'asciugatura e lo stoccaggio (12%); nell'11% dei casi non si risale alla causa della contaminazione. I patogeni coinvolti sono svariati, e comprendono virus, funghi, parassiti e forme batteriche vegetative. Per ogni raccomandazione è indicato il livello di evidenza secondo il Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Obiettivi del reprocessing

Ogni esame endoscopico deve essere "privo di rischi di trasmissione di infezioni", vale a dire che ogni strumento od accessorio uti-

lizzato deve essere privo di carica infettiva tale da contaminare il paziente. Per gli endoscopi, definiti semicritici secondo la classificazione di Spaulding, è sufficiente, secondo tutte le Società Scientifiche, l'alta disinfezione, cioè la distruzione di tutte le forme microbiche vegetative, dei microrganismi, dei virus lipidici e non, della maggior parte delle spore fungine e di alcune spore batteriche. Per ottenere il fine primario del "reprocessing" alcune raccomandazioni di seguito riportate:

Sala lavaggio

- La pulizia della strumentazione deve essere eseguita in un locale separato dalla sala endoscopica. La sala deve essere progettata in base ad un percorso logico che segua le varie fasi della procedura. E' comunque necessario provvedere ad una chiara decontaminazione tra "area sporca", dove vengono portati gli strumenti usati nella sala endoscopica, e "area pulita", dove escono gli strumenti dalle macchine lava-endoscopi. La comunicazione con la sala endoscopica dovrebbe prevedere percorsi indicati con chiarezza sporco/pulito separati
- I lavandini devono essere di dimensioni tali da consentire la completa immersione degli strumenti, senza danneggiarli, agevolando le manovre di pulizia (preferibilmente in acciaio: la ceramica può danneggiare con gli urti il terminale dello strumento), di altezza e profondità tali da non affaticare l'operatore, e da limitare le contaminazioni da eventuali spruzzi. L'illuminazione deve essere



sufficiente per un buon controllo degli endoscopi. La necessità o meno di installare cappe aspiranti deve essere valutata in funzione del locale e delle apparecchiature installate. L'installazione della cappa aspirante è assolutamente necessaria ed indispensabile se vengono usati prodotti chimici contenuti in recipienti aperti.

- Gli impianti per il ricambio dell'aria (immissione ed estrazione) dovrebbero essere utilizzati per ridurre al minimo l'esposizione di tutte le persone a potenziali vapori nocivi (ad esempio derivanti da glutaraldeide).
- Deve essere disponibile nelle vicinanze un lavandino per le mani con dispositivo lava-occhi.

Sala endoscopica

- Le sale d'endoscopia sono aree critiche e devono essere soggette a particolare attenzione nella pulizia di tutti i componenti, arredi, suppellettili, strumentario. La pulizia deve sempre essere effettuata ad umido.
- Tra un esame e l'altro bisogna decontaminare, pulire, disinfettare correttamente le superfici utilizzate.
- Tutti i materiali utilizzati devono essere smaltiti secondo le normative vigenti e i protocolli esistenti nella struttura.
- Il materiale utilizzato deve essere portato nella sala lavaggio entro appositi contenitori, senza "sgocciolare" lungo il percorso. Sarebbe buona norma utilizzare gli stessi contenitori per riportare durante l'esame tutti gli accessori e gli strumenti sporchi, così da limitare la contaminazione delle superfici.
- In tutti gli ambienti di lavoro devono essere presenti procedure scritte, con chiare indicazioni di ogni tappa del processo.

Stoccaggio

- Gli armadi per lo stoccaggio degli strumenti devono essere dedicati, costruiti in materiale che permetta una adeguata sanificazione (categoria II), devono essere protetti dalla polvere e consentire il posizionamento verticale degli endoscopi. Devono essere posizionati in zone che non siano di passaggio.

Personale

- Il personale dei Servizi di Endoscopia

deve essere istruito per applicare le "precauzioni standard" emanate ogni due anni dal CDC per il controllo delle infezioni rivolte sia alla sicurezza degli operatori che a quella dei pazienti (categoria /A).

- Deve conoscere: (categoria /A) le procedure di pulizia e disinfezione per ogni dispositivo per assicurare un'adeguata pulizia e alta disinfezione, il funzionamento e la condotta da tenere in caso di allarme o cattivo funzionamento, le operazioni di mantenimento degli strumenti che devono essere eseguite periodicamente.
- Tutto il personale che fa uso di sostanze chimiche deve essere informato sui rischi biologici e chimici in cui possono incorrere durante le procedure di disinfezione e su come affrontarli (categoria /C).
- Una valutazione della competenza del personale dovrebbe essere fatta regolarmente (al momento dell'assunzione e annualmente) per evidenziare i punti critici e verificare il rispetto delle procedure (categoria /A).
- Il personale con problemi respiratori o allergie chimiche deve essere valutato dal medico competente. Il personale deve indossare guanti lunghi in lattice, vinile o meglio nitrile, occhiali protettivi con ripari laterali o visiera di protezione, indumenti protettivi a manica lunga, grembiuli impermeabili per prevenire qualsiasi rischio infettivo e/o chimico (categoria /C).
- Tutto il personale dovrebbe essere vaccinato contro l'epatite.

Non bisognerebbe consentire la disinfezione degli strumenti da parte di personale di cui non è stata stabilita la competenza (categoria IA).

Disinfezione degli endoscopi:

Trattamento preliminare:

Pulizia dei canali: immediatamente dopo la fine dell'esame, nella stessa sala endoscopica procedere secondo le indicazioni di ciascun produttore alla pulizia preliminare dei canali aria e acqua per rimuovere i detriti grossolani da tutti i canali, compresi quelli di insufflazione ed evitare che si formino depositi difficilmente rimovibili (categoria 1B):

- aspirare alternativamente aria e acqua (possibilmente con detergente enzima-



tico).

- spurgare i canali aria e acqua.

Controllo tenuta: seguire un test di tenuta dopo ogni esame e prima di ogni lavaggio per la rilevazione precoce di danni allo strumento, connettendo l'apposito dispositivo per il controllo di tenuta, fornito dal produttore.

Detersione preliminare (categoria IB):

- Disconnettere l'endoscopio, togliere tutte le componenti asportabili (ad es pulsanti aspirazione/insufflazione), e procedere al lavaggio dello strumento che deve risultare completamente immerso in liquido per evitare schizzi.
- Pulizia della guaina con un panno o spugna soffice (che non lascino residui, fili o peli).
- Spazzolatura (almeno 3 passaggi) di ogni canale con spazzola dedicata di appropriata lunghezza e diametro. Particolare attenzione deve essere posta al lavaggio dell'elevatore del duodenoscopio che generalmente le macchine non detergono adeguatamente.
- Risciacquatura con acqua corrente alla fine della pulizia.

