

Filodiretto

1/2
numero

Anno XXXII/ numero 1/2 gennaio/aprile 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



LA SANITÀ PUGLIESE ALL'ANNO ZERO

in evidenza

EDITORIALE

**PRIMO
PIANO**

**PROFESSIONE
IN AZIONE**

In Puglia le cure
infermieristiche
all'anno zero

L'infermieristica
italiana oggi e le
prospettive di sviluppo

Conflitti e
aggressioni in
contesti sanitari



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 54 27 333 - F. 080 54 27 413
 redazionefilodiretto@libero.it

Editrice L'Immagine

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

Nicola Bianco, Elena Chiefa, Chiara D'Angelo, Rossana Dicorato, Michele
 Fighera, Vincenzo Inglese, Valeria Liso, Francesco Marinelli, Giuseppe Papagni,
 Daniela Paolillo.
 Foto/immagini di Raffaele Recchia

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico del Collegio IPASVI di Bari, utilizzato dai Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo deve essere inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it
 Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/5427333.

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 IN PUGLIA LE CURE INFERMIERISTICHE ALL'ANNO ZERO

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6 L'INFERMIERISTICA ITALIANA OGGI E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Salvatore Petrarolo

8 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE

Giuseppe Papagni, Chiara D'Angelo

PROFESSIONE IN AZIONE

12 ALZHEIMER'S DISEASE

Daniela Paolillo, Rossana Dicorato

14 CONFLITTI ED AGGRESSIONI IN CONTESTI SANITARI

Nicola Bianco, Vincenzo Inglese

17 FAST TRACK

Francesco Marinelli

18 TORNA LA PAURA TUBERCOLOSI

Angelica Misino

19 LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

Locantore Altomare

21 L'INFERMIERE DECISORE NELLA CONTENZIONE FISICA

Valeria Liso

23 IL DIS-ACCORDO PROSPERA!

Elena Guglielmi, Giuseppe Marangelli

IN FORMAZIONE

25 FATTORI DI RISCHIO E INDICAZIONI OPERATIVE

Pasquale Nicola Bianco, Elena Chiefa

29 IL PRIMARY NURSING

Vanessa Manghisi, Michele Fighera

INSERTO 1/2

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Pasquale Nicola Bianco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



IN PUGLIA LE CURE INFERMIERISTICHE ALL'ANNO ZERO

Lettera aperta all'Assessore alle politiche della salute della Puglia

Saverio
ANDREULA



Gentilissima Assessora, in esito a riscontro a innumerevoli segnalazioni pervenute da cittadini e infermieri, si porta nuovamente all'attenzione della S.V. la gravissima situazione in cui versa il sistema sanitario

pugliese, in ordine alla qualità delle cure erogate ai cittadini, ai tempi di attesa delle stesse e ai rischi professionali subiti dai cittadini e dagli stessi infermieri.

Denominatori comuni alle criticità evidenziate, la non più sostenibile carenza di Infermieri e di figure di supporto dell'assistenza, in tutti i servizi e sistemi sanitari pugliesi, pubblici e privati, e la totale assenza di modelli organizzativi di assistenza infermieristica.

Quanto detto, trova conferma e approfondimento nelle recenti valutazioni, pubblicate da numerose riviste di settore, sui Livelli Essenziali di Assistenza per la sanità pugliese; l'analisi dei parametri funzionali evidenziano, un grave stato di crisi che sta generando difficoltà per i cittadini e per gli operatori.

Le variabili, su cui ruotano le nostre valutazioni, oggetto della presente, sono sostanzialmente agganciate all'imprescindibile legame tra i bisogni sanitari della gente e alla sostenibilità del sistema sanitario.

Gli ultimi atti del suo "governo" per assicurare il funzionamento del sistema e garantire una risposta (LEA) ai bisogni della gente, attraverso forme di riorganizzazione

e razionalizzazione (prestazioni aggiuntive per la riduzione delle liste di attesa), possono, nella forma sperimentale, incidere nell'immediato a dare qualche risposta ai bisogni di salute dei cittadini pugliesi ma, altresì, espongono ad ulteriori stress lavorativi il personale sanitario già alle prese con un'enormità di lavoro, anche per l'impossibilità di far fronte al naturale turn-over. Rispetto al suo governo assessora e considerando gli atti e le azioni assunte, di seguito si evidenziano alcune nostre riflessioni che conseguono alla Sua indisponibilità a riscontrare le numerose richieste di confronto che le sono state formalmente avanzate:

- *Perché non ritiene parte integrante dello sviluppo dei suoi progetti il coinvolgimento degli Infermieri e del loro Ente di rappresentanza?*
- *Perché non ritiene necessario definire l'assetto delle strutture e le relative caratterizzazioni, l'organizzazione dei servizi, i percorsi di accesso, il sistema di follow-up, etc. etc. ascoltando anche gli Infermieri?*
- *Ritiene necessario tenere conto dello sviluppo scientifico, tecnologico e metodologico che ha interessato il sistema sanitario (lo sviluppo della robotica, della laparoscopia, della artroscopia, della radiologia interventistica, etc.) che obbliga un completo ripensamento del sistema, sia in termini di "dimensionamento", sia in termini di "distribuzioni disciplinari"? E' indubbio che se il sistema di "ieri" richiedeva 14 gg di ricovero per affrontare una data situazione clinica e il sistema di "oggi" consente di realizzare una completezza di percorso in periodi molto brevi (1-2 giorni), necessitano molti meno letti (e*

»»



reparti) e anche un minore numero e tipologia di “primari” e, soprattutto, una diversa organizzazione;

- Ritiene necessario stabilire le modalità organizzative utili e necessarie ad assicurare l'efficacia, l'appropriatezza, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni sanitarie?
- Ritiene congrua e positiva un'azione di coinvolgimento della professione infermieristica per favorire il ripensamento del sistema clinico assistenziale, su distribuzioni spaziali diverse, che privilegiano l'intensità di cura e la complessità assistenziale, rispetto alle vecchie logiche del “reparto”?
- Ritiene utile e necessario favorire la definizione/sviluppo/implementazione di nuovi modelli assistenziali (DH - DS - Sistema Week - etc.) in grado di garantire comunque l'utente, con un minore impiego di risorse e, di conseguenza, minori costi (a parità di livello di risposta ai bisogni dell'utenza)?
- Ritiene necessario definire standard di riferimento per le dotazioni organiche e concreta definizione della rete del sistema sia a livello ospedaliero, sia in integrazione con le strutture e i servizi territoriali e domiciliari? Tale definizione dovrebbe definire in modo chiaro e inequivocabile i servizi erogabili in ogni singolo contesto, la tipologia e il livello delle attrezzature e delle tecnologie da rendere disponibili in ogni struttura

“Non è più sostenibile carenza di Infermieri e di figure di supporto dell'assistenza in tutti i servizi e sistemi sanitari pugliesi, pubblici e privati, e la totale assenza di modelli organizzativi”

della rete (tenuto conto sia della tipologia della struttura, sia del rapido livello di obsolescenza delle tecnologie e attrezzature sanitarie), le risorse necessarie (per tipologia e numerosità) e i percorsi. Tutto ciò a garanzia del cittadino (certezza dell'adeguatezza di strutture, tecnologie, attrezzature, prestazioni, etc. etc.) e degli operatori (adeguatezza dei saperi, abilità personali e di gruppo,

appropriatezza e sicurezza delle attività e delle prestazioni).

- Ritiene equilibrato e soddisfacente la qualità dell'offerta formativa erogata dalle Università pugliesi nell'ambito dei corsi di laurea in Infermieristica?
 - Ritiene ancora necessario alimentare, con l'Assessorato alla Formazione professionale, la “fabbrica delle speranze”, per i giovani pugliesi, con ulteriori corsi di formazione per O.S.S.?
- Insomma, carissima assessora, se le azioni di “guida” e di “indirizzo” assumono la caratteristica di “rigidità e di forte vincolo, indubbiamente lo strumento “incarta” e “non favorisce” e, di conseguenza, non serve! Qualsiasi provvedimento che Lei intende adottare superando l'etica e la responsabilità nelle decisioni e l'analisi delle conseguenze (sulla gente e sugli operatori) è destinato a non centrare gli obiettivi auspicati. Perché non ritiene necessario un coinvolgimento proattivo di tutti gli stakeholder in ogni sua azione che ci riguarda? L'analisi e l'approfondimento delle diverse situazioni può essere di aiuto per inquadrare meglio le questioni e formulare ipotesi di

DELIBERA DI G.R. PUGLIESE DI AUTORIZZAZIONE ALLE ASSUNZIONI DI PERSONALE DELLE AZIENDE SANITARIE IN DEROGA AL DIVIETO DI CUI ALLA L.R. 2/2011

Profilo Professionale	ASL BA	ASL BR	ASL FG	ASL LE	ASL TA	POLICLINICO BA	IRCCS ONCOLOGICO BARI
DIRETTORI MEDICI	4	-	-	-	-	6	1
DIRIGENTE MEDICI E VETERINARI	102	46	13	8	61	8	1
DIRIGENTI SANITARI	8	-	-	-	3	-	1
INFERMIERI	198	14	-	21	76	21	2
ALTRE PROFESSIONI SANITARIE	90	-	-	-	18	-	-
OPERATORI SOCIO SANITARI	16	-	13	-	-	-	-



soluzioni e/o miglioramenti.

La Puglia, si è resa protagonista della produzione di una serie di provvedimenti legislativi in materia di sanità, in tema di miglioramento della qualità delle cure infermieristiche ai cittadini, rimaste solo sulla carta e mai attuate.

Ancora oggi in molte strutture sanitarie pubbliche pugliesi la presenza numerica di personale Infermieristico non è qualificabile per cui, spesso, i cittadini ricevono cure infermieristiche non "definibili tali". Altresì inesistente, seppur previste dalle norme regionali, è la possibilità per i cittadini pugliesi, di ottenere cure infermieristiche domiciliari in continuità con quelle ricevute in Ospedale.

Nonostante numerosi sforzi attuati dal Collegio IPASVI nella sua qualità di Ente di diritto pubblico regolatore della professione infermieristica e di controllo della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate, la situazione professionale pugliese è in una condizione di precarietà assoluta con forti ricadute sulla qualità delle prestazioni infermieristiche erogate ai cittadini.

Restano ancora senza risposta molti interrogativi, tra cui:

- Definizione del fabbisogno delle dotazioni organiche delle strutture sanitarie pugliesi degli Infermieri e delle figure di supporto;
- Definizione di un modello organizzativo dell'attività di assistenza infermieristica e di definizione dei livelli minimi delle prestazioni infermieristiche da erogare ai cittadini;
- Applicazione della legge regionale n. 26 del 9 agosto 2006 articolo n. 34 (Istituzione dei Servizi Infermieristici, con la definizione di un modello organizzativo coerente con i contenuti legislativi nazionali);

LE COMPETENZE SPECIALISTICHE: un passo in avanti per L'INFERMIERISTICA ITALIANA?

Evento realizzato in collaborazione con la



Evento formativo ECM

edizioni 2014

Bari 6 maggio

Aula del polo formativo S. Caterina da Siena - Ospedale Di Venere Bari Carbonara

Castellana Grotte 16 maggio

Sala convegni I.R.C.C.S. "Saverio De Bellis"

Acquaviva delle Fonti 23 maggio

Sala convegni Ospedale "Miuilli"

Molfetta 13 giugno

Sala convegni "Beniamino Finocchiaro" - Fabbrica San Domenico



Info e iscrizioni
COLLEGIO IPASVI BARI
Viale Salandra, 42
T. 080 5427333 F. 080 5427413
e mail: collegioipasvi-bari@virgilio.it
www.ipasvibari.it

5

- *Riformulazione del protocollo d'Intesa Università/Regione, riguardo ai corsi di laurea in Infermieristica coerenti con l'attuale ordinamento universitario e dei regolamenti universitari con analisi e verifica dei requisiti minimi delle sedi formative per l'accREDITAMENTO delle stesse in coerenza con le raccomandazioni del MIUR e dell'ANVUR.*
- *Analisi della grave crisi occupazionale pugliese e dei fabbisogni formativi delle Università pugliesi sede dei Cdl in Infermieristica.*

Aspettiamo, cara dott.ssa Elena Gentile che ella voglia rispettare la professione sanitaria di infermiere e il suo organismo di rappresentanza professionale.

L'INFERMIERISTICA ITALIANA OGGI E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le evidenze scientifiche, le competenze specialistiche e la formazione

Salvatore
PETRAROLO



L'appuntamento è tradizionale ma cresce, in termini di adesioni, partecipazione e attenzione da parte dei media, con il passare degli anni. Centinaia di infermieri, provenienti da

tutta Italia, si ritroveranno anche quest'anno nel centro congressi di Pugnochiuso, a Vieste in provincia di Foggia, per una tre giorni di confronto, dibattito e approfondimenti. Il tema, come nelle passate edizioni, è unico, "L'infermieristica italiana oggi e le prospettive di sviluppo", ma molteplici sono gli sviluppi che muovono da questo titolo: le evidenze scientifiche, le "competenze avanzate" e la formazione, ma anche i nuovi ruoli, le nuove responsabilità e i modelli organizzativi. Quello in programma dal 30 maggio al primo giugno prossimi è la quattordicesima edizione di un appuntamento di caratura nazionale, promosso dai collegi Ipasvi di ben 22 province italiane. Non meno numerose sono le collaborazioni da parte dei Corsi di Laurea in infermieristica delle università di Bari, Modena, Palermo. Gli organizzatori di questo prestigioso appuntamento hanno cominciato a dare forma alla tre giorni di fine maggio, già da diversi mesi. Il programma dei lavori è, di fatto, già pronto anche se, come accade in questi casi, sino alle ultime settimane prima

di Pugnochiuso, si lavorerà per arricchire il già fitto calendario di incontri. Si comincerà il pomeriggio del 30 maggio (inizio alle ore 16) con l'apertura dei lavori affidata al presidente del Collegio Ipasvi di Bari, Saverio Andreola, che introdurrà anche il primo tema del congresso: "Il sistema formativo e le competenze infermieristiche avanzate". Sarà il punto di partenza dal quale si dipaneranno gli interventi, moderati da Michele Fortuna e Santina Calise, su due questioni di stringente attualità: "la professione infermieristica nell'Università dalla riforma degli ordinamenti didattici ad oggi è ospite o parte di essa" è il quesito al quale risponderà Valerio di Monte e Paola Ferri mentre su "La formazione dei professionisti della salute: i punti di forza, i punti di debolezza e i cambiamenti attesi" si succederanno in un "faccia a faccia" gli interventi di Danilo Masai (infermiere), Filippo Anelli (medico), Luigi D'Ambrosio Lettieri (farmacista) e Ivan Cavicchi (sociologo di Tor Vergata). La prima giornata si concluderà con l'agorà (appuntamento apprezzato nell'ultima edizione del congresso infermieristico di Pugnochiuso) moderata dal giornalista Salvatore Petrarolo che solleciterà riflessioni sul tema relativo alla "guerra" delle competenze: la genesi, il nero, il bianco e lo stato dell'arte, a Valerio Di Monte, Paola Ferri, Saverio Andreola, Ivan Cavicchi, Michele Fortuna, Filippo Anelli, Luigi D'Ambrosio Lettieri e Danilo Massai. Tra il dibattito e l'agorà, prevista anche la presentazione di alcuni elaborati degli studenti che partecipano al concorso di ricerca. Sono tre gli obiettivi che gli or-



ganizzatori del congresso infermieristico intendono raggiungere con i lavori della prima giornata: stimolare la riflessione sulla formazione degli infermieri rispetto ai bisogni sanitari che esprimono i cittadini ma anche sulla necessità di rivedere l'organizzazione dei sistemi di cura e assistenza; individuare le strategie più adeguate; analizzare i fenomeni politici e sociali che sottendono alla cosiddetta "guerra" delle competenze venutasi a creare, tra le professioni sanitarie, durante l'iter di produzione dell'accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate. Dedicata a infermieri e studenti sarà la seconda giornata del congresso, il 31 maggio. La seduta plenaria, divisa in due sessioni, si aprirà con il dibattito su "Le necessità di funzionamento del sistema e le necessità di risorse", presieduto da Franca Macrì, moderato da Enrico Marsella e Roberta Corradetti, con gli interventi di Marcello Bozzi, Fabio Castellan e Andrea Merlo. Nella seconda sessione, dedicata alle evoluzioni scientifiche e tecnologiche: le evidenze, gli strumenti operativi e le competenze necessarie, a fornire contributi per il dibattito, presieduto da Vito Milione e moderato da Carmela Giudice, saranno Gennaro Navar, Vincenzo Faraone e Giovanni Cammarota. Anche per la seconda giornata congressuale sono stati fissati tre obiettivi da perseguire: fornire conoscenze; comunicare tecniche e strumenti usati dagli infermieri; esaminare e fornire conoscenze relativamente ai cambiamenti indispensabili nei modelli organizzativi e nei sistemi di cura e assistenza. Dedicato al tema "Infermieri ed evidenze scientifiche" sarà la terza giornata congressuale che sarà aperta dalla

L'INFERMIERISTICA ITALIANA OGGI E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le evidenze scientifiche, le competenze avanzate e la formazione

LEMMING/AGENZIA/GRUPPA - ROBERTTA

Evento ECM



Evento promosso dai Collegi IPASVI

ASCOLI BARI BARLETTA-ANDRIA-TRANI BRESCIA CAMPOBASSO-ISERNIA CATANIA COSENZA CREMONA FIRENZE L'AQUILA LA SPEZIA LECCE MILANO-LODI-MONZA-BRIANZA MODENA PADOVA PALERMO PERUGIA TARANTO

Segreteria organizzativa

Eventi congressi

Via Gabetto, 8 - 80026 Casoria (NA)

Tel. 081 198 103 98 - Fax 080 22 09 268 - Mob. 349 73 98 399

email: segreteria@eventiecongressi.net www.eventiecongressi.net

Media partners

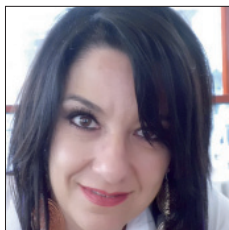
Nurse24 TELESEVA NURSE TIMES

prima sessione di lavori (presieduta da Stefano Bazzana e moderata da Palmiro Riganelli) nella quale si parlerà dell'assistenza infermieristica basata sull'evidenza, con gli interventi di Pio Lattarulo e Giovanni Mutillo. L'agorà, dedicata all'infermieristica nel web e sui social network, concluderà la terza giornata di lavori: previsti gli interventi di direttore e redattori di giornali on line dedicati all'infermieristica. La tre giorni congressuale avrà la sua appendice con la premiazione dei vincitori del concorso di ricerca riservato agli studenti del corso di laurea in infermieristica.

LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE “AVANZATE”

Opinioni a confronto

Chiara
D'ANGELO



Le competenze infermieristiche “avanzate”, oggetto dell’ipotesi di accordo, al vaglio della Conferenza Stato Regioni, raccoglie opinioni diverse da parte di soggetti Istituzionali. Si tratta di una diversità trasversale, che attraversa sia le rappresentanze sindacali infermieristiche, sia gli esperti tecnici e ministeriali del settore. Cercheremo di sintetizzare le opinioni espresse delle varie parti, che emergono da interventi degli interessati sulle più note testate giornalistiche on-line del settore.

Giuseppe
PAPAGNI



Saverio Andreula, Presidente Collegio Ipasvi Bari (fonte QS* del 29/9/13). Il presidente esprime le sue perplessità sullo strumento giuridico utilizzato (accordo stato

così la possibilità di definizioni locali negli ambiti applicativi delle stesse. Esprime dubbi sulla capacità dell’accordo di sviluppare un logico e conseguente riconoscimento contrattuale economico, derivante dall’aumento dei carichi di responsabilità. Critico verso le posizioni rigide dell’intersindacale medica. Le sue proposte innovare l’ordinamento universitario; verificare la concreta applicazione “sul campo” dei vantati processi di rinnovamento che “avrebbero” riguardato la professione infermieristica con i così detti nuovi e professionalizzanti percorsi formativi introdotti con i nuovi ordinamenti didattici universitari (laurea di I e II livello), ridefinire le organizzazioni sanitarie ancora troppo medico-centriche. E’ stato il primo a proporre “cabine di regia” coordinate dal Ministero della salute, cui assegnare il ruolo di verifica applicativa degli indirizzi contenuti nell’accordo, per superare lo stallo normativo rappresentato dal veto dell’intersindacale medica.

Luca Benci, giurista, professore a contratto presso l’Università degli studi di Firenze per i corsi di laurea specialistica delle classi di laurea delle professioni sanitarie (QS* del 19/1/14). Il prof. Benci si limita

regioni) “rispetto ad altri strumenti legislativi” o leggi già presenti nel nostro ordinamento come la legge 42/99 (ampiamente disattesa) per lo sviluppo dell’Infermiere specialista e sulle modalità d’attuazione del testo dell’accordo, avanzando dubbi sul raggiungimento concreto degli obiettivi indicati nell’accordo. Alcuni passaggi normativi fondamentali che avrebbero avuto una loro valenza sull’implementazione e sviluppo delle competenze partendo, quindi, dalle università attraverso la definizione di ordinamenti didattici a valere su tutto il territorio nazionale costantemente e dinamicamente rivisti e resi compatibili con lo sviluppo dei sistemi sanitari escludendo



ad un'analisi giuridica del documento sulle competenze avanzate. Evidenzia tre aspetti (legge 42/99 con l'istituzione del profilo professionale, gli ordinamenti didattici, il codice deontologico) da cui si ricava il campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere. Indica 4 vie normative percorribili:

- 1) legge 42 o la normazione secondaria relativa alla modifica del profilo professionale;
- 2) l'integrazione di un atto normativo della Conferenza Stato Regioni a normativa statale invariata;
- 3) l'integrazione al profilo professionale con un nuovo decreto ministeriale relativo alle sole competenze avanzate;
- 4) la riconducibilità delle competenze avanzate all'attuale sistema di abilitazione all'esercizio professionale attraverso operazioni meramente interpretative.

Indicando la seconda come l'unica più legittimata ad intervenire, il prof. Benci delinea quali debbano essere le tappe normative tali da sviluppare competenze che non debbano essere relegate alle sole esperienze regionali ('see and treat', triage avanzato, medicazioni avanzate, ecc.) che riguarda solo una parte ultraminoritaria della professione infermieristica e delle organizzazioni sanitarie, ma che puntino a "migliorare la presa in carico della persona, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, il governo dei bisogni assistenziali, sanitari e socio sanitari delle persone, delle famiglie e della comunità assistita". Dubbi su una bozza, dove non compare mai l'espressione competenze avanzate e che demanda alle regioni e province autonome la revisione dei modelli organizzativi. Critico sull'istituzione dell'Osservatorio (con funzione strettamente professionale) e la Cabina di regia (con funzione più strettamente sindacale) dove invece le funzioni professionali e sindacali si sovrappongono in entrambi gli organismi dando luogo ad una commistione ed una duplicazione di funzioni.

Intersindacale medica (ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO - ASCOTI-FIALS MEDICI - AUPI - SINAFO) (QS* del 20/9/13).

Il 20 novembre una lettera a firma dei sindacati medici inviata al ministro della Salute, esprimeva i propri dubbi sulla bozza

dell'implementazione delle competenze avanzate infermieristiche presentata dal ministero il 28 ottobre, evidenziando troppe criticità di carattere normativo e giuridico necessarie di modifiche, di fatto bloccando l'iter normativo. Nella missiva si intravede uno sconfinamento negli ambiti di competenza, contestando il contenitore normativo (accordo stato regioni) che porterebbero a differenziazioni regionali. Lo stesso dicasi per la formazione rilevando ampia discrezionalità formativa che porterebbe ad una disomogeneità applicativa sul territorio nazionale. Viene difesa la potestà certificatoria che la legge riserva esclusivamente ai medici, sostenendo che la compilazione infermieristica della scheda di triage in P.S. o di emergenza territoriale non rappresenta una certificazione stilata da pubblico ufficiale, bensì trattasi secondo la legge di un'attestazione redatta da incaricato di pubblico servizio. Con un'ulteriore lettera del 7/1/14 l'intersindacale medica pur ribadendo la propria contrarietà alla bozza presentata dal ministero, si sarebbe dichiarata disponibile a firmare il protocollo istitutivo della "cabina di regia", che si propone di facilitare la comprensione, la condivisione e il coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari nella ridefinizione e attualizzazione del sistema delle relazioni interprofessionali.

Silvestro Annalisa, presidente Federazione Nazionale colleghi Ipasvi (28/1/14 www.ipasvi.it). Indicata come una seconda "rivoluzione" per la professione infermieristica, dopo il passaggio altrettanto importante del 1999 con la legge 42, la presidente Silvestro si dice ottimista sul prosieguo dell'iter normativo, che porterà alla valorizzazione professionale, tappa importante anche per le rappresentanze sindacali, competenze avanzate che un domani potranno essere la "piattaforma" per rivendicazioni organizzative oltre che economiche. Un aumento delle competenze ed una futura rivalutazione contrattuale che al momento la legge impedisce. Ribadisce il concetto per cui il processo diagnostico-terapeutico è di competenza del medico, mentre quello assistenziale è di competenza dell'infermiere. Strumento normativo utilizzato quello della Conferenza stato regioni preferibile ad altri che altrimenti avrebbero insabbiato tutto.

CGIL - CISL - UIL (QS*). Per le tre sigle >>

sindacali l'accordo sulle competenze avanzate è senza dubbio "un passo importante", il "naturale riconoscimento dell'evoluzione professionale" e "uno strumento indispensabile per adeguare i percorsi di cura ai nuovi bisogni di salute". I tre maggiori sindacati sostengono con assoluta fermezza l'indifferibilità dell'accordo e la necessità di istituire un "tavolo congiunto per la verifica dei profili professionali sanitari esistenti in un'ottica di ampliamento delle competenze", al fine di pervenire alla definizione di un nuovo quadro di competenze in grado da un lato di soddisfare la necessità di offrire prestazioni adeguate ai bisogni dei cittadini, dall'altro di rendere economicamente sostenibile il sistema. Per CGIL CISL e UIL si tratta di portare a termine il lavoro di due anni di concertazione con il Ministero e l'ordine professionale, un'occasione da non perdere e che non ammette proroghe per non vanificare il percorso sin qui fatto anche sul versante della difficile affermazione della non subalternità della professione infermieristica rispetto a quella medica.

Ministero della Salute (fonte www.infermieristicamente.it). Sulla stessa linea di pensiero il Ministero della Salute, che per voce del sottosegretario Paolo Fadda e del prof. Francesco Saverio Proia ribadisce la necessità dell'evoluzione del quadro di definizione delle competenze sanitarie che porti all'ampliamento delle competenze infermieristiche per ragioni di ordine organizzativo, gestionale, di buon senso: "l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie infermieristiche ... è emersa come una necessità strategica per lo stesso sistema sanitario nazionale attraverso un convinto e approfondito dibattito e ragionamento sviluppato all'interno delle componenti più avanzate della stessa categoria medica, fatto proprio e sviluppato poi dalle Regioni e dal Ministero della Salute e divenuto patrimonio del sindacato del comparto sanità e dalle rappresentanze professionali". E' la risposta all'impegno che il Ministero aveva assunto nei confronti degli assessorati regionali per far fronte al contenzioso in essere fra la professione infermieristica e quella medica. Anche a fronte delle dure prese di posizione dell'intersindacale medica (che teme un passaggio tout court di competenze dai medici agli

infermieri attraverso la sostanziale sostituzione dei primi con i secondi, maggiori responsabilità dei medici per l'operato degli infermieri, anarchia nella definizione delle competenze delegata a livello regionale, sconfinamento nell'atto medico, ecc.), il Ministero pare intenzionato a istituire una cabina di regia permanente che coinvolga tutte le professioni sanitarie e non solo quelle infermieristiche: "è evidente che l'accordo sulle competenze avanzate e quello sulla cabina di regia sono tra loro interconnessi ed interagenti" afferma, infatti, Proia.

Nursind (QS*). Sul fronte sindacale il Nursind, pur riconoscendo la valenza positiva dell'accordo (alla cui stesura non ha preso parte non essendovi stato coinvolto), ritiene che non si tratti, comunque, della panacea ai mali della professione, anche se la definizione delle competenze avanzate costituisce in ogni caso una necessità per il completamento del quadro disegnato dalla legge 43/2006 sull'infermiere specialista. Il Segretario Andrea Bottega si dice scettico sulla reale portata della "rivoluzione" e, soprattutto, sulla sua capacità di dare risposta a quelle che sono le difficoltà che minano le basi della professione e delle condizioni di lavoro degli infermieri: "disoccupazione infermieristica giovanile, l'usura di chi lavora e la carenza delle dotazioni organiche, questi sono i problemi di cui dovremmo preoccuparci e occuparci perché sono determinanti per la qualità dell'assistenza infermieristica oggi". Secondo Bottega gli infermieri, negli anni, si sono conquistati, nei fatti, delle competenze avanzate, dovendo occupare e gestire da unici protagonisti, gli spazi lasciati vuoti dalla dirigenza medica nelle relazioni con il paziente, nell'accoglienza, nel supporto nei processi di cura e di guarigione. Bottega non risparmia le sue perplessità nemmeno riguardo al metodo seguito nel confronto: "l'aver spinto la discussione interna alle professioni sanitarie dai luoghi istituzionali ai luoghi pubblici (convegni e quotidiani on line o settimanali) non per fini divulgativi o per raccogliere fattivi contributi ma strumentali alle istituzioni che ciascuno degli attori rappresenta, ritengo non giovi al bene comune dei professionisti e dei cittadini. Il confronto ha modi e luoghi dove si può esprimere e può essere produttivo".



Ivan Cavicchi (fonte www.infermieristica.com). Anche uno dei maggiori esperti in materia, il prof. Ivan Cavicchi, bolla, senza mezzi termini, l'accordo. Secondo Cavicchi si tratta di un passaggio privo di pulsione vera al cambiamento, figlio di un metodo che non parte da quello che invece dovrebbe essere l'oggetto vero della discussione: l'opera, ovvero quello che gli attori del sistema, attraverso le loro competenze e l'organizzazione, devono produrre. Secondo il professore si tratta, invece, di ripensare l'intera "opera", andando oltre la "post ausiliarità" in cui ora si trova la professione infermieristica e oltre la quale ritiene non potrà essere traghettata da questo accordo: "purtroppo, a parte queste proposte, non vedo all'orizzonte una strategia per andare oltre la post ausiliarità, vedo solo maldestri tentativi di convivere e di razionalizzarla con conquiste ausiliarie quali ad esempio, le competenze avanzate". Bisogna capire e definire cosa dev'essere l'infermiere (e

il medico), prima di creare gli strumenti di cui dovrà disporre. Il rischio concreto (ed il limite di questa ipotesi) - secondo Cavicchi - consiste nella possibilità di ulteriori tensioni fra le professioni e nell'accollamento gratuito a carico degli infermieri (anzi, a carico solo di alcuni di essi) di ulteriori competenze e responsabilità senza che il sistema evolva verso una maggiore consapevolezza e un maggiore coinvolgimento di tutti i professionisti e non solo di alcuni, lasciando peraltro inascoltata la necessità di evolvere di molti. Condanna la rete di resistenze che questo processo, che lui vorrebbe, trova invece nella realtà, nei protagonisti delle decisioni: "la brutta sensazione di un dispotismo strisciante, brutto sgradevole che chiude le bocche e, in fondo, la grande massa degli infermieri nella loro post ausiliarità".