Riprocessamento automatico

La disinfezione manuale (anche se potenzialmente efficace quanto quella automatica) non è più accettabile, se non in condizioni di emergenza. La procedura automatica infatti:

- standardizza il processo stesso, evitando errori o dimenticanze, consente l'individuazione di eventuali errori e la possibilità di porvi rimedio;
- espone sicuramente tutte le componenti interne ed esterne dell'endoscopio alla disinfezione;
- previene l'inquinamento atmosferico da dispersione del disinfettante.

Sono raccomandate le lavaendoscopi che assicurano un ciclo completo di detersione, disinfezione, risciacquo (categoria IB).

Le macchine automatiche devono essere dotate di specifici connettori e dispositivi per l'irrigazione di tutti i canali, in quanto l'unico modo per garantire la disinfezione dello strumento è che lo stesso sia integralmente riprocessato contemporaneamente in tutte le sue componenti (categoria IB).

Anche se la lavatrice deve possedere un allarme che interrompa il ciclo in caso d'ir-

regolare irrigazione dei canali, l'utilizzatore deve sempre verificare che le connessioni tra endoscopio e sistema di irrigazione della macchina siano regolari, conformemente alle raccomandazioni della casa costruttrice. Se un ciclo s'interrompe non si ottiene una disinfezione d'alto livello (categoria II). Dopo la disinfezione d'alto livello la macchina deve risciacquare l'endoscopio e i canali (con acqua sterile o filtrata con filtri da 0,2-0,1 µ) per rimuovere il disinfettante (categoria IA).

Per la sicurezza del personale le lavaendoscopi dovrebbero essere assolutamente esenti da dispersione di vapori e garantire facilità nel cambio dei disinfettanti. Sono raccomandate quelle che assicurano un ciclo completo di detersione, disinfezione, risciacquo (categoria IB).

Le lavaendoscopi automatiche devono possedere un controllo automatico della quantità di disinfettante presente e sulla lavatrice deve essere chiaramente indicato il nome del disinfettante da utilizzare (categoria IB).

Controllare quotidianamente che i tubi d'alimentazione della lavatrice siano liberi e senza plicature.

È consigliabile effettuare un ciclo di auto-disinfezione della macchina dopo periodi prolungati di non utilizzo, e dopo tutti gli interventi tecnici. Non è possibile stabilire a priori in condizioni normali la frequenza con cui questa attività debba essere eseguita; come buona norma operativa si può consigliare di effettuare il ciclo di autodisinfezione all'inizio dell'attività con frequenza settimanale.

Dato che difetti dei circuiti idraulici potrebbero compromettere l'efficacia delle macchine, lo staff dedicato al controllo delle infezioni dovrebbe rivedere periodicamente le segnalazioni della letteratura scientifica in merito alle criticità delle lavaendoscopi nella diffusione delle infezioni (categoria II).

Tutte le operazioni di manutenzione della lavatrice devono essere eseguite da personale tecnico abilitato e registrate così come la data dell'arresto e della ripresa del funzionamento. Tutti gli incidenti di funzionamento devono essere adeguatamente analizzati (categoria II).

La lavadisinfetta-endoscopi deve essere dotata di un registratore multicanale con





sensori indipendenti che segnali eventuali anomalie in ciascuna delle fasi dell'intero processo.

I Disinfettanti

I disinfettanti devono essere registrati dal Ministero della Sanità e la registrazione prevede che siano indicati i modi d'impiego, le concentrazioni, i tempi di contatto, le temperature, il pH; da tutti questi fattori dipende l'efficacia del prodotto (categoria IA). Scegliere disinfettante/sterilizzante compatibile con l'endoscopio. Dovrebbe essere evitato l'uso di quei disinfettanti/sterilizzanti che le case produttrici degli endoscopi sconsigliano in relazione ai loro potenziali danni funzionali (indipendentemente dai danni visualizzabili esteriormente) (categoria IB).

Stoccaggio

Riporre gli endoscopi in posizione verticale per facilitare l'asciugatura, con le valvole e i componenti amovibili staccati, assicurandosi che i supporti su cui gli strumenti sono collocati, siano adeguati, allo scopo di evitare il danneggiamento delle componenti interne dello strumento (categoria II).

E' vietato l'uso di valigette sia per il trasporto da un ambiente all'altro, sia per lo stoccaggio degli strumenti per le difficoltà legate al mantenimento di un livello igienico adeguato ed alla possibilità di contaminazione delle stesse.

Trattamento degli accessori

Sterilizzare o sottoporre ad alto livello di disinfezione, almeno quotidianamente, le bottigliette ed i loro connettori. La bottiglietta deve sempre essere riempita con acqua sterile.

Gli accessori pluriuso definiti "critici" (es. pinze per biopsie, altri strumenti di taglio ecc.) devono essere sterilizzati in autocla-

ve. Preliminarmente a questo, è fortemente consigliato un trattamento che preveda il lavaggio, il trattamento ad ultrasuoni (soprattutto per rimuovere materiale organico da zone difficili da

pulire) e la lubrificazione (ove effettuabile) dell'accessorio stesso (categoria IA).

Sarebbe consigliato prima di ogni manipolazione, immergere gli accessori che potenzialmente possono ferire gli operatori in una soluzione antisettica, così da diminuire la carica batterica e una eccessiva contaminazione in caso di ferita accidentale.

I calce all'articolo mi duole segnalare un'ennesima situazione paradossale nella gestione della riorganizzazione del SSN. La nostra UO di Endoscopia viene ridimensionata, o forse soppressa, nonostante abbia funzionato per molti anni in maniera eccellente e sia stata recentemente ristrutturata per rendere gli ambienti particolarmente idonei al servizio e alla sicurezza dei fruitori. Questi i dati oggettivi:

- Oltre 5.000 esami endoscopici all'anno (di cui molti per pazienti ricoverati sia nel nostro Ospedale, che degli Ospedali vicini) con strumentazione non idonea a poter incrementare detti esami.
- Oltre 10.000 prestazioni all'anno tra esami endoscopici, ecografie, visite ambulatoriali e prestazioni di Pronto Soccorso.

Si evidenzia la cooperazione con l'UO di Chirurgia del nostro Presidio per "l'Obesità Patologica". A fronte di tale evidente efficienza ed utilità saranno lasciati aperti altri servizi che funzionano in maniera scadente con scarsa affluenza. I maggiori disagi, come sempre, saranno sopportati dagli utenti tenendo presente che le endoscopie più vicine sono ad Andria e Bari.