* www.quotidianosanita.it

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARI

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2013
- 3) Bilancio di previsione 2014

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42, in prima convocazione alle ore 16.30 del 28/04/2014 ed in seconda convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42 alle ore 16,30 del 30/04/2014. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Saverio Andreola*

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

IL SOTTOSCRITTO _____

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL _____

DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2014

DATA _____

FIRMA _____



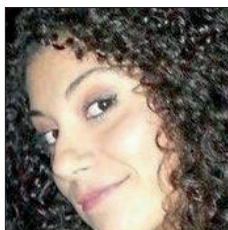
ALZHEIMER'S DISEASE

Una terapia con gli occhi da bambola

Daniela
PAOLILLO



Rossana
DICORATO

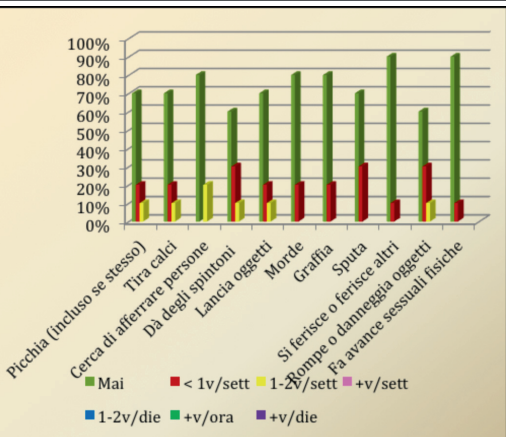
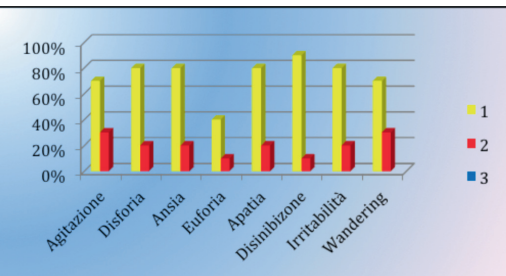


La malattia di Alzheimer è una demenza degenerativa invalidante ad esordio prevalentemente senile che oggi è una delle forme più comuni di demenza. L'approccio riabilitativo al paziente affetto da tale patologia è multidimensionale e deve tener conto della valutazione del grado di gravità della malattia,

del livello e del tipo di attività residue, di un atteggiamento flessibile che adatta le varie strategie alla gravità della demenza, del coinvolgimento di operatori qualificati, di caregivers e familiari e soprattutto della possibilità di svolgere tali interventi in contesti differenziati che comprendono il Centro Diurno o altre istituzioni e il domicilio. Ideale, dal punto di vista assistenziale, sarebbe che gli interventi farmacologici e riabilitativi fossero applicati contemporaneamente, così da agire in modo complementare sui diversi aspetti che caratterizzano il complesso quadro clinico della demenza. La Doll's Therapy è tra le terapie complementari che si dimostrano più utili per la

stabilizzazione dei dosaggi farmacologici in presenza di patologie della terza età con sintomatologia affettivo-comportamentale, ha origine con il contributo della terapeuta Britt-Marie Egedius-Jakobsson in Svezia la quale aveva creato questo gioco per il figlio malato già quindici anni fa. Le sue azioni possono realizzarsi sia a livello preventivo che di cura, attraverso il supporto alla salute che può derivare da alcuni benefici dell'intervento organizzato sistematicamente e professionalmente, quali:

- la modulazione di stati d'ansia e di agitazione e delle loro manifestazioni sintomatiche come aggressività, insonnia, apatia o wandering;
- la conseguente possibilità di ridurre sensibilmente il ricorso ai sedativi;
- la riduzione di condizioni di apatia e depressione caratterizzata da disinteresse ed inattività totale;
- la capacità di rispondere ai bisogni emotivi-affettivi che, malgrado il deterioramento cognitivo, rimangono presenti ma non sono più soddisfatti come in età precedenti;
- la possibilità di ostacolare il deterioramento di alcune abilità cognitive e di sostenere l'utilizzo di prassi motorie che fungono da stimolo delle abilità residue. Il ricorso ad una bambola, in persone in cui le capacità di memoria, logiche e verbali si sono ridotte e che, a causa di una patologia, non riescono più ad intrattenere relazioni stabili ed equilibrate, consente di attivare delle modalità di relazione pre-verbali e non verbali che



permettono di canalizzare le energie mentali su un'attività che riveste al contempo un ruolo di distrazione ed uno, ancora più importante, di stimolo rappresentando un contesto per manifestare emozioni e pensieri che altrimenti tenderebbero

Dietro ad alcune forme di rifiuto della bambola si possono celare traumi affettivi e possibili lutti che vanno intesi come una forma di controindicazione alla terapia della bambola, che potrebbe riattivare in tali casi frustrazioni e conflitti. La raccolta di dati sulla storia dei pazienti con dei familiari di questi ultimi rappresenta pertanto un passo fondamentale prima dell'inizio di qualsiasi terapia basata sul maternage. In presenza di lutti importanti in periodi dell'infanzia o della maternità o di disturbi dell'attaccamento, l'intervento va condotto con prudenza o eventualmente, in casi estremi, evitato. Dati incoraggianti sono il risultato di diversi studi dove si è dimostrato che coadiuvando la terapia farmacologica con la somministrazione quotidiana della Doll's Therapy ci sono reali e notevoli miglioramenti di alcune delle variabili fondamentali che caratterizzano la patologia quali aggressività, wondering, agitazione, depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione e irritabilità. Da non sottovalutare l'incremento giornaliero dell'interazione con la bambola da parte dei pazienti, quali il sorriso, il canto di una nenia, ma anche solo il cullarla come se fosse un bambino vero con molteplici vantaggi della compliance terapeutica. I dati ottenuti attraverso la Doll's Therapy sottolineano la necessità di perfezionare queste ed altre metodologie di supporto, nelle condizioni in cui non è possibile un miglioramento organico ma quanto meno un adattamento funzionale.



ad affollare in modo confuso il mondo interno del paziente. Le bambole terapeutiche originali, denominate Joyk, dovrebbero possedere alcune caratteristiche importanti, quali:

- un peso né troppo leggero né eccessivo distribuito in modo equo lungo tutto il corpo;
- le braccia morbide e non troppo flosce ed una postura delle gambe lievemente rannicchiata ma non fetale, tale da rendere facile l'abbraccio;
- una dimensione simile a quella di un neonato;
- tratti somatici che ricordano quelli di un bambino.

BIBLIOGRAFIA

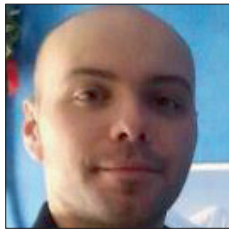
- Bassi E. (2003), "Il deterioramento cognitivo nell'anziano fragile: osservare l'evoluzione e programmare l'assistenza". Bassi E. (2003), "Alzheimer Bisogni e Assistenza", lieart Ed., pag. 6-20.
- Malattie di Alzheimer (2008), EPICENTRO, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. www.epicentro.iss.it/problemi/alzheimer/alzheimer.asp.
- Trabucchi M. (2010), "E' possibile prevenire le demenze?". www.alzheimer.it.
- Regione Emilia Romagna (2000), "La riabilitazione cognitiva". Protocolli per la terapia e la gestione delle problematiche assistenziali dei pazienti affetti da demenza. www.emiliaromagna sociale.it/.
- Malattia di Alzheimer, "Eziopatologia, fisiopatologia, decorso clinico, diagnosi". www.neuroinf.it/medico/Alzheimer.
- Frisoni G. (2003), "Alzheimer "tardivo" la colpa è dell'ambiente". www.tandemnews.com.



CONFLITTI ED AGGRESSIONI IN CONTESTI SANITARI

Infermieri e Medici in prima linea nel rischio di aggressioni

Nicola*
BIANCO



Vincenzo
INGLESE



Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”. Il concetto di violenza sul posto di lavoro include in generale gli insulti, le minacce o

le forme di aggressione fisica o psicologica praticate sul lavoro da soggetti esterni all'organizzazione, ivi compresa la clientela, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere psico-fisico di una persona.

Nella violenza, nella maggior parte delle volte, può essere presente una componente razziale, sessuale o religiosa. I modi di aggressività o di violenza possono presentarsi sotto forma di comportamenti incivili (mancanza di rispetto per gli altri), aggressioni fisiche o verbali (con intento lesivo), violenza personale (con intento nocivo). L'aumento dell'incidenza di atti di aggressione-violenza nei confronti degli operatori

sanitari, oggi, è tale da richiedere una maggiore attenzione al fine di poter prevenire, riconoscere precocemente e trattare l'utente potenzialmente aggressivo.

Fino a poco tempo fa, il comportamento violento di un soggetto è stato quasi sempre identificato come una manifestazione sintomatica di una patologia unicamente di natura psichiatrica e, quindi, chiunque manifestava queste problematiche veniva trattato prevalentemente dai servizi di salute mentale. Negli ultimi anni i comportamenti violenti verso Infermieri, Medici, Psicologi e personale del ruolo sanitario in generale, ma anche verso altri operatori, sono decisamente aumentati e i servizi socio-sanitari che devono rispondere per contenerli e trattarli, si trovano, spesso, impreparati ad affrontarli in maniera appropriata (a volte solo a causa di inadeguatezza sia delle strutture che dei mezzi a disposizione). Trovarsi di fronte un “utente” che diventa fisicamente aggressivo è un evento che tutti gli operatori sanitari (e non) sono chiamati ad affrontare almeno una volta nell'arco della loro vita professionale. I dati epidemiologici evidenziano che, la violenza a carico degli operatori sanitari, è un fenomeno in continuo aumento ed è presente in tutti gli ambiti dell'assistenza sociale e sanitaria. La rabbia e la violenza divengono la modalità con cui sfogare le frustrazioni, la negatività, le angosce e le paure da tempo accumulate e represses, che scaturiscono dai fattori stressanti e dai luoghi di cura, caratterizzati, indubbiamente, dalla sofferenza e dall'urgenza. Spesso, tali luoghi di cura,



diventano territorio ideale per l'esplosione di tale negatività segnando in modo spiacevole chi, in quel momento, sta cercando di prendersi cura, non solo della persona, ma della collettività bisognosa di un'assistenza, più o meno immediata. Per contrastare la violenza, cui possono essere vittime tutti gli operatori sanitari, occorre agire innanzitutto sulla prevenzione, al fine di riuscire, se non a eliminare del tutto, quantomeno a diminuire gli episodi di violenza. Le aggressioni, talvolta, non si limitano solamente alle offese verbali, ma molte volte evolvono con il contatto fisico, fino all'aggressione con esiti che possono arrivare fino alla morte. La corretta azione gestionale da parte delle direzioni delle strutture sanitarie, la formazione del personale, lo studio del fenomeno e la modifica dell'ambiente sono gli elementi principali su cui intervenire per far sì che i comportamenti e gli ambienti dove vengono erogate le prestazioni di ascolto, cura ed assistenza siano il più possibile idonei sia per gli utenti che per gli operatori, a garanzia della loro sicurezza. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione di determinate modalità (uso di espressioni verbali aggressive, uso di gesti violenti, minaccia, spinta, contatto fisico, uso di arma) che, partendo dall'uso di manifestazioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. Gli episodi di violenza contro gli operatori sono considerati "Eventi Sentinella" poiché indicano la presenza, nell'ambiente lavorativo, di situazioni di vulnerabilità o di rischio che richiedono l'attuazione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

L'obiettivo che si deve raggiungere necessita, di sicuro, dell'adozione di una procedura al fine di:

- contenere gli atti di aggressione a danno degli operatori che operano all'inter-

no delle Strutture socio-sanitarie, programmando e implementando misure, sia organizzative sia strutturali, in modo da consentire almeno la riduzione del rischio derivante dai comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori in servizio nonché fornire a tutti gli operatori le conoscenze e le competenze per valutare, prevenire e gestire tali eventi;

- intervenire sulle possibili conseguenze per il singolo lavoratore (demotivazione, svilimento del lavoro svolto, stress), danni alla salute fisica o psicologica (Burnout);
- intervenire, in ambito psicologico, anche su chi è stato indirettamente vittima, cioè chi assiste all'atto o all'episodio di violenza.

“Utile l’istituzione di un Servizio di Psicologia Clinica che assicurerà, quando richiesto, un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di aggressione-violenza”

Infatti, possono essere presenti sintomi post traumatici come paure, fobie e disturbi del sonno. In casi estremi il soggetto può essere colpito da sindrome post traumatica da stress.

In generale, la vulnerabilità del singolo lavoratore varia a seconda del contesto in cui si verifica la violenza e delle caratteristiche individuali della vittima. Nei casi di violenza fisica, i fatti sono facili da accertare, mentre è più difficile prevedere come la potenziale vittima reagirà ad atti reiterati di violenza psicologica. La violenza può avere significative ripercussioni sull'organizzazione in quanto diventa più difficile, per il lavoratore, dare il meglio in un ambiente dominato dal timore e dal risentimento. Gli effetti negativi sull'organizzazione potrebbero tradursi in un più ragguardevole assenteismo, in una perdita di motivazione e produttività, in un deterioramento dei rapporti di lavoro e difficoltà di assegnazione di altre unità lavorative in quel contesto. In generale, gli eventi di aggressione si verificano più frequentemente in specifiche aree (Servizi di emergenza-urgenza, Strutture psichiatriche ospedaliere,





Strutture psichiatriche territoriali, Luoghi di attesa - sia ospedalieri che territoriali -, Servizi per le tossicodipendenze, Servizi di geriatria, Servizi di continuità assistenziale).

I predetti Servizi sono considerati a più alto rischio di atti di maltrattamenti e aggressioni in quanto tutti gli operatori che vi operano sono a contatto diretto con utenti caratterizzati da una condizione di forte emotività, negatività, paura e rabbia, sia dell'utente stesso che dei familiari che vengono a trovarsi in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo.

Anche se qualunque operatore sanitario può essere vittima di violenza, gli infermieri ed i medici (ma anche gli psicologi, assistenti sociali e tutti gli operatori che operano in particolar modo nelle aree predette) sono considerati a rischio più alto in quanto sono a contatto diretto con il paziente.

Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari, attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono, deve essere uno degli obiettivi prioritari di una azienda. Per quanto riguarda la gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori socio sanitari, si ritiene utile l'istituzione di un Servizio di Psicologia Clinica che assicurerà, quando richiesto, un opportuno trattamento e sostegno agli operatori vittima di violenza o che possono essere rimasti traumatizzati per aver assistito ad un episodio di aggressione-violenza. Infatti, le vittime della violenza sul luogo di lavoro possono presentare, oltre a lesioni fisiche, una varietà di situazioni cliniche, tra cui, trauma psicologico di breve o lunga durata, timore di rientro al lavoro, cambiamento nei rapporti



con colleghi e familiari.

Assume notevole importanza il non sottovalutare alcune situazioni, tra cui:

- non lasciar solo, nelle ore successive all'avvenimento, il lavoratore che ha subito, oppure che ha assistito a, un atto di aggressione-violenza;
- non far mancare, alla vittima, la partecipazione, la solidarietà e l'appoggio del personale dirigenziale;
- fornire un sostegno alla vittima, nell'immediato e nelle fasi successive, in caso di sindrome post traumatica da stress, ovvero debriefing, counseling, ecc.;
- offrire sostegno alla vittima per il disbrigo delle formalità amministrative e giuridiche (denuncia, azioni legali, ecc.);
- informare gli altri lavoratori per evitare che si diffondano voci infondate;
- riesaminare la valutazione dei rischi per, individuare le misure aggiuntive da adottare, ed eventuali lacune da migliorare;
- compiere un'indagine completa sull'episodio, evitando in ogni modo di colpevolizzare la vittima. I fatti andranno messi a verbale, compresi gli incidenti di natura psicologica, valutando la dinamica dell'incidente al fine di migliorare le misure preventive.

* Laurea Specialistica in Psicologia Clinica

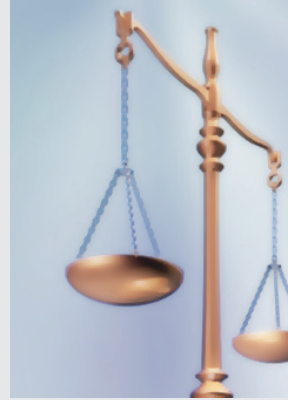
BIBLIOGRAFIA

- Ministero della salute: "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Raccomandazione n° 8 di novembre 2007;
- P. Fabbri, L. Gattafoni, M. Morigi; Contributi. "Un problema emergente: le aggressioni nei servizi sanitari". IPASVI Rivista L'Infermiere n. 4, 2012.
- N. Ramacciati, A. Ceccagnoli; Scienze infermieristiche. "Violenza e aggressioni in Pronto soccorso: revisione della letteratura". IPASVI Rivista L'Infermiere n. 5, 2011.
- L. Desimone; Esperienze. "La violenza verso gli operatori del Pronto soccorso". IPASVI Rivista L'Infermiere n. 4, 2011.

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*



INFORTUNI SUL LAVORO

Importante sentenza della Corte di Cassazione sugli infortuni sul lavoro e sulla susseguente graduazione delle responsabilità. Il lavoratore esperto cade da un ponteggio: c'è un concorso di responsabilità?

Il dipendente di un'azienda edile, mentre era intento alla realizzazione di un ponteggio per il rifacimento dell'intonaco sottostante ad un viadotto autostradale, precipita da un'altezza di circa sei metri, riportando gravi lesioni. All'esito del giudizio di merito, è stata riconosciuta la responsabilità del datore di lavoro, poiché:

- le cinture di sicurezza in dotazione non erano state utilizzate in quanto inadeguate allo svolgimento del lavoro in questione;
- le tavole costituenti il piano di calpestio non erano in perfetto stato di conservazione;
- i lavori di realizzazione del ponteggio venivano svolti dal solo lavoratore, in assenza della prescritta vigilanza, nonostante la precarietà delle strutture montate e la pericolosità del lavoro.

Secondo i giudici di merito, tuttavia, alla determinazione dell'evento ha concorso anche il lavoratore infortunato, che, essendo il lavoratore più esperto con mansioni di coordinatore, avrebbe dovuto, prima di salire sul ponteggio, procedere al corretto ancoraggio delle tavole, servirsi della scala fornitagli dal datore di lavoro e farsi coadiuvare dagli altri operai. La Cassazione ricostruisce il quadro normativo in materia antinfortunistica. La pronuncia dei giudici della Corte di Cassazione ha ritenuto esente da censure la parte di sentenza della Corte di Appello in cui è stata riconosciuta la responsabilità del datore di lavoro, così facendo corretta applicazione dell'art. 2087 c.c. e della normativa antinfortunistica antecedente il d.lgs. n. 81/2008. In base a tale normativa, infatti, trova applicazione sia la norma generale dell'art. 10, D.P.R. n. 164/1956, riguardante i lavoratori in edilizia che nel nostro caso poco rileva – sia l'art. 2087 cod. civ. – che impone l'adozione delle opportune misure antinfortunistiche in caso di situazioni non direttamente contemplate dalla normativa antinfortunistica. Non bastano la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia del lavoratore per escludere

la responsabilità esclusiva del datore. Le norme dettate in tema di prevenzione degli infortuni sul lavoro sono dirette a tutelare il lavoratore, non solo dagli incidenti derivanti dalla sua disattenzione, ma anche da quelli ascrivibili ad imperizia, negligenza ed imprudenza dello stesso, con la conseguenza che il datore di lavoro è sempre responsabile dell'infortunio occorso al lavoratore, sia quando ometta di adottare le idonee misure protettive, sia quando non accerti e vigili che di queste misure venga fatto effettivamente uso da parte del dipendente. (tale principio trova piena applicazione anche e soprattutto al lavoro degli infermieri tenuto conto degli orari di lavoro, articolazione dell'orario, turni in pronta disponibilità, sollevamento di carichi e persone, esposizione a fattori di rischio ambientali e direttamente derivanti dall'esercizio della professione etc). Pertanto, non può attribuirsi alcun effetto esimente, per l'imprenditore, all'eventuale concorso di colpa del lavoratore, la cui condotta può comportare l'esonero totale del medesimo imprenditore da ogni responsabilità solo quando presenti i caratteri dell'abnormità, inopinabilità ed esorbitanza rispetto al procedimento lavorativo ed alle direttive ricevute, così da porsi come causa esclusiva dell'evento, essendo necessaria, a tal fine, una rigorosa dimostrazione dell'indipendenza del comportamento del lavoratore della sfera di organizzazione e dalle finalità del lavoro, e, con essa, dell'estraneità del rischio affrontato a quello connesso alle modalità ed esigenze del lavoro da svolgere (cfr. Cass. n. 4656/2011, n. 19494/2009 e n. 9689/2009). Sulla base di questi principi, la pronuncia in commento ha escluso la ricorrenza, nella fattispecie, dell'ipotesi del c.d. rischio elettivo (idoneo ad interrompere il nesso causale, ma ravvisabile solo quando l'attività posta in essere dal prestatore non sia in rapporto con lo svolgimento del lavoro o sia esorbitante dai limiti di esso). Pertanto, gli elementi accertati dal giudice di merito in ordine alle mancanze ascrivibili al datore di lavoro avrebbero dovuto considerarsi da soli sufficienti ad affermarne l'esclusiva responsabilità nella causazione del sinistro, in base alla citata normativa, a partire dall'art. 2087 c.c. Il riconoscimento, da parte della sentenza della Corte d'appello, di un concorso



di colpa del lavoratore si discosta, quindi, dalla disciplina antinfortunistica.

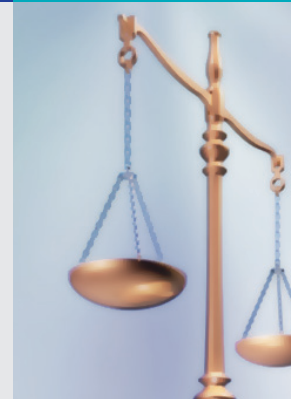
CUMULO INTEGRALE DELLA PENSIONE

Giungono allo scrivente quesiti di natura previdenziale dai lettori la rivista Filodiretto relativi al cumulo della pensione. Il quesito trova risposta in una recente sentenza della Cassazione che prende le mosse da una sentenza del 2005 con la quale, il giudice di merito accoglieva il ricorso proposto da un cittadino che aveva richiesto il cumulo integrale della pensione e la restituzione delle somme trattenute sul trattamento pensionistico. La Corte d'appello di Napoli accolgono il suddetto ricorso. La Cassazione, interpellata sulla faccenda dall'INPS, accoglie il ricorso. Primo aspetto da valutare. Disparità di trattamento tra lavoratori full-time e part-time. In primo luogo, l'INPS, nel ricorso in Cassazione, ritiene falsa l'applicazione dell'art. 1, commi 185 e 187, legge n. 662/96 deducendo in particolare che il divieto di cumulo sarebbe stato abrogato solo con riferimento ai dipendenti già collocati in quiescenza e non anche a quelli in servizio che mutano il proprio rapporto di lavoro da tempo pieno a parziale, senza cioè cessazione del rapporto di lavoro. In secondo luogo ritiene l'INPS che sia stata ritenuta non speciale la normativa di cui al detto art. 1, commi 185/187, legge 662/96 pertanto abrogabile da una norma generale quale quella del 2002 che ha abrogato il divieto di cumulo (vige il principio la legge posteriore abroga la legge anteriore e che una legge speciale può essere abrogata soltanto da un'altra legge speciale e non già da una ordinaria anche se successiva), mentre la disciplina suddetta sarebbe speciale riguardando solo i dipendenti pubblici i quali trasformavano il loro rapporto da tempo pieno a parziale a condizione che il trattamento complessivo non superasse quello previsto per il rapporto a tempo pieno. Ebbene, la Cassazione ritiene che la legge 23 dicembre 1996 n. 662 sia eccezionale poiché consente la prosecuzione del rapporto di pubblico impiego del dipendente, anche se a tempo parziale, e il contemporaneo conseguimento entro certi limiti del trattamento pensionistico in costanza del rapporto di lavoro, derogando così ai principi generali se-

condo cui il diritto alla pensione di anzianità sarebbe subordinato alla cessazione del rapporto di lavoro dipendente. Conviene dunque che tale disciplina non è derogabile dalla norma generale n. 289/2002, abolitrice del divieto di cumulo tra pensione e reddito da lavoro subordinato. L'esito è stato dunque quello di cassare la sentenza impugnata che non aveva riconosciuto tale principio di diritto.

CECITÀ ASSOLUTA E PENSIONE DI INABILITÀ - I REQUISITI REDDITUALI

La Corte d'Appello di Torino accoglieva la domanda di un uomo, affetto da cecità assoluta, che chiedeva l'accertamento negativo dell'indebito preteso dall'INPS, il quale teneva conto, per il superamento del limite di reddito calcolato, della casa d'abitazione. L'INPS ricorreva in Cassazione deducendo una violazione di legge, reputando che, per la specifica normativa in materia, la casa di abitazione, in caso d'erogazione della pensione di inabilità civile per ciechi, vada computata nel reddito per il diritto alla prestazione. L'ente si basava sul riferimento, nelle norme sull'invalidità civile (l. n. 118/1971), ai "redditi assoggettabili" (oltre che ai redditi esenti), un concetto più ampio di "redditi assoggettati", utilizzato invece dal TUIR ai fini della tassazione. Di conseguenza, il limite di reddito per conseguire la pensione di invalidità civile doveva essere calcolato computando anche il reddito della casa di abitazione principale, in quanto facente parte del reddito assoggettabile all'IRPEF. Analizzando il ricorso, la Cassazione sottolineava che la l. n. 118/1971 rinvia, per le condizioni economiche necessarie per la concessione della pensione di inabilità, a quelle stabilite dalla l. n. 153/1969, riguardante gli ordinamenti pensionistici. Questa seconda norma stabilisce che, per le pensioni ai cittadini ultrasessantacinquenni sprovvisti di reddito, sono esclusi dal computo gli assegni familiari e il reddito della casa di abitazione. Non si può tenere conto, inoltre, di disposizioni dettate ad altri fini, come quelle che impongono la denuncia dei redditi ai fini assistenziali, perché queste nulla dicono sulla determinazione effettiva del reddito da considerare ai fini del diritto. La l. n. 99/2013 ha novellato le disposizioni



previgenti sui requisiti reddituali per il diritto alla pensione di inabilità in favore dei mutilati e degli invalidi civili, regolamentando espressamente il limite reddituale, con la tecnica del rinvio, al reddito agli effetti dell'IRPEF. Tuttavia, non è stata abrogata la disposizione della l. n. 153/1969, che esclude espressamente il reddito dominicale dalla casa di abitazione, continuando, quindi, a trovare applicazione per gli assistiti, la cui invalidità non sia correlata all'accertamento di una totale inabilità lavorativa. Questo è il caso della provvidenza erogata a chi versi in condizione di cecità assoluta.

ASSEGNO DI INVALIDITÀ CIVILE

La Corte d'Appello di Caltanissetta rigettava la domanda proposta da un uomo nei confronti dell'INPS per ottenere l'assegno di invalidità civile di cui all'art. 13, l. n. 118/1971, ritenendo che, nonostante il percepimento di redditi inferiori alla soglia di legge prescritta per detta preta prestazione assistenziale, la medesima non poteva spettare perché l'attore svolgeva attività lavorativa. Quest'ultimo ricorre in Cassazione. Assegno di invalidità civile: l'attività lavorativa ne preclude il beneficio. L'art. 13, l. n. 118/1971, come recentemente modificato, afferma che «agli invalidi civili, di età compresa fra il diciottesimo e il sessantaquattresimo anno, nei cui confronti sia accertata una riduzione della capacità lavorativa, nella misura pari o superiore al 74%, che non svolgono attività lavorativa e per il tempo in cui tale condizione sussiste, è concesso, a carico dello Stato ed erogato dall'INPS, un assegno mensile di euro 242,84 per tredici mensilità, con le stesse condizioni e modalità previste per l'assegnazione della pensione di cui all'art. 12». Si comprende che lo svolgimento di attività lavorativa preclude il diritto al beneficio.

CONDOTTA NEGLIGENTE DEGLI OPERATORI SANITARI

Ancora una pronuncia sulla responsabilità professionale. Nel 2002 il Ministero della Giustizia, ha risolto il rapporto di lavoro in corso con un medico che lavorava presso la Casa Circondariale di Trapani. Il motivo consisteva nella contestazione di una condotta negligente tenuta nella diagno-

si e nella cura di un detenuto vittima di ustioni. Il medico ha poi convenuto in giudizio l'Amministrazione, lamentando danni patrimoniali e non patrimoniali, causati dalla risoluzione del rapporto considerata illegittima. Sia il Giudice che la Corte d'appello di Palermo hanno rigettato le richieste. La Corte territoriale riteneva evidente una superficialità della visita medica effettuata, durata all'incirca un paio di minuti. Inoltre, anziché medicare immediatamente le ustioni, evitando così una contaminazione batterica, il medico aveva consegnato al detenuto una pomata da spalmarsi da solo, limitandosi a dare delle disposizioni all'infermiere per la medicazione, così aggravando le lesioni del primo. Il medico ha poi relazionato in maniera superficiale il collega incaricato del Servizio Sanitario Penitenziario della necessità di ulteriori indagini diagnostiche e sui trattamenti necessari, il che avrebbe richiesto una monitoraggio costante del paziente. In più, questo evento, unito ad una lettera di richiamo dell'Amministrazione che addebitava un comportamento negligente, aggrava la condotta giustificando, secondo i presupposti di legge, la risoluzione del rapporto. Il giudice di legittimità non può riesaminare il merito. Il medico ha fatto ricorso in Cassazione, lamentando un vizio di motivazione. A sua opinione, non ci sarebbero quei gravi motivi, alla luce dell'accadimento dei fatti e delle prove raccolte, da giustificare la rescissione. Inoltre, non si comprenderebbe il filo logico giuridico che ha portato alla decisione, ritenendo che la sua condotta non avrebbe pregiudicato in alcun modo la salute del detenuto. Analizzando la richiesta, la Corte sottolinea che la deduzione di un vizio di motivazione non conferisce al giudice di legittimità il potere di riesaminare il merito della vicenda, bensì la sola facoltà di controllare, sotto il profilo della correttezza giuridica e della coerenza logico formale, le argomentazioni svolte dal giudice di merito.