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson BD, Jarvis WR, Rutala WA et al. Multi-society guideline for reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes. *Dis Colon Rectum* 2004;47:413-21
2. Kirnney MB, Burnett DA, Carr Locke DL et al. Transmission of infection by gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1993;36:885-8.
3. Lewis DL. A sterilization standard for endoscopes and other difficult to clean medical devices. *Pract Gastroenterol* 1999;23:28-56.
4. BSG Guidelines for decontamination of equipment for Gastrointestinal Endoscopy. BSG Working Party Report 2003. Endoscopy Committee
5. Ponchon T. Transmission of Hepatitis C and Prion disease through digestive endoscopy: evaluation of risk and recommended practices. *Endoscopy* 1997;29:199-202.



I DISTURBI DEL SONNO NELL'EMODIALIZZATO

La speranza del rene artificiale

Antonio
PETRUZZELLI



Sebbene le difficoltà a cui devono far fronte i pazienti sottoposti a dialisi siano molteplici, il disturbo del sonno è certamente uno dei fattori che contribuiscono a ridurre la QdV di

ziente, sulla percezione che egli ha di sé e del proprio corpo, nonché sulla capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni. Il paziente emodializzato non può in nessun modo essere trascurato, già costretto ad affrontare i più svariati disagi derivanti dall'insufficienza renale cronica.

I disturbi del sonno rappresentano un piccolissima porzione delle problematiche a cui egli deve far fronte.

L'impossibilità di riposare bene con le conseguenze che ne derivano, non fa che accentuare il disagio del paziente, costretto ad affidare la responsabilità della propria sopravvivenza ad una macchina, che periodicamente

compensa l'incapacità dei suoi reni di svolgere le proprie funzioni.

Alla dialisi si associano una serie di terapie o di semplici norme che il paziente deve seguire per trattare i di-

tali individui.

La maggior parte dei pazienti dializzati percepisce, infatti, il sonno come un problema. La sintomatologia, che non appare correlata ad aspetti clinici o al tipo di dialisi, comprende: ritardo nell'addormentarsi, risvegli frequenti, sveglia al mattino presto.

I disturbi del sonno possono, dunque, affliggere pazienti di ogni età, i quali commentano spesso di non dormire a sufficienza o non riposare bene. Le conseguenze dovute a uno scarso riposo sono ansia, irritabilità, nervosismo e stanchezza.

È fondamentale analizzare le ripercussioni di tali disturbi sulla qualità di vita del pa-

“È fondamentale analizzare le ripercussioni di tali disturbi sulla qualità di vita del paziente, sulla percezione che egli ha di sé e del proprio corpo, nonché sulla capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni”

sturbati del sonno.

Si parla di terapie farmacologiche, psicologiche ed assistenziali fino ad arrivare ad un totale cambio di abitudini e tenore di vita.

I disturbi del sonno, così come l'insufficienza renale, incidono sulla vita del paziente dal punto di vista biologico, psicologico e relazionale, stravolgendone la quotidiani-



PAGAMENTO QUOTA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARI

Per l'anno 2015, **entro il mese di marzo 2015** sarà possibile effettuare il pagamento della quota annuale di euro 58,00 dovuta al Collegio IPASVI di Bari:

1. direttamente presso gli uffici del Collegio siti in Viale Salandra, 42 Bari.
2. sul c/c postale n. IT51 W076 0104 0000 00015.13.67.24 intestato a Collegio IPASVI - Bari e scrivere nella causale "quota anno 2015" seguito dal proprio codice fiscale.
3. bonifico bancario MPS Bari, IBAN IT 82 T 01030 04001 000001075576 intestato a Collegio IPASVI - Bari e scrivere nella causale "quota anno 2015" seguito dal proprio codice fiscale.



tà obbligandolo a seguire particolari indicazioni, una dieta specifica e ad adottare precauzioni per evitare complicanze. Si può concludere che il paziente emodializzato

diviene schiavo del proprio corpo, ne asseconda le esigenze e in base ad esse organizza tutta la propria esistenza.

Ore interminabili trascorsi in ospedale mentre la vita continua a scorrere al di fuori di quel reparto, dove tutto è immobile, monotono.

Si vorrebbe fermare il tempo sperando di non sprecarlo con un ago infilato in un braccio, ma la vita non aspetta, allora bisogna correre e inseguirla ogni volta che quella macchina lascia andare il proprio paziente. Poi la speranza: il rene artificiale. Per quanto le apparecchiature siano sempre più sofisticate e tecnologiche ognuno aspetta irrimediabilmente: la disponibilità di un rene. A differenza di altri dispositivi medici, il rene artificiale non funziona a batterie ma funziona fino al decimo anno senza dare problemi.

La sperimentazione offre oggi una grande speranza a tutti i pazienti affetti da questa patologia, quella di potersi svegliare domani riposati, con un sorriso e con un nuovo rene, la speranza di aprire gli occhi al mattino e sentirsi finalmente completi.

BIBLIOGRAFIA

1. Hamdan H Al-Jahdali, Haithm A Khogeer, Waleed A Al-Qadhi, Salim Baharon, Hani Tamim, Fayez F Al-Hejaili, Saeed M Al-Ghamdi and Abdullah A Al-Sayyari et al. Insomnia in chronic renal patients on dialysis in Saudi Arabia. Journal of circadian rhythms 2010
2. Alaa A. Sabry, Hamdy Abo-Zenah, Ehab Wafa, Khaled Mahmoud, Khaled Eele-Bahsham Ahmed Hassan, Tarek Medhat Abbas, Abd El-Baset M. Saleh and Kamal Okasha. Sleep Disorders in Hemodialysis Patients. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation 2010; 21(2):300-305
3. Bincy Joshwa, Deepika C. Khakha, Sandeep Mahajan. Fatigue and Depression and Sleep Problems among Hemodialysis Patients in a Tertiary Care Center. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation 2012; 23(4):729-735.