STRESS DA LAVORO

Importante sentenza della Cassazione avuto riguardo allo stress da lavoro e soprattutto su come eventualmente impostare la conseguente domanda giudiziale. Un autista dipendente di una società, con mansioni di guida di automezzi de-



stinati al trasporto pubblico di persone su tratte urbane ed extraurbane, si vedeva rigettare, in primo e secondo grado, la domanda volta ad ottenere il risarcimento del danno non patrimoniale da stress lavorativo, subito in ragione del mancato riconoscimento delle soste retribuite. Tali soste, come da regolamento n. 3820/85/CEE, sono previste per una durata di almeno 15 minuti tra una corsa e l'altra e, complessivamente per turno giornaliero, di almeno un'ora.

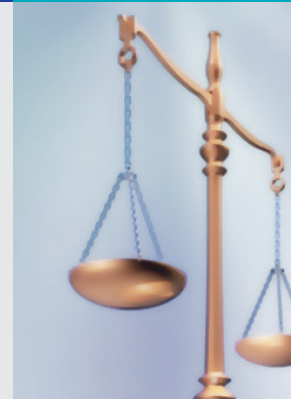
A prescindere la circostanza che la sentenza riguardi il caso di un autista il principio che emerge è il lavoratore che deve dimostrare di aver subito un danno da stress. La Corte di Cassazione, a cui ha presentato ricorso il lavoratore, ha chiarito che il danno da stress, derivante dal mancato riconoscimento delle soste obbligatorie nella guida (e/o riposi o riposi compensativi o ancora ferie per quanto concerne gli infermieri), «si iscrive nella categoria unitaria del danno non patrimoniale causato da inadempimento contrattuale e la sua risarcibilità presuppone la sussistenza di un pregiudizio concreto patito dal titolare dell'interesse leso», sul quale grava l'onere della relativa specifica deduzione.

Il riconoscimento del danno non discende automaticamente dalla violazione del dovere datoriale. In altre parole, i Giudici, hanno affermato che, in caso di domanda di risarcimento del danno non patrimoniale da stress lavorativo, subito in ragione del mancato riconoscimento delle soste retribuite per una durata di almeno 15 minuti tra una corsa e quella successiva e, complessivamente per turno giornaliero, di almeno un'ora, «il lavoratore è tenuto ad allegare e provare il tipo di danno specificamente sofferto ed il nesso eziologico con l'inadempimento datoriale, non discendendo automaticamente tale danno dalla violazione del dovere datoriale e richiedendo il danno non patrimoniale una specificazione degli elementi necessari per la sua configurazione». Cosa che, nella fattispecie, non è avvenuta, pertanto il ricorso viene rigettato in toto.

MANSIONI SUPERIORI O MEGLIO LE "FAMIGERATE" POSIZIONI ORGANIZZATIVE

Il Tribunale di Pescara respinge la domanda di

una funzionaria della Camera di Commercio della città abruzzese, volta ad ottenere la disapplicazione del provvedimento di assegnazione a un collega della posizione organizzativa del settore Programmazione e Risorse Finanziarie, con conseguente dichiarazione del proprio diritto all'attribuzione del suddetto incarico e condannando il datore di lavoro alla corresponsione del relativo trattamento economico. La sentenza viene confermata in appello sulla base del fatto che il conferimento di incarichi della tipologia in questione esula dall'ambito degli atti amministrativi autoritativi e rientra tra gli atti negoziali assunti dall'amministrazione con le capacità e i poteri del datore di lavoro privato. La donna ricorre in Cassazione. La ricorrente lamenta che la Corte d'Appello abbia esaminato superficialmente il suo ricorso, non mettendo a fuoco l'illegittimità del comportamento della Camera di Commercio nella gestione della procedura selettiva, che si sarebbe dovuta effettuare attraverso la comparazione dei curricula dei partecipanti in modo non dissimile da una vera e propria procedura concorsuale senza dare adito a valutazioni discrezionali e chiarendo i criteri di selezione adottati. Il ricorso merita accoglimento: le Posizioni Organizzative sono previste dal CCNL del Comparto Regioni e Autonomie Locali (identica cosa per la sanità pubblica) e consistono nell'attribuzione temporanea al personale della categoria D delle funzioni di direzione di unità organizzative, con la correlata assunzione di un grado elevato di responsabilità di prodotto e di risultato, cui corrisponde un particolare status giuridico ed economico. Il loro conferimento esula dall'ambito degli atti amministrativi autoritativi e rientra tra gli atti negoziali assunti dalla amministrazione con le capacità e i poteri del datore di lavoro privato. Ne consegue che a tale conferimento vanno applicate le regole in materia di limiti interni dei poteri attribuiti al datore di lavoro pubblico dalle norme di diritto privato. Si tratta di previsioni relative all'esercizio del potere discrezionale, suscettibili di essere integrate e precisate dalle clausole generali di correttezza e buona fede, di cui agli artt. 1175 e 1375 c.c. In particolare, con riferimento alle procedure di selezione per promozione del personale, il dato-



re di lavoro (anche pubblico) che abbia vincolato la propria discrezionalità, per propria autonoma iniziativa o pattiziamente, stabilendo delle regole da applicare per la disposta selezione, deve attenersi a tali regole, in applicazione dei principi di correttezza e buona fede. «La Corte territoriale si è discostata da tali principi ove – dopo aver riferito che la Camera di Commercio nell’esercizio dei poteri discrezionali aveva bandito la selezione per il conferimento della PO (...) attraverso la comparazione dei curricula dei partecipanti – ha poi considerato corretta la successiva scelta dell’amministrazione di circoscrivere il periodo di valutazione alla sola esperienza maturata nell’ultimo triennio di attività», non chiedendosi affatto se la modifica dei criteri prefissati per la verifica delle professionalità potesse configurare ipotesi di violazione dei principi di correttezza e buona fede. Per tali ragioni il ricorso è stato accolto e la sentenza impugnata va cassata con rinvio alla Corte d’Appello di Roma. Per cui la discrezionalità del datore di lavoro nel conferire alcuni incarichi trova nei limiti sia nei contratti collettivi sia nei contratti aziendali ed o meglio le clausole non possono essere modificate o interpretate a “convenienza”. Nel caso di specie, a detta del sottoscritto, vi erano tutti gli estremi anche per una denuncia penale nei confronti dei dirigenti

LICENZIAMENTO ILLEGITTIMO

Sono i principi enunciati dalla Corte di Cassazione nella sentenza 4130, depositata il 21 febbraio 2014. Il licenziamento. Una dipendente conveniva in giudizio la società per cui lavorava e quella che ne aveva in seguito affittato l’azienda, per ottenere una dichiarazione di illegittimità del licenziamento e il reintegro sul posto di lavoro. Mentre la sentenza di primo grado condannava la società cessionaria alla reintegra della lavoratrice, la Corte d’appello rigettava la richiesta. I giudici rilevavano la formazione del giudicato nei confronti della società cedente e reputavano l’art. 2112 c.c., relativo al mantenimento dei diritti dei lavoratori in caso di trasferimento d’azienda, inapplicabile nei casi di rapporti di lavoro cessati prima del perfezionamento del trasferimento stesso. Non era, di conseguenza, configurabile la prose-

cuzione del rapporto di lavoro con la cessionaria. Una reintegra da subire. La donna ricorreva in Cassazione, deducendo la violazione dell’art. 2112 c.c., motivata sull’accertamento dell’illegittimità del licenziamento e sull’applicabilità della tutela reale, divenuto cosa giudicata nei confronti del cedente. La Corte di legittimità ricordava un principio costante della giurisprudenza, secondo cui, in tema di trasferimento d’azienda, l’effetto estintivo del licenziamento illegittimo intimato in epoca anteriore al trasferimento medesimo è precario e destinato ad essere travolto dalla sentenza d’annullamento. Perciò, il rapporto di lavoro, ripristinato tra le parti originarie, si trasferisce, ai sensi dell’art. 2112 c.c., in capo al cessionario. C’è già un giudicato ... La lavoratrice contestava poi le domande svolte, nel controricorso, dalla società cessionaria (riguardo alla mancata prova della cessazione del rapporto di lavoro ed alla inapplicabilità della tutela reale al cedente), sul presupposto che le questioni riguardavano il rapporto con il solo cedente. Mancherebbe, quindi, la legittimazione ad agire del cessionario a dedurre in ordine al rapporto di lavoro, potendo questo difendersi solo sull’estensibilità degli effetti relativi nei suoi confronti ex art. 2112 c.c.. Inoltre, si sarebbe già formato il giudicato sul rapporto di lavoro, con conseguente incontrovertibilità di altre questioni al riguardo. ... ma non per il nuovo datore di lavoro. Per i giudici di legittimità, la facoltà di sollevare eccezioni relative al rapporto di lavoro cessato prima del trasferimento d’azienda non può ritenersi preclusa al cessionario, a causa dell’esistenza di un giudicato nei confronti del solo cedente. Infatti, da una parte, il lavoro continua con il cessionario, che è parte del rapporto e può, quindi, dedurre su ogni aspetto di esso, dall’altra, l’accertamento della responsabilità del cedente e del cessionario comporta delle obbligazioni scindibili. Non è quindi configurabile un’efficacia diretta nei confronti del cessionario del giudicato formatosi tra lavoratore e cedente. La Corte di Cassazione, quindi, cassava la sentenza e la rinviava alla Corte d’appello, intimandole di attenersi al seguente principio di diritto: il rapporto del lavoratore, illegittimamente licenziato prima di un trasferimento di azienda, con-



tinua con il cessionario in caso di successiva ricostituzione, essendo irrilevante l'antioriorità del recesso rispetto al trasferimento. Il cedente ha però la possibilità di opporre eccezioni relative al rapporto di lavoro, a prescindere dalle difese del cedente e dalla formazione di un giudicato nei confronti di quest'ultimo.

ANCORA SUL MOBBING E SUL DEMANSIONAMENTO

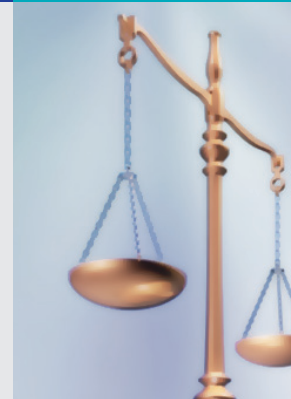
In caso di mobbing, l'accertamento del danno alla salute del dipendente non comporta necessariamente anche il riconoscimento del danno alla professionalità. Così ha deciso la Corte di Cassazione, sezione lavoro, nella sentenza 8 gennaio 2014, n. 172. Nello specifico, un'impiegata del comune di Roma aveva proposto ricorso in Cassazione per ottenere la liquidazione oltre che del danno alla salute (quantificato in 16.000,00), del danno alla professionalità. In particolare, deduceva che l'acclarato comportamento mobbizzante del Comune di Roma, caratterizzato da discriminazione e da persecuzione psicologica, le aveva necessariamente procurato mortificazione morale ed emarginazione professionale, per cui il danno alla professionalità doveva ritenersi presunto.

Tuttavia, sulla scorta di un consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità in materia, la Suprema Corte ha affermato che, in caso di accertato demansionamento professionale, la liquidazione del danno alla professionalità del lavoratore non può prescindere dalla prova del danno stesso. In sostanza, il danno alla professionalità non può ritenersi in re ipsa, nel semplice demansionamento, essendo invece onere del dipendente provare tale danno, quale ad esempio un ostacolo alla progressione di carriera (che nella fattispecie la ricorrente non ha nemmeno dedotto). Ed, invero, "non sussiste alcuna logica contraddittorietà" osserva la Corte "nel riconoscimento del danno biologico e nel rigetto della domanda relativa al danno alla professionalità" in quanto le due voci di danno hanno presupposti completamente diversi, essendo la prima relativa al fisico del lavoratore, mentre la seconda alla sua professionalità, ovvero all'aspetto della sua prestazione e capacità lavorativa.

Pertanto, conclude la Suprema Corte, non è censurabile la sentenza d'appello che ha riconosciuto un tipo danno e ne ha disconosciuto un altro.

CURE PALIATIVE

Nei casi in cui sussista pericolo di vita o di aggravamento della patologia o di non adeguata guarigione, gli organi sanitari pubblici sono tenuti, senza possibilità di valutazione discrezionale, a provvedere alla somministrazione di medicinali aventi come contenuto sostanze stupefacenti. E' quanto emerge dall'ordinanza 30 luglio 2013 della Sezione Lavoro del Tribunale di Novara. Il caso vedeva una donna, adire il Tribunale per chiedere di ordinare all'ente preposto la possibilità di renderle disponibile un farmaco a contenuto di cannabinoidi, per alleviare la sofferenza derivatale a seguito di un intervento chirurgico, senza sostenere alcuna spesa. La richiesta era stata originariamente rifiutata dalla ASL resistente in giudizio, secondo la quale, indubbiamente il diritto alla salute pone a carico dello Stato il dovere di garantire a tutti i cittadini il diritto di accedere liberamente alle cure, ma ciò comporta anche uno specifico ordine di protezione che assume rilievo ogni volta che la salute dell'individuo sia pregiudicata o messa in pericolo da libere iniziative del medesimo. La norma di riferimento è, ovviamente, costituita dall'art. 32 Cost., che tutela la salute quale fondamentale diritto dell'individuo, il quale comprende anche il diritto di assistenza sanitaria e farmaceutica. Qualora la tutela della salute abbia il carattere di immediatezza ed urgenza, si deve escludere ogni possibilità di valutazione discrezionale da parte degli organi preposti alla distribuzione e somministrazione di farmaci, in quanto il diritto fondamentale della salute si impone nella sua assolutezza, senza limiti e condizionamenti. La tutela della salute implica di intervenire non solo quando le cure siano finalizzate a debellare la malattia o ad arrestarne il decorso, ma anche qualora dette cure, come nel caso delle c.d. cure palliative, siano dirette ad alleviare un pregiudizio fisico o esistenziale del paziente, senza incidere sul decorso della patologia. Nel caso di specie, trattandosi di medicinale cannabinoide, trova



applicazione l'art. 5 del DM 11.2.1997, il quale stabilisce che l'onere della spesa per l'acquisto di tali medicinali non deve essere imputato a fondi pubblici tranne il caso in cui l'acquisto medesimo venga richiesto da una struttura ospedaliera per l'impiego in ambito ospedaliero.

USO DEL COMPUTER IN ORARIO DI LAVORO

Nonostante gli organi di stampa siano da anni pieni di notizie del genere si trovano ancora dipendenti che invece di prestare la propria attività lavorativa non hanno nulla di meglio da fare che "giocare con il computer aziendale". Passare intere giornate lavorative a giocare con il computer aziendale in dotazione anziché eseguire diligentemente la propria prestazione lavorativa può costare al lavoratore dipendente il licenziamento per giustificato motivo soggettivo. E' quello che si legge tra le righe della sentenza 7 novembre 2013, n. 25069 che la Sezione Lavoro della Corte di Cassazione ha emesso in accoglimento delle ragioni di una società che aveva irrogato il licenziamento ad un suo dipendente sorpreso a giocare per ore in ufficio ma che si era vista respingere le proprie doglianze in grado d'appello, ove la Corte territoriale competente aveva dichiarato nullo il licenziamento perché fondato su una contestazione del tutto generica e tale da non consentire al lavoratore una puntuale difesa. Di contraria opinione la Suprema Corte. L'addebito mosso al lavoratore, supportato peraltro da un accertamento tecnico contenente l'indicazione del numero delle partite da egli giocate con il computer aziendale, non può essere ritenuto logicamente generico per il solo fatto che in esso il datore di lavoro abbia ommesso la precisa indicazione delle singole partite disputate, ma soprattutto quest'ultima indicazione non può essere considerata essenziale ai fini dell'approntamento di una puntuale difesa da parte del lavoratore giacché la generica contestazione di utilizzare in continuazione, e non in episodi specifici isolati, il computer aziendale è per sé sola sufficiente a consentire la formulazione di un'accurata difesa. Per questa ragione il Supremo Giudice del Lavoro ha cassato la sentenza impugnata e rinviato alla

Corte d'appello territorialmente competente in diversa composizione affinché provveda ad una diversa decisione "non considerando generica la lettera di contestazione da cui poi è conseguito il licenziamento per cui è causa ...". La Corte d'Appello, in altra composizione, dovrà, in soldoni, tener conto del principio enunciato dalla Cassazione – ed ossia che la contestazione non fosse generica- e su questo pronunciarsi. Le soluzioni a riguardo possono essere due. Nel primo caso considerare legittimo il licenziamento per la gravità della condotta ed il venuto meno vincolo fiduciario tra datore e lavoratore o nel secondo caso considerare sproporzionato la sanzione del licenziamento a fronte della condotta tenuta dal lavoratore. Propendo per la seconda ipotesi anche a fronte della sentenza che di seguito commento. La Corte di Cassazione ha avuto modo di pronunciarsi in via definitiva su di una articolata questione inerente il licenziamento di un lavoratore il quale, secondo la tesi del datore di lavoro, avrebbe installato e utilizzato il programma eMule sul computer aziendale, così mettendo a repentaglio la sicurezza dei documenti lì conservati e violando specifiche disposizioni aziendali. Invero, sono state le pronunce dei giudici di merito ad aver affrontato, in modo diretto, la questione della legittimità del licenziamento. In altri termini, è stato nel corso del giudizio conseguente all'impugnazione del licenziamento che il giudicante è giunto ad accogliere l'impugnazione statuendo l'illegittimità dello stesso. Nel giudizio innanzi alla Corte di Cassazione – come peraltro imposto dal codice di rito - il datore di lavoro ha sollevato censure nei confronti della pronuncia del giudice di merito che, a ben vedere, miravano a destituire di fondamento il percorso logico seguito dal quest'ultimo, senza poter entrare direttamente nel merito della vicenda fattuale. In ogni caso, è utile evidenziare che, in punto di fatto, il datore di lavoro aveva disposto il licenziamento ponendo a carico del lavoratore due addebiti principali: l'aver installato (e utilizzato) il programma eMule e l'aver negato (a fronte di un primo addebito) di aver posto in essere tale condotta. In sostanza – e su ciò il giudice di merito hanno fondato parte della propria decisione - ciò che veniva contestato al lavoratore non



era tanto l'aver installato il predetto software, quanto invece il negare di averlo effettivamente fatto. Ora, a fronte di una tale motivazione posta alla base del licenziamento, il giudice di merito aveva evidenziato, in primo luogo, che negare le contestazioni mosse a proprio carico non può in alcun modo essere fonte di ulteriore addebito. Per cui, già da tale argomentazione la posizione del datore di lavoro veniva fortemente ad essere indebolita.

Oltre a ciò, nelle fasi di merito del giudizio era stato valutato che il licenziamento fosse del tutto sproporzionato rispetto al fatto dell'aver installato il programma in questione: questo perché il CCNL applicabile prevedeva esattamente l'ipotesi di utilizzo improprio delle strumentazioni aziendali senza tuttavia ricondurre ad essa, quale corrispondente sanzione, il licenziamento; inoltre, anche la regolamentazione interna aziendale, pur vietando in linea di principio l'installazione e l'uso di programmi non espressamente autorizzati, non prevedeva la misura del licenziamento per l'ipotesi dell'eventuale violazione della stessa; oltre a ciò era stato poi valutato che dalla condotta del lavoratore non era emerso alcun danno per il datore e che il lavoratore, nel passato, era incorso in un unico episodio di addebito disciplinare.

Come anticipato, il giudizio di legittimità si è svolto in modo tale da affrontare solo indirettamente il tema della rilevanza della violazione posta in essere dal lavoratore. In particolare, a fronte della censura mossa dal datore di lavoro ricorrente secondo cui il giudice di merito avrebbe mal applicato le disposizioni di cui agli artt. 2119 e 1362 c.c. (recesso per giusta causa e interpretazione dei contratti), la Corte ha invece ribadito come la decisione dei giudici di merito fosse corretta. In tal senso, il giudicante ha innanzitutto evidenziato come le disposizioni normative che impongono la proporzionalità fra infrazione disciplinare e sanzione hanno contenuto "elastico" e che, di conseguenza, il giudice è chiamato a fornire una interpretazione della disposizione normativa in modo da adeguarne i contenuti al contesto storico-sociale attuale: da ciò la riconduzione di un tale procedimento del giudice di merito ad un momento di interpreta-

zione giuridica e non, invece, a quello di valutazione dei fatti. Cosa, quest'ultima, che avrebbe reso insindacabile da parte della Cassazione la valutazione del giudice di merito.

Invece, poiché la valutazione della corrispondenza fra infrazione e sanzione integra un'operazione di interpretazione giuridica, essa risulta sottoposta al vaglio della Corte. Detto ciò, la Corte ha però confermato che l'interpretazione fornita dal giudice di merito sia del tutto condivisibile, in quanto la condotta del lavoratore, inquadrata nel coterio del vigente CCNL applicabile (che non riconduceva ad essa il licenziamento) e dell'assenza di un pregiudizio effettivo per il datore di lavoro (oltre all'ulteriore circostanza che il lavoratore in questione, nel corso dei quindici anni di servizio, era incorso in un'unica violazione disciplinare), è stata ritenuta tale da non far assumere al licenziamento disposto il carattere della proporzionalità rispetto all'addebito.

FACEBOOK DURANTE L'ORARIO DI LAVORO

Il dipendente che usa facebook durante l'orario di lavoro può essere il destinatario legittimo di provvedimento disciplinare. Tanto sia nel settore pubblico sia privato. Addirittura, il comportamento ripetuto nel tempo può rappresentare motivo di licenziamento. Infatti si può arrivare fino al licenziamento se la connessione è ripetuta e implica un calo nel rendimento e nella prestazione lavorativa complessiva. Da un punto di vista giuridico (normative) non esiste un limite quantitativo che implica la perdita del posto di lavoro o l'accensione di un provvedimento disciplinare. Tuttavia si può andare da licenziamenti leciti irrogati per accessi ripetuti di oltre due ore al giorno, fino a collegamenti di mezz'ora al giorno, se monitorati per un lungo periodo. A Forlì quest'anno alcuni dipendenti pubblici sono stati giudicati per aver usato facebook durante l'orario di lavoro. oggetto di tutela e motivo sanzionatorio è il buon andamento della pubblica amministrazione, che può essere compromesso anche da un uso privato degli strumenti informatici a disposizione (v. Cassazione penale sez.VI, 15 aprile 2008, n. 20326). I lavoratori sono avvertiti.



FAST TRACK

Un protocollo di qualità per l'utenza

Francesco
MARINELLI



A partire dagli anni 80 il S.S.N. ha cominciato a subire dei profondi e notevoli cambiamenti che hanno portato ad una riforma del sistema sanitario che non sempre ha risposto ai bisogni dell'utenza che diventavano sempre maggiori in quanto c'era e c'è ancora oggi la necessità di dare una risposta ai bisogni e alle cure che l'utenza chiede. Situazioni che hanno comportato un aumento considerevole degli accessi al Pronto Soccorso e di conseguenza hanno portato a studiare e ad attuare dei protocolli condivisi che vengono attuati ormai nella maggior parte degli ospedali principali italiani a partire dagli anni '90. Un miglioramento della qualità dell'assistenza verso l'utenza è l'attuazione e l'applicazione del fast track (percorso veloce). Il termine vuol indicare la possibilità data all'utente di accedere a visite specialistiche senza dover attendere la visita del medico di Pronto Soccorso, è un modello di risposta dal punto di vista dell'assistenza alle urgenze minori che si presentano in PS. I pazienti che usufruiscono di questo protocollo sono coloro che presentano patologie minori monospecialistiche. I motivi di questa scelta permettono al Pronto Soccorso di occuparsi di pazienti con patologie maggiori; snellire quella che è l'attività di PS; limita-

re notevolmente quello che è il conflitto che si instaura tra paziente e infermiere al triage e aumenta le competenze infermieristiche favorendo l'autonomia professionale. Il fast track viene attuato quando in ospedale c'è la presenza dello specialista sia in giornate feriali sia in quelle festive ed in particolare:

Ambulatorio oculistico: Possono essere inviati pazienti che presentino patologia acuta e/o subacuta di tipo flogistico-irritativo, patologia traumatica minore (corpi estranei di piccole dimensioni, lesioni chimiche di lieve entità), emorragia sottocongiuntivale con normale PA, non uso di anticoagulanti, non coagulopatie conosciute, non evidenza cutanea di petecchie - ematomi;

Ambulatorio ORL: Età superiore ad un anno, Otalgia e/o ipoacusia in assenza di sintomi associati quali cefalea, vertigini, nausea o vomito, Epistassi recente ma non in atto con normale PA, non uso di anticoagulanti, non coagulopatie conosciute, non evidenza cutanea di petecchie - ematomi;

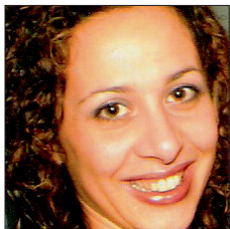
Ambulatorio ostetricia e ginecologia: stato di gravidanza, di qualsiasi epoca gestazionale, purchè con problemi di pertinenza, pazienti non gravide che presentino: sanguinamento vaginale di modesta entità acuto e/o subacuto; leucorrea, prurito vaginale, sospetta ritenzione di CE in vagina, puerpera in allattamento con dolore mammario non traumatico, pillola del giorno dopo;

Ambulatorio pediatrico: Febbre come unico sintomo o associata a faringodinia o tosse senza anamnesi per convulsioni febbrili. Riferita presenza di muco nelle prime vie aeree, pianto inconsolabile, ecc.



TORNA LA PAURA TUBERCOLOSI

Angelica
MISINO



Chi pensava che la tbc fosse addirittura scomparsa dalla moderna società occidentale, deve ricredersi. Per non parlare di altre malattie che nel loro nome racchiudono il sapore

di epoche lontane quando norme igieniche e conoscenze sanitarie erano molto più carenti che nei giorni nostri: si scopre che in verità non sono mai sparite del tutto dalla

scena. Montecatini, 30 gennaio 2014, - Dodici studenti dell'istituto Alberghiero di Montecatini sono risultati positivi

al test Mantoux. Mirano, 30 gennaio 2014, massima allerta al liceo Majorana-Corner di Mirano, una studentessa sarebbe malata di tubercolosi. Roma, gennaio 2012, vengono ricoverati nello stesso reparto di terapia intensiva pediatrica una paziente affetta da tubercolosi e due bambini con patologie minori. Uno dei due e la mamma dell'altro risultano positivi al test della tubercolosi. Poco dopo si scoprì che anche un'infermiera era rimasta contagiata. A carico del direttore generale c'è la violazione degli obblighi di informazione e formazione del

personale sanitario. Chi lavora in corsia è tenuto a sapere quali siano i parametri igienici ai quali attenersi.

Barletta, 18 maggio 2013, - Nuovo caso di tubercolosi nelle scuole pugliesi. Una insegnante della scuola elementare 'Sergio Cosmai', di Bisceglie, in provincia di Barletta-Andria-Trani, e' risultata positiva al test determinando la preoccupazione tra i genitori dei piccoli alunni. Bari, 25 agosto 2013, - Un uomo è morto di tubercolosi al Policlinico di Bari. La tbc è una malattia contagiosa causata dal batterio *Mycobacterium Tuberculosis*, un batterio che agisce in maniera lenta, silenziosa e progressiva. La diagnosi di tbc non è fine a se stessa. La chemioprolifassi consente di ridurre del 50-90% la possibilità di sviluppare la malattia, interrompendo la catena del contagio. L'impegno è e resta quello di mantenere alta l'attenzione nei confronti di una patologia tutt'altro che scomparsa, che sarà sconfitta con la prevenzione, l'impegno e l'informazione. Le cifre parlano chiaro, il problema esiste. Le immigrazioni favoriscono la diffusione della tbc, e nel caso di una epidemia il vaccino potrebbe rivelarsi inutile per gran parte della popolazione. E' bene non abbassare la guardia. Si celebra tutti gli anni, il 24 marzo la Giornata Mondiale per la lotta alla tbc, per non dimenticare che, sebbene sia una malattia curabile, ogni giorno nel mondo muoiono 4700 persone. In Italia, la tbc, nonostante venga ritenuta una malattia lontana, quasi dimenticata, ha registrato, negli ultimi anni, un incremento tra i più giovani e soprattutto tra i bambini.

“La tbc è una malattia contagiosa che agisce in maniera lenta, silenziosa e progressiva”



LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

Locantore
ALTMARE



La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. È utile che ogni organizzazione fornisca le informazioni necessarie per accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari in merito alle problematiche legate alla sicurezza dei pazienti e tradurre tali acquisizioni nella quotidiana pratica professionale. Punto preliminare, per un sereno approccio al problema, è pertanto, quello relativo al principio secondo cui la gestione dell'errore è un'attività professionale in senso stretto, e che l'errore dichiarato può essere incentivo al miglioramento dell'attività professionale, ricollegandosi ad un concetto di governo clinico come impulso a migliorare l'organizzazione anche attraverso l'utilizzazione di più idonee procedure professionali. La promozione della sicurezza rappresenta un

diritto dei cittadini ed un dovere dei professionisti quale elemento qualificante delle prestazioni erogate. La richiesta di prestazioni assistenziali di qualità e personalizzate è sempre più in aumento. Si accresce pertanto anche il livello di competenza e responsabilità dei differenti operatori sanitari nei confronti della persona assistita. I tempi esigono professionisti preparati, capaci di confrontarsi in équipe multidisciplinari e che sappiano dare garanzie sulle proprie azioni, in quanto consapevoli delle conseguenze che possono derivare dalle loro decisioni e dal modo di condurre gli interventi. La gestione del rischio clinico mira alla sicurezza dei pazienti e vuole aiutare gli operatori sanitari di ogni tipo ad utilizzare un approccio sistematico e concettuale per l'adozione, nella prassi quotidiana, di prestazioni infermieristiche più sicure e per tradurre operativamente metodi e strumenti di identificazione e prevenzione dei rischi, e per la segnalazione e la gestione degli eventi avversi. Vanno pertanto progettati specifici modelli di controllo del rischio clinico, con l'obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze. Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il sistema di gestione del rischio clinico. In ambito sanitario sono molteplici i fattori che concorrono a definirlo tra i quali ci sono i fattori strutturali, i fattori tecnologici, i fat-

»»



tori organizzativo – gestionali, le condizioni di lavoro, i fattori umani (individuali e del team) ed infine le caratteristiche dell'utenza. Gli obiettivi per l'analisi e la gestione del rischio hanno il fine di:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei near miss;
- sperimentare a livello aziendale metodi, e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e l'elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio;
- monitorare periodicamente e garantire un feedback informativo;
- avviare la costituzione di un network

per la realizzazione di un database per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti;

- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare il livello di sicurezza.

Tuttavia è necessario che ciascuna struttura predisponga un piano per la promozione della sicurezza, che sia parte integrante del piano complessivo aziendale di gestione del rischio clinico e che ogni operatore possieda un'adeguata cultura della sicurezza. Importante, dunque, è l'attività di formazione degli operatori, che non sarà finalizzata soltanto a capire ed individuare il "perché" gestire la sicurezza degli interventi sanitari, ma dovrà puntare anche a soddisfare la domanda del "come" gestire. Dalla consapevolezza dell'impossibilità di eliminare del tutto gli errori emerge la necessità di individuare strategie per ridurli.