DISTURBI NEUROPSICHIATRICI NEGLI ADOLOSCENTI

Il ruolo degli infermieri

Antonella
PERRUCCI



ni di disagio psicologico/esordio psicotico, che spesso richiedono il ricovero, possono essere disturbi bipolari e disturbi schizofrenici, gravi depressioni, espresse anche con tentativi di suicidio, gravi disturbi del comportamento, disturbi da tossicodipendenze in fase di acuzie e di intossicazione, disturbi alimentari (anoressia nervosa) non trattabili o con accertato rischio di vita, gravi condizioni psicosomatiche, condizioni invalidanti di disturbo ossessivo compulsivo o di fobia complessa. Gli esordi psicotici e schizofrenici compaiono in tarda adolescenza e nel giovane adulto, anche se ultimamente stiamo assistendo a un abbassamento veloce e drammatico dell'età di esordio di tutte le patologie psichiatriche. Per motivi diagnostici, di trattamento e di prevenzione, quindi, è fondamentale sottolineare che "l'esordio" è solo apparentemente improvviso. L'intervento è integrato

L'armonico sviluppo psico-fisico permette, al bambino e all'adolescente, di diventare un adulto pienamente integrato nel suo ambiente culturale e sociale. Le principali condizio-

“Gli esordi psicotici e schizofrenici compaiono in tarda adolescenza e nel giovane adulto”

(psicoterapeutico, psicofarmacologico e riabilitativo) ed è rivolto a genitori e ragazzi in un'ottica preventiva del peggioramento, delle ricadute e della cronicizzazione. Il nostro campo, per fortuna, permette speranze che forse la psichiatria degli adulti non conosce. La psicoterapia effettuata nel reparto segue un modello psicodinamico e relazionale-sistemico. Scopo fondamentale dell'approccio è la costruzione di un'alleanza terapeutica che consenta il mantenimento del progetto dell'équipe. L'approccio psicofarmacologico, spesso necessario per riprendere la comunicazione tra il giovane e la realtà, è tagliato su ogni giovane e attentamente monitorato nei suoi effetti terapeutici e collaterali. Il reparto degenze psichiatriche per adolescenti

segue circa 100 casi l'anno in ricovero ordinario (di cui il 35% fuori regione): esordi e prodromi schizofrenici, disturbi bipolari, disturbi di personalità gravi (borderline, schizoidi, schizotipici, antisociali), depressioni gravi, tentati suicidi, gravi forme di autolesionismo in ragazze e ragazzi dagli undici ai diciassette anni. Tutto questo comporta rapporti stretti e frequenti con le istituzioni (scuola, tribunale dei minorenni) e con le strutture sanitarie e sociali del territorio. Al Reparto si accede attraverso ricoveri d'urgenza o programmati. La durata del ricovero è mediamente più lunga di quello di un ricovero "classico" perchè è necessario





il “tempo” che serve per ridare il senso del presente e del futuro a percorsi di vita letteralmente “interrotti”. Per quanto riguarda la riabilitazione, essa svolge fin da subito un ruolo fondamentale nel nostro intervento, coinvolgendo, sulla base di una collaudata esperienza, infermieri, ausiliari e insegnanti. Il reparto diventa immediatamente il luogo della ricostruzione del rapporto con la realtà e con l’altro. La riabilitazione ha lo scopo di regolare le distanze, di trovare uno spazio di lavoro e di elaborazione con l’altro, che non sia né troppo vicino, né troppo lontano. Per questo ci sono spazi di gruppo: laboratori (cinema, teatro, cucina, poesia, pittura, fotografia) scuola e sport e spazi individuali nel rapporto con l’infermiere, con l’insegnante, con gli ausiliari: sono spazi in cui spesso il giovane riesce ad aprirsi di più che con il terapeuta o il suo medico di riferimento. È per questo che prodotti concreti (il mercato) o artistici (pittura, poesia, teatro) assumono una valenza importante, riparatrice; rappresentano un’esperienza che avvicina all’altro con meno timore e maggiore possibilità di affidarsi. Queste esperienze rendono meno facile e desiderabile la chiusura nel mondo autistico, idiosincratico, delirante e alternativo dello schizofrenico.

Disturbi da consumo di sostanze

Si stima che tra il 50 e il 75% dei pazienti in trattamento per disturbi causati dal consumo di sostanze psicoattive (SUD), presentino anche disturbi psichiatrici, spesso indicati come disordini co-occorrenti (COD). In particolare, i giovani adulti, di età compresa tra i 18 e i 24 anni, possono costituire un significativo gruppo di pazienti COD in quanto, in primo luogo, rappresentano un grande segmento della popolazione in trattamento per combattere i SUD e, in secondo luogo,

in quanto questa parte di popolazione viene segnalata come maggiormente vulnerabile a diversi fattori di stress psicosociali. Questo studio, condotto da un team di ricercatori americano, ha analizzato l’associazione di disturbi causati dal consumo di sostanze e i disturbi psichiatrici in giovani adulti. In particolare lo studio ha esaminato 300 giovani (età media=20.3 anni) tra ottobre 2006 e aprile 2008. Secondo i criteri diagnostici del “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, i disturbi causati dal consumo di alcol e cannabis sarebbero i più comuni, seguiti dai disturbi prodotti dal consumo di cocaina e di oppiacei. Dall’analisi è emerso che i giovani con disturbi psichiatrici in trattamento per combattere i disturbi da uso di sostanze mostravano buoni miglioramenti in termini di target clinici, tassi di astinenza e sintomi psichiatrici nelle fasi di post trattamento (1 anno). I pazienti di questa fascia di età sono particolarmente vulnerabili a sviluppare sia problematiche di consumo di sostanze stupefacenti che disturbi psichiatrici. I ricercatori concludono evidenziando l’importanza dell’ammissione di pazienti COD a trattamenti residenziali contro l’uso di sostanze, e la necessità di approfondire la ricerca sui vari sottogruppi clinici al fine di sviluppare trattamenti e programmi sempre più mirati ed efficaci.

Qual è il ruolo dell’infermiere nella riabilitazione?

Il ruolo dell’infermiere è quello di accompagnare in un percorso a tappe il Giovane, con una gradualità di interventi in determinate attività, passando per il sostegno attivo fino ad arrivare all’autonomia vera e propria della persona, momento in cui il ruolo dell’infermiere diventa unicamente di stimolo ed incoraggiamento. La quotidianità





diventa il luogo privilegiato dell'intervento che tiene conto non solo del giovane, ma anche dell'ambiente circostante. Non è possibile infatti pensare di riabilitare una persona senza modificare anche tutto ciò che la circonda. Devono essere creati i presupposti affinché si possano costruire relazioni e creare le condizioni per la nascita di vere e proprie reti sociali di supporto. Il ruolo dell'infermiere infine è un ruolo inserito in un contesto d'équipe, in cui si integrano autonomi, competenze e responsabilità di professionisti diversi che mirano al raggiungimento di un unico obiettivo. Nella complessità del lavoro d'équipe l'infermiere si distingue per la sua funzione peculiare di sostegno nella quotidianità, realizzando un rapporto stabile con l'utente come premessa fondamentale per garantire la possibilità di far emergere bisogni ed aspettative dell'utente.