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARLETTA-ANDRIA-TRANI

20

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2013
- 3) Bilancio di previsione 2014

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI BAT sita in Via Margherita di Borbogna, 74 Trani in prima convocazione alle ore 17,30 del 28/04/2014 ed in seconda convocazione presso la Sala Parrocchiale Chiesa San Michele di Minervino Murge sita in Piazza Gramsci, 1 alle ore 19,00 del 30/04/2014. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Giuseppe Chiodo*

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

IL SOTTOSCRITTO _____

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

_____ DELEGA L'ISCRITTO _____

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2014

DATA _____

FIRMA _____



L'INFERMIERE DECISORE NELLA CONTENZIONE FISICA

Valeria
LISO



La contenzione fisica, nella realtà sanitaria, rappresenta, ancora oggi, un evento possibile, soprattutto in ambito psichiatrico, indice di una circostanza complessa, che pone spesso in discussione

il ruolo e la responsabilità infermieristica. L'agire professionale degli infermieri deve sempre tenere in considerazione la centralità dell'interesse della persona assistita, valutando così la contenzione una situazione di confronto diretto con il paziente, attuata come estrema soluzione per superare la situazione di crisi, rispettando la sua persona, i suoi diritti e bisogni espressi con un linguaggio articolato. Il termine "contenzione" è associato alla psichiatria e rievoca la contenzione fisica. Un'immagine mentale inappropriata, poiché la contenzione è diffusa anche in altri ambiti, quale la geriatria, e sotto diverse forme. Infatti, oltre alla contenzione fisica, esistono anche altri tipi quali:

- la contenzione chimico-farmacologica, ossia l'utilizzo di farmaci che agiscono sui comportamenti e sull'aggressività in generale;
- la contenzione ambientale, che consiste nella limitazione degli spostamenti di una persona o nel controllo dei suoi movimenti;
- la contenzione psicologica, un incontro umano che vede protagonisti il professionista sanitario con l'ascolto empatico e la persona assistita, finalizzato a ridurre l'aggressività di quest'ultimo e a rassicurarlo.

Qual è la posizione dell'infermiere nei confronti della contenzione fisica?

L'infermiere, con la legge n. 42/1999, raggiunge la piena autonomia professionale abolendo definitivamente l'impropria definizione di "professione sanitaria ausiliaria" e acquisendo un ampio campo di competenze e responsabilità. Autonomia e responsabilità sono due principi cardine anche durante l'applicazione delle procedure di contenzione: infatti, l'infermiere non è più considerato semplice esecutore delle prescrizioni. Anzi, è considerato co-prescrittore-decisore di tutte le fasi che caratterizzano la contenzione, dalla sua attuazione alla risoluzione. Un concetto che nella sanità odierna riscontra ampio spazio, poiché negli ultimi anni si assiste sempre più a strutture sanitarie a prevalente guida infermieristica in cui la presenza del medico non è costante. Utile far riferimento, a tal proposito, al Codice Deontologico Infermieristico, approvato dalla Federazione Nazionale IPA-SVI 2009, citando l'art. 30, il quale recita: "l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario sostenuto da prescrizione medica o da documentata valutazione assistenziale". Tale articolo, oltre la straordinarietà dell'evento e la presenza di prescrizione medica, ammette anche la possibilità che essa possa

»»



essere sostenuta in alternativa da una documentazione assistenziale valida. Importante porre attenzione al riferimento alla sola contenzione fisica e non più alla contenzione farmacologica, come affermava il precedente art. 4.10 del codice deontologico del 1999. Una variazione rilevante, perché l'uso di farmaci richiede inevitabilmente la prescrizione medica. Una pratica, dunque, giustificata dal solo interesse terapeutico e non "come surrogato di assistenza o come pratica custodialistica", idea diffusa nei vecchi "manicomi" e all'interno del quale era attuata solo con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico di struttura. Un cambiamento radicale verificatosi prima con la Legge 180/1978, recepita in seguito dalla Legge 833/1978, che modifica anche il ruolo dell'infermiere: una figura, nel campo della salute mentale, non più considerata custode materiale, bensì promotore della salute. In un contesto così complicato emerge l'incredibile "caso Mastrogiovanni" che ha coinvolto l'Italia meridionale nel 2009: il detto caso Mastrogiovanni è un caso segnato dal decesso di Franco Mastrogiovanni ricoverato presso l'Spdc del presidio ospedaliero Vallo della Lucania in regime di TSO. Il decesso è legato a diverse cause: conten-

zione fisica senza soluzione di continuità avvenuta per 83 ore in assenza di alcuna manifestazione di violenza da parte dell'assistito e in condizioni di illegittimità, insufficiente nutrizione e introduzione di liquidi, prolungato blocco dei muscoli respiratori, stato di agitazione e sofferenza indotto dalla contenzione e uso di farmaci antipsicotici. Dall'analisi dell'intera vicenda, ricostruita dettagliatamente nella sentenza del tribunale di Vallo della Lucania in n. 189 pagine, emerge l'arretratezza organizzativa, gestionale e professionale degli infermieri. Una condizione inaccettabile che comporta la mancata protezione dell'uomo e dei suoi diritti, in particolare il suo diritto alla libertà, alla salute e alla vita, diritti tutti costituzionalmente garantiti. L'infermiere di oggi, dunque, per dare validità e sostegno all'autonomia e alla responsabilità conquistata, per garantire un'assistenza completa e di qualità e, infine, per dare supporto al ruolo che ricopre, dovrebbe incrementare sempre più le proprie conoscenze e competenze. Tutto questo per divenire punto di forza della persona assistita.



DEDICATO A DONATO D'ANGELLA

La nostra Vita - incrocio di uomini, storie, destini - si meraviglia ogni giorno di come si possa imparare più dall'indifesa semplicità di una persona che dalla complessità dell'Universo. La Vita di noi tutti non è mai pura e solitaria sopravvivenza in quanto è legata indissolubilmente alla Vita di altre persone, all'incontro con altri vissuti che la rendono indiscutibilmente degna di essere percorsa, meritevole di essere attraversata, con tutti gli stati d'animo che scegliamo, con le modalità che preferiamo, con le difficoltà che incontriamo... ma fino in fondo, con impeto e allo stesso modo con delicatezza, in quanto Unica ed Irripetibile. E siamo, altresì, tutti consapevoli che la Vita stessa è un libro che pur meraviglioso ha un epilogo certo ma malinconico e che genera smarrimento soprattutto quando a lasciarci è una persona cara, un familiare, un amico, un operoso collega come Donato. Ma il nostro sconcerto per la perdita di un fraterno collega e il disorientamento per la sua prematura scomparsa, deve necessariamente trasformarsi, affinché non sia solo mera sofferenza, in qualcosa di concreto perché Donato era una persona concreta, legata al suo lavoro vissuto sempre con estrema dignità sia in salute che durante la malattia. Lo ricordiamo tutti, seduto alla sua scrivania sino a pochi giorni prima della scomparsa, sempre operativo e concentrato. E' innegabile, ci sono persone che lasciano dietro di sé un respiro forte e deciso, fatto di poche parole ma tangibile in quanto costruito su Valori assoluti: lealtà, onestà, rispetto, responsabilità, coerenza, laboriosità.

Donato era una persona seria e quel respiro che lascia dietro di sé, il suo ricordo, noi tutti lo possiamo, lo vogliamo trasformare in qualcosa di positivo e consistente, un vento dal quale lasciarci ogni giorno accarezzare, un vento che ci possa fortificare e rinnovare.

Ciao Donato e Grazie.

I COLLEGHI DEL GRUPPO OPERATORIO DI BARLETTA



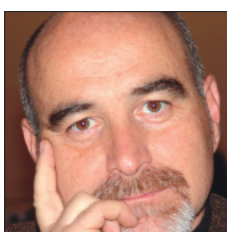
IL DIS-ACCORDO PROSPERA!

Ampliare competenze e responsabilità professionali:
un lusso o una necessità?

Elena
GUGLIELMI



Giuseppe
MARANGELLI



torevoli autori, di competenze e proviamo a individuare un lessico da condividere, comprenderemmo meglio il contesto del ragionamento con le sue diverse sfaccettature. Secondo Spencer (1995) la competenza “è come un iceberg e costituisce una caratteristica intrinseca di un individuo casualmente collegata a una performance eccellente in una mansione”. La competenza si compone di motivazioni, tratti, immagine di sé, ruoli sociali, conoscenze e abilità. Per David Olson (1979) la competenza è “skill in a medium” cioè abilità in un contesto. Mentre per M. Pellerey (2001) la competenza “rappresenta la capacità di far fronte a un compito, o a un insieme di compiti, riuscendo a mettere in moto e a orchestrare le proprie risorse

Il significato lessicale della parola “competenza”, dal latino *competentia* – *cum-petere* (chiedere - dirigersi a ...), s’intende la piena capacità di orientarsi in determinati campi. Evoca il verbo italiano “*competere*” ossia far fronte a una situazione sfidante. Se proviamo a soffermarci sulle diverse definizioni, di au-

se interne, cognitive, affettive e volitive, e a utilizzare quelle esterne disponibili in modo coerente e fecondo”. Le competenze sono strategie contestualizzate finalizzate alla risoluzione di problemi complessi. Hanno per elementi costitutivi: un insieme strutturato di conoscenze e abilità; la finalizzazione al raggiungimento di uno scopo; un contesto in cui tale insieme è applicato. La competenza “è simile a una rete, non un albero” (Rossi, Wassermann, 2003). Comunemente, per “competenza” s’intende l’abilità e l’esperienza acquisita in un determinato ambito d’attività. Si tratta di un concetto che, in genere, adoperiamo in relazione a contesti professionali, per indicare la capacità di fornire prestazioni efficaci. Il concetto di competenza è stato perciò legato alla capacità di usare consapevolmente ed efficacemente le conoscenze in rapporto a contesti significativi, che non riguardano solo prestazioni riproduttive, ma anche la soluzione di problemi. Nella competenza è presente sia un aspetto “esterno”, la prestazione adeguata, sia uno “interno”, la padronanza mentale dei processi esecutivi; perciò, una competenza si definisce sia sul piano della performance osservabile, sia su quello del flusso delle operazioni cognitive che si compiono. Una competenza implica contemporaneamente un “sapere” e un “saper fare”, perché le conoscenze non devono poter essere usate come strumenti d’azione. Inoltre, la competenza richiede sia la “cognizione” sia la “meta-cognizione”; infatti, una vera competenza non si limita alla padronanza dell’esecuzione, ma comprende una certa rappresentazione della sua strut-

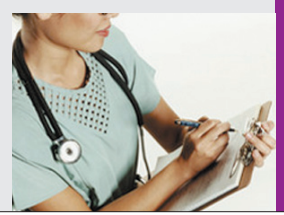


tura e dei suoi criteri, anche se questa non giunge necessariamente alla capacità di descrizione verbale; quest'ultima, la capacità non solo di fare, ma di spiegare come si fa e perché, distingue propriamente l'esperto dal principiante. Questa breve disquisizione lessicale è interessante in quanto consente di far emergere quelli che sono i principali e peculiari aspetti della competenza e cioè: l'aspetto cognitivo, l'aspetto relazionale, l'aspetto progettuale, l'aspetto auto-valutativo. Se prendiamo in considerazione la costante e profonda evoluzione professionale realizzata in questi ultimi decenni dalla professione infermieristica, grazie anche a un'efficace formazione in ambito universitario, è possibile riscontrare come, già da tempo, la stessa è stata capace di incardinare e far proprie tutte quelle "condizioni" utili a far spendere al meglio le conoscenze acquisite, in una situazione operativa e organizzativa sempre più complessa e in continuo divenire. Per questa ragione è indispensabile innovare le risposte ai bisogni di salute che in tale situazione si sviluppano. La nostra professione ha le carte in regola per esercitare le proprie funzioni utilizzando nuovi modelli organizzativi e professionali, orientati, alla multi-professionalità. Il legislatore, al fine di consolidare quanto già in atto nel nostro Paese e comunque in linea con gli altri sistemi sanitari europei, con la promulga di una serie di norme sta tentando di predisporre un concreto sviluppo di competenze e responsabilità da parte delle professioni sanitarie. Da qualche tempo un "tavolo", appositamente costituito dal Ministero della Salute e dalle Regioni, sta lavorando alla ridefinizione dei profili delle professioni sanitarie per individuare quelle maggiormente strategiche per il Servizio Sanitario Nazionale per intervenire in un'ottica di ampliamento delle competenze e della specializzazione delle professioni sanitarie. Detto "tavolo" è partito dalla considerazione che l'aumento dell'età media della popolazione, delle fragilità e delle malattie cronico-degenerative, associata alla costante evoluzione scientifica e tecnologica, richiede

efficaci cambiamenti assistenziali, strutturali, organizzativi e formativi. Quindi, per meglio rispondere ai cangianti bisogni di salute, è necessario rivedere ruoli e competenze dei professionisti che ne sono i principali protagonisti. In questo contesto è peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere. Investire nella professione infermieristica ponendo le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale può consentire, infatti, di creare un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione. È necessario realizzare un sistema flessibile, senza ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera e favorendo meccanismi di valorizzazione professionale capacità di riconoscere il valore e il contributo posto da parte del singolo professionista nel processo assistenziale-organizzativo per il tempo di effettivo e positivo esercizio della competenza. In particolare, la ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e responsabilità professionali degli infermieri riguarderanno, in una prima fase, alcune aree: area delle cure primarie/ servizi territoriali-distrettuali, area intensiva e dell'emergenza-urgenza, area medica, area chirurgica, area neonatologica e pediatrica, area salute mentale e delle dipendenze. In seguito potrebbero essere aggiunte competenze trasversali di: **gestione, formazione, qualità e sicurezza, ricerca applicata e consulenza**. Ad ogni buon conto, la sola ridefinizione delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e la conseguente revisione dei percorsi formativi universitari e non, anche se probabilmente indispensabile, non riuscirà, se non accompagnata da una condivisa volontà di tutti gli attori in campo a determinare le condizioni per lo sviluppo della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie. Per questa ragione sarebbe auspicabile un sano ed efficace dialogo intra e interprofessionale. C'è bisogno di più confronto e meno conflitti!

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Bozza di accordo, ai sensi dell'articolo 4 del D. Lgs. 281/1997, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione, implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico
- www.allnurse.it - www.sanita.ilsole24ore.com - www.comprendivosantagiusta.it



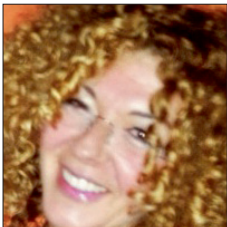
FATTORI DI RISCHIO E INDICAZIONI OPERATIVE

La gestione della violenza nei confronti del personale del settore sanitario

Pasquale Nicola
BIANCO



Elena
CHIEFA*



La presenza di disturbi psichiatrici noti rappresenta un chiaro fattore di rischio (schizofrenia paranoide e non, psicosi maniacale, disturbi della personalità, psicosi depressive). L'abuso di alcool e di alcune sostanze può portare a comportamenti violenti non solo i pazienti psichiatrici ma anche altri. La

coesistenza di disturbi psichiatrici e abusi prende il nome di "dual diagnosis" ed identifica una categoria di pazienti a particolare rischio. Importante, quindi, il prestare particolare attenzione ai pazienti giovani, con precedenti di violenza, con segni di abuso e/o di astinenza da sostanze, con precedenti psichiatrici o accompagnati dalle forze di ordine pubblico (Polizia, Carabinieri, Polizia Municipale, ecc.).

Giova ricordarsi che la violenza, in generale, ha dei "segnali di avvertimento, come ad esempio: rabbia (un paziente "arrabbiato" deve essere sempre considerato "potenzialmente aggressivo"), atteggiamento aggressivo, rifiuto dei regolamenti, incremento dell'attività motoria, aumento del tono di

voce, linguaggio scurrile, violenza contro oggetti e arredamento.