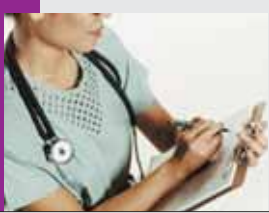
Il giovane è aggressivo e minaccioso. Come affrontare la situazione?

L'aggressività espressa da una persona può essere evidente o mascherata. Le forme evidenti di aggressività riguardano le violenze fisiche sotto forma di comportamenti motori aggressivi o distruttivi (colpi, aggressioni fisiche, rottura di oggetti) e le violenze verbali (insulti, offese). Infine, ci sono gli atteggiamenti negativisti: l'aggressività si può esprimere con un atteggiamento oppositivo, il rifiuto di parlare, di mangiare, di aiutare, oppure con un atteggiamento generale di disprezzo per gli altri e per le loro espressioni, opinioni, aspirazioni. Le forme di aggressività mascherata si manifestano invece con note sarcastiche, commenti sfavorevoli, la dimenticanza di un nome o di un appuntamento, l'uso costante dell'ironia o la tendenza a mettere gli altri in ridicolo.

La reazione aggressiva non è sempre rivolta verso il mondo esterno, contro l'ipotetico responsabile della frustrazione, essa può essere anche inibita o in certi casi rivolta verso se stessi. Da un punto di vista statistico il 10% dei giovani ricoverati in strutture psichiatriche manifesta comportamenti aggressivi. L'aggressività può essere una reazione ad una situazione o persona ritenuta pericolosa. Vista in questi termini l'aggressività è una modalità estrema di richiesta di aiuto, una manifestazione di disagio, di sofferenza, oppure può essere l'esternazione di un conflitto interiore. Se l'infermiere è in grado di cogliere in questi termini le manifestazioni aggressive, avrà la possibilità di prestare attenzione alle domande che sottendono tali atteggiamenti e soprattutto di relazionarsi nel modo migliore, adottando il contenimento dell'aggressività attraverso la via preferenziale della relazione d'aiuto anziché condividere l'automatismo della contenzione fisica o farmacologica come prima ed unica istanza. Una particolare attenzione va rivolta a creare intorno al giovane un ambiente sicuro rispetto al rischio di suicidio: va controllata scrupolosamente l'assunzione della terapia farmacologica allo scopo di prevenire l'accumulo e l'assunzione di dosi massicce di farmaci; vanno tolti dall'ambiente gli oggetti che in qualche modo possono essere usati per farsi del male come forbici, coltelli, oggetti appuntiti o altro materiale pericoloso; va preso in considerazione il rischio di defenestrazione o impiccagione. La sicurezza dell'ambiente non esime dal controllo del giovane, ma soprattutto bisogna calibrare il bisogno di osservazione protettiva con il bisogno del giovane di non sentirsi controllato in modo persecutorio.

BIBLIOGRAFIA

- S.E. Hyman, Manuale delle emergenze psichiatriche, Ed. Mc Graw-Hill, Milano 1995
- S.L. Krupnick e A. Wade, Piani di assistenza in psichiatria, Ed. Mc Graw-Hill, Milano 1996
- L. Fin e B. Gasperetti, Contenzione fisica, prevenzione degli agiti violenti e trattamento sanitario obbligatorio. Procedure protocolli e linee guida di assistenza infermieristica, ANIN, Masson, Milano 2000
- Royal College of Psychiatrist, Il trattamento della violenza imminente, Ed. CIC Edizioni Internazionali, Roma 1999
- M. A. Tacchini, Professione infermiere nei servizi psichiatrici, Ed. Masson, Milano 1998



IL MANTENIMENTO DELLA PERVIERITÀ DEL CATETERE VENOSO PERIFERICO

Alessandro
PIPOLI

L'uso dei dispositivi intravascolari è una pratica importante e comune in ospedale, ed è realizzata al fine di infondere liquidi, soluzioni nutritive, farmaci, sangue e suoi derivati e per monitorare la situazione emodinamica delle persone ricoverate. L'utilizzo di tali dispositivi comporta una gestione molto

Davide
CASSATELLA

particolare onde evitare complicanze al paziente. Il lavaggio del c.v.p. ha l'obiettivo di garantire la pervietà e prevenire l'occlusione. Nei c.v.p. è indicato eseguire lavaggi "flushing" con 3-5 ml di soluzione fisiologica 0,9% al termine di un'infusione a ciclo breve, oppure ogni 12 ore (per infusioni superiori a 12 ore), con la chiusura "locking" a pressione positiva il volume deve essere almeno doppio rispetto alla capacità complessiva del lume del catetere e di tutti i dispositivi del sistema di infusione (solitamente tra i 3 e i 10 ml per tutti i dispositivi). Il lavaggio con NaCl 0,9% deve essere effettuato prima e dopo l'utilizzo del dispositivo in maniera tale da conservarne la pervietà. Nonostante l'efficacia della soluzione

fisiologica per garantire la pervietà dei c.v.p., ancora oggi, in alcune realtà viene utilizzata l'eparina diluita (epsodilave) senza pensare in primis che è un farmaco e come tale ha bisogno di una prescrizione medica e in secondo luogo può provocare gravi complicanze. L'utilizzo dell'eparina sodica potrebbe anche essere utile per far sì che il c.v.p. resti pervio ma deve essere utilizzata correttamente, infatti, al momento di ogni nuovo utilizzo, si raccomanda di aspirare la soluzione intraluminale di eparina prima di procedere alla somministrazione del trattamento infusionale. Nelle singole unità operative, non vi è uniformità nei lavaggi dei c.v.p. da parte degli infermieri, pertanto non si ha la certezza che il liquido intraluminale sia soluzione fisiologica o eparina e questo porta gli operatori a commettere errori nella gestione. L'utilizzo della soluzione fisiologica, se fatto in modo idoneo, comporta gli stessi risultati dell'epsodilave con il vantaggio di non alterare i fattori della coagulazione e ridurre i costi nelle diverse unità operative. L'eparina sodica iniettata erroneamente prima o dopo l'infusione può provocare gravi complicanze come emorragie iatrogene, trombocitopenie ed inoltre può interagire con altri farmaci. Considerando che il costo della soluzione fisiologica è inferiore rispetto al costo dell'epsodilave, l'utilizzo della soluzione fisiologica ridurrebbe i costi. Questo vantaggio non è da considerarsi secondario, in quanto, la riduzione della spesa sanitaria passa sempre dal taglio del personale, dei presidi e dei servizi e mai da quello degli sprechi.



JOBS ACT, LEGGE DI STABILITÀ & PRECARIETÀ

L'impegno collettivo per rinnovare la difesa del lavoro e delle sue tutele

Marta
VISENTINI



Passato anche in Senato il Jobs Act che titola Deleghè al Governo in materia di riforma degli ammortizzatori sociali, dei servizi per il lavoro e delle politiche attive, nonché in materia di riordino della disciplina dei rapporti di lavoro e dell'attività ispettiva e di tutela e conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di

Elena
CHIEFA*



lavoro. La salute e sicurezza sul lavoro sono argomenti poco vistosi ma fondamentali nel valutare il livello di tutela delle donne e degli uomini che lavorano.

La normativa europea in materia ha sempre implementato e rafforzato il valore delle tutele sociali.

In Italia, in questi mesi, si sta vivendo il rischio di apportare modifiche pesanti all'attuale corpus di diritti e tutele. Infatti, stiamo attraversando un momento delicato e importante. Si rende necessario consolidare l'impegno collettivo per rinnovare la difesa del lavoro e delle sue tutele, con ruoli e responsabilità diverse.

L'impressione che si ha è che l'attuale clas-

se dirigente ritiene che sia stato concesso troppo in materia di tutela della salute dei lavoratori.

I numerosi e repentini e continui cambiamenti normativi in corso, in particolare modo il "Jobs Act" e la "Legge di stabilità", stanno ridisegnando l'organizzazione razionale di potere tra "datori di lavoro" e "lavoratori" nei luoghi di lavoro.

Al momento, non è possibile prevedere quanto, questi cambiamenti, incideranno sui comportamenti dei lavoratori rispetto sia alla loro capacità di autotutela sia alla salute e alla sicurezza sul lavoro.

Su un punto non vi sono dubbi, i datori di lavoro avranno una maggiore facilità nel licenziare.

Conseguentemente e nel contempo, tra i lavoratori ci sarà, probabilmente, una minore disponibilità ad esporsi ed a segnalare situazioni di gestione scorretta delle procedure inerenti la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro.

Ancora, il cambiamento delle norme, riguardanti la tutela della dignità dei lavoratori, potrà avere ricadute, negative, anche sulla partecipazione dei lavoratori al Risk Assessment e al Risk Management.

Si ricorre alla metodologia del Risk Assessment quando si intende valutare la pericolosità di un evento indesiderabile al fine di definire la priorità o l'urgenza delle misure necessarie per tenerlo sotto controllo. Infatti, il "Risk Assessment" (Analisi del Rischio) è una metodologia volta alla determinazione del rischio associato a determinati pericoli o sorgenti di rischio. Questa



metodologia può essere applicata ai più svariati campi, sia nel settore alimentare (in associazione al Metodo HACCP), sia per lo sviluppo di sistemi di gestione ambientale (valutazione di significatività degli aspetti ambientali), sia per la valutazione dei rischi per la salute e sicurezza nel lavoro.

Il Risk Management (gestione del rischio) è l'insieme di attività, metodologie e risorse coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento ai rischi cioè identificare i rischi associati a determinate scelte strategiche e operative e di assumere decisioni sulle modalità attraverso cui trattare tali rischi.

Da evidenziare, altresì, che i problemi di salute, causati dal lavoro, non sono più imputabili esclusivamente a fattori materiali come le attrezzature da lavoro o i prodotti chimici.

Nell'attuale contesto sociale, i problemi di salute causati dal lavoro, sono dovuti, in larga misura, a fattori non tangibili come ad esempio l'orario di lavoro, l'intensità, la ripartizione degli orari, l'informazione, la formazione, i supporti disponibili adeguati alle mansioni da svolgere, l'accordo tra i lavoratori, ecc.

Il carico di lavoro è una determinante molto complessa. Implica, contemporaneamente, sforzi fisici e intellettuali; molto dipende dalla capacità di un individuo di influire concretamente sullo svolgimento del proprio lavoro, dalla cooperazione esistente tra l'individuo ed i propri colleghi di lavoro, dalla garanzia di una adeguata formazione ed informazione, dall'adeguamento delle attrezzature di lavoro rispetto alle mansioni da svolgere, ecc.

Durante questi ultimi anni, si è riscontrata una forte intensificazione del lavoro con molti effetti negativi sulla salute:

- aumento dello stress e dei disturbi psicologici nel loro complesso (fatica generale, insonnia, depressione, irritabilità, ecc.);
- fenomeni di somatizzazione che determinano un notevole aumento di vari disturbi fisici;
- insorgenza di un insieme di patologie

designate con il termine "disturbi muscoloscheletrici";

- l'intensità del lavoro, inoltre, contribuisce agli infortuni sul lavoro.

Oltre a ciò, tantissimi sono i lavoratori che svolgono lavori cosiddetti "atipici". Anche se godono di una parità giuridica formale, realmente queste forme di lavoro, spesso, privano i lavoratori delle garanzie di cui, abitualmente, beneficiano gli operatori con un contratto a tempo indeterminato e a

tempo pieno. La maggior parte degli studi che si occupano di salute occupazionale dimostrano che i lavoratori precari sono tra i più vulnerabili e sono più frequentemente vittime di in-

“Nel Jobs Act anche principi e criteri per la sicurezza sul lavoro”

fortuni sul lavoro. Spesso il lavoro precario è presentato come una soluzione miracolosa ai problemi della disoccupazione. In realtà, per molti lavoratori, il precariato non consente un inserimento stabile nel mercato del lavoro, anzi in alcuni casi si entra in una spirale che porta all'esclusione sociale e a una precarietà esistenziale sempre più pericolosa. Il lavoro precario è una delle cause principali del moltiplicarsi, anche in Italia, dei cosiddetti "working poors" cioè di quelle persone che vivono al di sotto della soglia di povertà pur avendo un lavoro e questa situazione riguarda soprattutto le donne e i giovani. Il diritto all'integrità fisica e morale e alla vita è il primo diritto da salvaguardare per ogni lavoratrice e ogni lavoratore. Solo l'impegno di tutti potrà eliminare, o quantomeno ridurre notevolmente, il numero elevatissimo di infortuni che accadono ogni anno nel nostro paese dovuti a condizioni di lavoro inadeguate.

Ci troviamo ad un bivio che ci impone di scegliere tra una soluzione grossolana che propone la riduzione dei diritti e della dignità del lavoro come rimedio per l'economia ed un'altra più sofisticata e civile che fonda la produzione di ricchezza sulla qualità del lavoro, sulla dignità del lavoro, sullo sviluppo umano.

Noi siamo per la seconda soluzione.

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



RESPONSABILITÀ SANITARIA

Imparare dall'errore: la cultura "no blame" e "no fault"

Vanessa
MANGHISI



Negli ultimi anni c'è stata un'evoluzione generale della malpractice sanitaria che ha portato ad un deciso incremento delle denunce e non solo in Italia.

Le cause di questa tendenza sono riconducibili all'aumento degli importi dei risarcimenti riconosciuti dai tribunali, in particolare per i danni non patrimoniali, all'ampliamento dei diritti e dei casi da risarcire da parte della giurisprudenza e in una maggiore attenzione dei pazienti alla qualità e ai risultati delle cure ricevute, in parte favorita da alcuni fornitori di servizi di tutela degli utenti che hanno ricevuto un danno.

Tutto ciò ha portato a maggiori costi diretti in termini di risarcimenti dovuti (coperture assicurative), e contemporaneamente a maggiori difficoltà nei rapporti tra personale sanitario e pazienti nonché maggiori costi indiretti derivanti da un ricorso eccessivo e improprio a prestazioni della cosiddetta medicina

difensiva.

Troppe sembrano essere le prestazioni inappropriate, troppi i controlli, troppi i soldi sprecati.

Nel nostro Paese i numeri della medicina difensiva sono vertiginosamente aumentati e, cosa più deplorabile, sono inesorabilmente destinati ad aumentare nei prossimi anni. Tale situazione deriva sicuramente da una serie di cause coesistenti tra cui una legislazione sfavorevole per gli operatori sanitari, il rischio per gli stessi di essere citati in giudizio, le richieste di prestazioni da parte dell'utente, la continua riduzione di personale a seguito della spending review, l'aumento dei carichi di lavoro con una maggiore utilizzazione della forza lavoro

professionale che ha consentito un evidente peggioramento delle condizioni lavorative e quindi un incremento sia del rischio clinico sia del disagio professionale e umano.

Il ricorso alla iper-prescrizione, cioè "prescrizioni inutili", riguarda, in particolar modo, gli esami diagnostici e strumentali e incide e si riflette su tutte le professioni sanitarie.

Tale situazione ha ricadute anche sul piano economico incidendo notevolmente sui costi della sanità.

“Nel nostro Paese i numeri della medicina difensiva sono vertiginosamente aumentati e, cosa più deplorabile, sono inesorabilmente destinati ad aumentare nei prossimi anni”



Per ridurre il ricorso alla medicina difensiva, si potrebbe pensare ad alcune azioni, certamente efficaci, come l'attenersi alle evidenze scientifiche nel lavoro di ogni giorno e nel contempo incidere sulla riforma delle norme che disciplinano la responsabilità professionale.

Innanzitutto, a tal fine, si ritiene conveniente ridefinire i concetti di colpa ed errore; introdurre misure disincentivanti il ricorso al sistema penale come leva per ottenere un risarcimento;

definire criteri formali per l'individuazione delle linee guida e buone pratiche (cliniche, organizzative e gestionali) di cui alla L. 189/2012; attuare gli interventi previsti dall'art. 3 della L. 189/2012.

Inoltre, sarebbe opportuno introdurre obblighi formativi specifici per tutti gli operatori sanitari sulla gestione del rischio clinico, sull'osservanza di standard appropriati di diligenza e sulla comunicazione con i pazienti.

Altresì necessario l'inserimento della figura del risk manager in tutte le strutture erogatrici di servizi sanitari.

Altra modalità positiva potrebbe essere il passaggio ad un sistema "No Fault" cioè "Nessuna colpa". È una formula assicurativa che ha origine negli USA e viene applicata in un certo numero di stati (modello adottato nella Scandinavia e Nuova Zelanda). Con tale sistema l'assicuratore indennizza i danni al proprio assicurato prescindendo dall'accertamento della responsabilità (il nostro sistema di risarcimento diretto, pur diversificandosi sostanzialmente, è ispirato ai concetti del no fault).

La responsabilità civile scompare e viene ricompresa dal ruolo predominante delle assicurazioni e dell'assistenza sociale; il risarcimento del danno non viene più imputato al singolo, bensì frazionato alla totalità dei consociati.

Diversamente, è chiaro che il pericolo di essere chiamati in giudizio costituisce un forte deterrente per la classe medica in particolar modo ma anche per tutti gli operatori

sanitari in generale, rispetto all'eventualità di ammettere lo svolgimento dei fatti ed all'esito negativo o non pienamente positivi del trattamento in relazione ad un sinistro verificatosi e di cui si potrebbe essere chiamati a rispondere giudizialmente.

La paura del contenzioso disincentiva il personale sanitario anche dal partecipare attivamente ai meccanismi di gestione del rischio clinico.

Quindi, soprattutto nell'ottica di favorire il ricorso ai modelli di Risk-Management (il R.M. in sanità rappresenta l'insieme di varie

azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore), è ipotizzabile la

sostituzione dell'attuale tort system con un no-fault system.

Un evento avverso non è conseguenza di un singolo errore umano, ma, nella maggior parte delle situazioni, è il frutto di una interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo. Pertanto, non si deve perseguire un approccio punitivo ma promuovere invece l'analisi approfondita e la ricerca delle cause con la finalità di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato.

La sicurezza del paziente è oggi una priorità per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e obiettivo primario in tutte le cure sanitarie.

È fondamentale che tutti i componenti del team sanitario siano attori protagonisti nella gestione della clinical governance (sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica), è indispensabile ragionare insieme e confrontarsi, sempre nel rispetto delle proprie competenze.

Per trovare soluzioni ottimali serve una reale integrazione tra le varie professionalità.

“La sicurezza del paziente è oggi una priorità per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e obiettivo primario in tutte le cure sanitarie”



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Pasquale Nicola Bianco

■ I costi del mal di testa

Il mal di testa è una patologia comune e non grave, che affligge milioni di persone in tutto il mondo: è stimato che, solo in Italia, ne soffrano 26 milioni di persone. Una diffusione a così ampio spettro fa sì che il mal di testa diventi anche una malattia sociale, perché oltre alle assenze dal lavoro, incide profondamente sulla qualità delle prestazioni lavorative di chi ne è colpito. Da una ricerca dell'Unità di Medicina del Lavoro dell'IRCCS Fondazione Maugeri di Pavia, pubblicata di recente sul Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, è emerso che al 15% dei lavoratori capita di assentarsi dal lavoro per un mal di testa, mentre se invece scelgono di restare sul posto di lavoro la loro produttività cala del 35%. Lo studio italiano sottolinea come proprio l'ambiente di lavoro possa favorire gli attacchi. Molti ne soffrono in conseguenza di un lavoro a turni e anche la postazione e il contesto lavorativo sono aspetti da tenere in considerazione: la posizione di testa, collo e schiena, il tempo passato davanti al computer, la luce eccessiva, i rumori di troppo, gli sbalzi di temperatura, etc..

■ Prevenzione dalle ferite da taglio e da punta sul lavoro

Gli addetti del settore sanitario sono tra i lavoratori a rischio di punture di ago e di ferite da taglio. Tali infortuni sono potenzialmente pericolosi perché la persona può essere infettata da agenti patogeni presenti nel sangue (virus, batteri, micosi, altri microrganismi).

Secondo le stime, in Europa si verificano ogni anno 1 milione di ferite da puntura di ago. Gli operatori sanitari non sono gli unici a rischio. Gli infermieri nei reparti di degenza acuta sono ritenuti la categoria più soggetta a questo tipo di lesioni.

La direttiva 2010/32/UE affronta questa problematica dando attuazione all'accordo quadro in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta nel settore ospedaliero e sanitario sottoscritto dall'Associazione europea datori di lavoro del settore ospedaliero e sanitario e dalla Federazione sindacale europea dei servizi pubblici nella veste di partner sociali europei.

L'obiettivo della direttiva è di garantire la massima sicurezza possibile dell'ambiente di lavoro tramite la prevenzione delle ferite provocate da tutti i tipi di dispositivi medici taglienti (punture di ago comprese) e tramite la protezione dei lavoratori a rischio nel settore ospedaliero e sanitario, attuando le necessarie misure di prevenzione e di protezione.

■ Morte improvvisa del lattante e del feto: approvazione dei protocolli diagnostici

Il 22/11/2014 è stato pubblicato in G.U. il decreto del 07/10/2014 "Protocollo di indagini e di riscontro diagnostico nella morte improvvisa infantile - Legge 02/02/2006, n. 31, art.1, comma 2" e "Morte inaspettata di feto di età gestazionale superiore alla 25a settimana". La morte in culla e la morte inaspettata del feto rappresentano tra i più gravi e ancora poco conosciuti problemi della medicina moderna e le cause di questi eventi non sono ancora del tutto chiare.

La morte improvvisa del lattante costituisce la più frequente causa di morte nel primo anno di vita con una incidenza di circa uno su 700/1000 nati vivi e la morte inaspettata del feto ha una incidenza di circa uno su 100/200 gravidanze.

■ La meningite fulminante: inserito nel calendario vaccinale regionale il nuovo vaccino

Dall'inizio dell'anno è disponibile anche un vaccino contro il meningococco B, batterio responsabile delle meningiti fulminanti e contro cui fino ad oggi non esisteva alcuna arma. Basilicata, Puglia e Toscana hanno inserito il nuovo vaccino nel calendario vaccinale regionale e la conferenza Stato-Regioni sta valutando il vaccino e il suo possibile inserimento nel Piano nazionali vaccini. La meningite da meningococco B rappresenta circa il 70% dei casi totali di meningite meningococcica epidemica nel nostro Paese. Si stima che ogni anno in Italia tra i 700 e i 1.100 bambini vengano colpiti da meningite causati dal meningococco B, batterio estremamente aggressivo in grado di uccidere in meno di 24 ore e colpisce senza alcun sintomo caratteristico di preavviso.

■ **LA STRATEGIA MOBIZZANTE DEL DEMANSIONAMENTO INFERMIERISTICO**

Modugno (Ba), 16 Gennaio 2015
Sala convegni Polizia Municipale
INFO: www.aadi.it
e-mail: info@aadi.it

■ **METODO TMP**

Avellino, 10 Gennaio 2015
Via Pompilio Pivotti, 2
INFO: www.egiavellino.it
E-mail: info@egiavellino.it
Tel: 333 1283737

■ **CORSO DI ALTA FORMAZIONE. LA DIETOLOGIA CLINICA**

Roma, 11 Gennaio 2015
Fisioair S.r.l. - Via Salvatore D'Amelio 18,
INFO: e-mail: medlearning@medlearning.net
Tel.: 06 687303 Fax: 06 68309354

■ **LE MALATTIE INFETTIVE (RI)EMERGENTI**

Roma, 13 Gennaio 2015
INFO: www.deaschool.it

■ **MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE**

San Marco Evangelista di Caserta
15-17- Gennaio 2015
INFO: E-mail aogoi@aogoi.it
Tel: 0229525380

■ **IPERTENSIONE & MALATTIA VASCOLARE 2015**

Bari, 16-17 Gennaio 2015
Nicolaus hotel
INFO: E-mail info@clabmeeting.it
Tel: 0805061372

■ **OSTEOPOROSI TRA IERI ED OGGI**

Lecce, 17 Gennaio 2015
Polo Oncologico "GIOVANNI XXIII"
INFO: E-mail info@dilumameeting.it
Tel: 0831522049

■ **LA CONTENZIONE: INTERROGATIVI E BUONE PRATICHE**

Vercelli, Febbraio 2015
INFO: www.formazione sanitaria.info
Tel: 347/5174330

■ **DERMATOLOGIA E CURE PRIMARIE**

Foggia, 13-14 Febbraio 2015
Ente di Formazione Professionale Formedit
Via napoli, km. 3.800
INFO: E-mail info@clabmeeting.it
Tel: 0805061372

■ **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI IN PNEUMOLOGIA**

Barletta, 20-21 Marzo 2015
Brigantino Convegni
Viale Regina Elena, 84
INFO: E-mail info@clabmeeting.it
Tel: 0805061372

■ **XX CONGRESSO REGIONALE AOGOI CAMPANIA - UPDATE ED APPLICAZIONI PRATICHE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

San Marco Evangelista di Caserta
15-17- Gennaio 2015
Grand Hotel Vanvitelli
INFO: E-mail aogoi@aogoi.it
Tel: 0229525380

■ **LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE: LA RESPONSABILITÀ PENALE, CIVILE, DISCIPLINARE E PATRIMONIALE ATTRAVERSO LO SVILUPPO DEGLI STRUMENTI METODOLOGICI**

Carbonara, Ospedale "Di Venere"
INFO: e-mail: cl.infermiere@libero.it
Tel: 0805015354 - 3396596650 - 3495819348 - 3490947570

■ **CORSO DI FORMAZIONE GENERALE PER I LAVORATORI**

Carbonara, Ospedale "Di Venere"
INFO: e-mail: cl.infermiere@libero.it