All'incremento degli atti di violenza, concorrono una serie di situazioni, tra cui, in particolar modo, l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti, diffusione dell'abuso di alcool e droga, accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali, lunghe attese nelle zone di emergenza, ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività, presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante le visite, mancanza di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi. È necessario, pertanto, mettere in atto delle azioni specifiche.

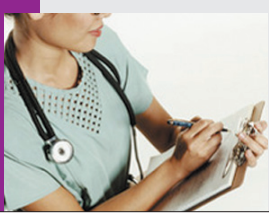
A) Elaborazione di un programma di prevenzione: Diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza (verbale o fisica) a danno degli operatori; facilitare il coordinamento con le Forze dell'ordine (Polizia, Carabinieri, ecc.).

B) Definire ed implementare le misure di prevenzione e controllo.

Misure strutturali e tecnologiche possibili:

- installare un impianto video a circuito chiuso nei luoghi comuni (con registrazione sulle 24 ore);
- disponibilità di stanze dotate dei necessari dispositivi di sicurezza nel caso di pazienti in stato di fermo, sotto effetto di alcol e droga o comportamenti violenti;
- i luoghi di attesa devono essere confortevoli;
- installare sistemi di illuminazione ido





CHE NE PENSATE DELL 'INFERMIERE INGLESE?

Mi chiamo Francesco Camasta, ho 24 anni e mi sono trovato in una situazione di stallo per trovare un lavoro in "Italia". Perché non fate come me? Da un anno a questa parte mi trovo in Inghilterra e, sapete benissimo che, vivere all'estero, è tutt'altra cosa rispetto all'Italia, perché il nostro titolo, nella nazione inglese, viene riconosciuto come livello base, chiamato RN1 o RGN1 (Registered General Nurse 1) di assistenza infermieristica ma comunque non da minimizzare. Penso che una buona parte di voi potrebbe essere intenzionato a lasciar l'Italia. OCCORRE: valigia, prenotazione volo aereo, prenotazione hotel, un saluto alla famiglia, amici e conoscenti e un grande arrivederci. Non vi nascondo che è alquanto triste dover lasciare tutto ciò che ti è stato vicino in questi anni, purtroppo la situazione che si vive in Italia è vergognosa: concorsi che prevedono 3 posti e si presentano migliaia di candidati, concorsi le cui notizie sono rimaste ignote, notizie riguardanti uno sblocco dell'assunzione in enti ospedalieri ma che in realtà non sta accadendo oppure di colleghi vincitori di concorsi, ancora in attesa di essere chiamati. Ho cominciato il mio percorso in una clinica privata come assistente. Ho lavorato solo nel turno notturno e col passare del tempo, migliorando il livello di inglese, ho ottenuto il contratto a tempo indeterminato. Ovviamente il livello di inglese non deve essere eccellente per poter iniziare ma per lo meno basilare "più avanzato" o intermedio. Adesso sto sistemando la documentazione necessaria per l'iscrizione al Collegio Infermieristico Inglese chiamato NMC (Nursing Midwifery Council). Ho lasciato un tempo indeterminato ma ne ho già un altro per le mani come infermiere, non appena tutta la documentazione sarà pronta e riceverò il famigerato PIN che permette di poter regolarmente essere riconosciuto come infermiere inglese. Per qualsiasi informazione contattatemi tramite email nevergiveup89@live.it o su Facebook.

nei e sufficienti, sia all'interno della struttura che all'esterno;

- sostituire e/o riparare le finestre e le serrature rotte;
- potrebbe risultare utile dotare tutti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di videocamere, a circuito chiuso, posizionate negli spazi comuni, nonché di videocitofono all'ingresso e di specifica cartellonistica con osservanza a quanto previsto dalle norme sulla Privacy (in queste situazioni si dovrebbe ritenere la sicurezza un fattore prioritario rispetto alla privacy);
- valutare la necessità di assicurare la disponibilità di metal-detector, fissi o portatili, atti a rilevare la presenza di armi metalliche, solo nei luoghi dove il rischio è elevato;
- gli ambienti devono essere sufficientemente illuminati, ampi, accoglienti ed idonei a minimizzare fattori di disagio.

Misure Organizzative:

- ambienti di lavoro non affollati;
- assenza di rumori molesti, e di interferenze verbali derivanti dall'esterno dell'ambiente;
- ambiente con temperatura adeguata;
- stabilire un coordinamento con le forze di pubblica sicurezza;
- sensibilizzare il personale affinché ven-

gano sempre segnalate le aggressioni o le minacce;

- regolamentare, ove necessario, l'ingresso in alcune aree e/o reparti e/o servizi e/o ambulatori;
- assicurarsi che i pazienti in attesa di una prestazione sanitaria ricevano informazioni chiare sui tempi di attesa. Fornire informazioni regolari su eventuali ritardi;
- nel momento dedicato ad una consulenza sanitaria, ad un esame diagnostico, ad un trasferimento del paziente, con problematiche particolari, in un altro servizio o reparto sarebbe opportuno assicurare la presenza di due figure professionali;
- il personale in servizio, preposto alla cura di pazienti con problematiche particolari, non deve indossare cravatte o collane al fine di prevenire un possibile strangolamento in situazioni particolari e critiche, altresì, deve evitare di portare con se oggetti che potrebbero essere utilizzati per produrre lesioni;
- l'ambiente deve essere privo di arredi o suppellettili che potrebbero essere facilmente utilizzati dall'utente come arma impropria;
- il team deve essere informato, formato e addestrato a gestire situazioni critiche



(es. durante il trasporto del paziente, nella risposta all'emergenza, nelle ore notturne) e a controllare pazienti aggressivi;

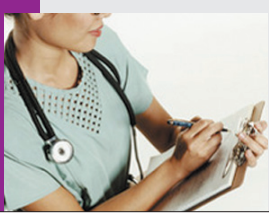
- assicurare sempre, all'atto di una visita, di un esame diagnostico, che siano presenti due figure professionali e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale;
- per il personale a rischio, si ritiene opportuno fornire un cartellino di identificazione recante solo il nome senza cognome;
- per rendere sicura l'assistenza domiciliare da parte degli operatori sanitari, prevedere la presenza di un accompagnatore durante la visita in situazioni di alto rischio e/o comunicare ad un altro operatore i propri spostamenti al fine di conoscerne la localizzazione;

C) Strategie comportamentali da adottare con l'utente "agitato"

- Dotazione organica adeguata.
- Orario di apertura adatto all'utenza.
- Non sottovalutare mai o negare il rischio.
- Evitare di far lavorare i dipendenti in condizioni di isolamento, nel caso che ciò non fosse possibile, mantenere i contatti con loro.
- Migliorare il servizio di accoglienza e di informazione agli utenti.
- Opportuno presentarsi sempre in maniera chiara e comprensibile con nome e qualifica professionale "Buongiorno mi chiamo...".
- Usare un linguaggio semplice e comprensibile con frasi brevi. Parlare lentamente, in maniera chiara e tranquilla.
- Non guardare fisso negli occhi l'utente. Guardare il paziente ma non fissarlo. Dovrebbe essere evitata una posizione frontale in modo tale da non doversi necessariamente guardare troppo direttamente negli occhi. Il paziente potrebbe percepire come una spiacevole sensazione di una intrusione nei suoi pensieri.
- Usare un tono di voce adeguato. Occorre parlare utilizzando un tono di voce sufficientemente, ma non eccessivamente, alto così da essere chiaramente udito.
- Avvicinare ogni paziente lentamente e

da una direzione che non gli causi allarme o sorpresa, fermandosi comunque al di fuori della sua portata.

- Laddove possibile, avvicinarsi frontalmente al paziente piuttosto che da dietro o di lato.
- Cercare di mettere il paziente a proprio agio (es. invitarlo a sedersi o offrirgli qualcosa). Se il paziente non accetta, non va forzato a farlo.
- Prendere posto nella scena in modo sintono. Ciò segnala al paziente interesse da parte dell'interlocutore senza essere un atteggiamento interpretabile come minaccioso.
- Decidere quali informazioni sono necessarie per prendere decisioni. Il tempo a disposizione può, infatti, essere poco, ed un paziente irrequieto e facilmente distraibile può non sopportare di parlare a lungo con gli operatori. È utile una valutazione dei suoi problemi senza allarmarlo o provocarlo. Per quanto possibile è opportuno adeguare le modalità di relazione alle capacità di interazione del paziente piuttosto che a proprie esigenze.
- Mostrare disponibilità all'ascolto, raccogliendo le parole del paziente e riutilizzandole.
- Non raccogliere atteggiamenti di provocazione-sfida, quanto, piuttosto, fornire spiegazioni oggettive e comprensibili riguardo ciò che sta avvenendo, evitando giudizi, sarcasmo, squalifiche.
- Non toccare direttamente il paziente prima di aver spiegato cosa si sta per fare e non invadere il suo spazio.
- Evitare di rimanere da solo con il paziente; qualora il paziente richieda di parlare con uno specifico operatore, accettare facendo in modo che, in caso di emergenza, altri possano comunque intervenire.
- Modulazione della distanza dal paziente, secondo i principi della prossemica (distanza di sicurezza almeno 1,5 mt).
- Rimuovere dal proprio vestiario tutto ciò che può essere utilizzato come arma impropria.
- Assumere un atteggiamento tranquillo ma determinato (mai un atteggiamento di sfida).
- Sottrarre il paziente aggressivo dal con- >>



tatto con altri pazienti.

D) Strategie da adottare con l'utente in caso di aggressione fisica

- Mantenere la distanza di sicurezza, delimitata dalla massima estensione delle proprie braccia in direzione del paziente.
- In caso di situazione particolare, prossima all'aggressione da parte di un utente agitato, l'operatore deve intimare risolutamente e categoricamente "Non ti avvicinare" -- "Stai fermo" -- "Stai lontano" utilizzando contemporaneamente anche il gesto della mano, e se necessario ripetendo la frase più volte.
- Non accettare la discussione, specialmente se non si è a distanza di sicurezza.
- Se si viene afferrati per il collo nel tentativo di strangolamento, utile abbassare il mento in direzione dello sterno per proteggere la zona critica. Riuscire a proteggere la gola, consente innanzitutto di non perdere conoscenza e comunque di guadagnare tempo, nonché tentativo di liberarsi.
- Se si viene afferrati per i capelli (per le donne in particolar modo), stabilire un controllo sulla mano che ha afferrato i capelli, per limitarne i danni, contemporaneamente abbassarsi il più possibile cercando di portarsi alle spalle dell'utente, quindi risalire obbligando l'aggressore a lasciare la presa per mancanza di un sufficiente equilibrio.
- Se si viene afferrati per un polso, al fine di indurre l'utente a lasciare la presa, piegare le braccia al gomito e ruotarle rapidamente contro il pollice dell'ag-

gressore.

- In caso di morso, spingere a fondo la parte morsa, verso la bocca del paziente, esercitando una forte compressione con tutto il corpo. Se si riesce a chiudere le narici dell'aggressore, quest'ultimo avendo difficoltà a respirare, sicuramente lascerà la presa.

E) Informazione e Formazione del personale

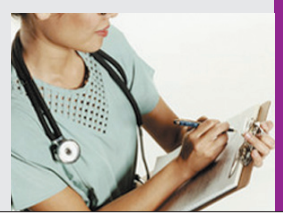
Le attività di informazione e formazione devono riguardare anche alcuni aspetti importanti tra cui:

- Strategie per gestire le situazioni difficili con i clienti.
- Riconoscere i comportamenti inaccettabili e i segnali precoci di aggressività.
- Seguire le procedure istituite (es.: applicare le istruzioni di sicurezza, garantire comunicazioni adeguate, intervenire per contenere l'aggressione, individuare gli utenti con precedenti di violenza).
- Gestire lo stress insito nella situazione per controllare le reazioni emotive.
- Favorire il senso di appartenenza e l'integrazione tra le differenti figure professionali.
- Valorizzare i rapporti di scambio (no ai conflitti e all'indifferenza).
- Sviluppare abilità nel riconoscere i segni del comportamento aggressivo.

Il fenomeno delle aggressioni al personale sanitario è in preoccupante aumento e non deve essere tollerato o minimizzato, ma monitorato ed affrontato con decisione. La strategia di prevenzione e contenimento delle aggressioni deve includere misure strutturali e organizzative ma anche una adeguata formazione degli operatori.

BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

- Ministero della salute: "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari". Raccomandazione n° 8 di novembre 2007;
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002.
- Senato della Repubblica - XVII LEGISLATURA. Disegno di Legge presentato il 10/10/2013
- "Norme in materia di sicurezza nelle attività delle strutture e dei presidi sanitari nonché istituzione dell'Osservatorio Nazionale per la sicurezza delle professioni sanitarie".
- www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_721_allegato
- <http://www.inail.it/cms/statistiche/DatiInail/osservatorio2007/DATI012007.pdf>



IL PRIMARY NURSING

Modello organizzativo e qualità dell'assistenza

Vanessa
MANGHISI



Michele
FIGHERA



L'assistenza di qualità deve essere lo scopo principale di ogni infermiere, educatore e manager. Alta qualità dell'assistenza significa per M. Manthey un'assistenza individualizzata al singolo paziente, erogata umanamente, con competenza, globalmente e in maniera continua.

Il primary nursing è un approccio logico per assistere, persone malate, nello stesso modo in cui noi vorremo essere curati, se fossimo malati. Il primary nursing è un modello organizzativo che offre l'opportunità agli infermieri di sviluppare il loro ruolo professionale e facilita la pratica professionale dell'assistenza.

La differenza principale tra il primary nursing e altri modelli organizzativi consiste nella responsabilità che l'infermiere si assume nel prendere decisioni circa le cure da erogare al proprio paziente.

Il primary nursing si fonda principalmente sulla comunicazione e sulla relazione con il paziente. La relazione è fondamentale per stilare un piano di cura ed è l'ingrediente

principale della soddisfazione dell'utente e dell'operatore, poichè, la relazione è un mezzo per attuare un'assistenza personalizzata.

La relazione permette agli infermieri di focalizzare la loro energia nell'interesse dell'utente, inoltre, è la chiave mediante la quale gli infermieri trovano significativo il loro lavoro.

Il primary nursing è un modello sistematico di organizzare l'assistenza infermieristica non solo all'interno dei reparti. Partendo dal presupposto che al centro dell'interesse dell'infermiere ci deve essere il paziente e non il compito.

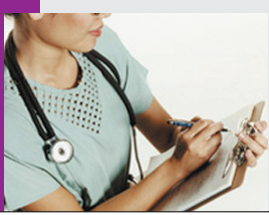
Questo modello assistenziale prevede che un infermiere "primary nurse" eroghi l'assistenza ad un gruppo di utenti in tutti gli ambiti sanitari, sia ospedaliero, sia ambulatoriale sia domiciliare.

L'infermiere mantiene la responsabilità dell'assistenza di questi utenti ventiquattro ore su ventiquattro e per tutta la durata della degenza o di contatto con il servizio.

Vi sono diversi modi di implementare questo modello:

- tutti gli infermieri, compreso gli studenti, sono primary nurse, ognuno per un gruppo diverso di pazienti;
- oppure prevedere un unico primary nurse, responsabile della presa in carico di tutti gli utenti del reparto dall'ingresso alla dimissione, mentre gli altri infermieri presenti nell'Unità Operativa agiscono da "collaboratori". Comunque, qualunque sia il modo di applicazione del modello, i principi del primary





nursing rimangono quelli definiti da M. Manthey:

- assegnazione e consenso della responsabilità, per le decisioni, prese ad un'unica persona;
- assegnazione dell'assistenza giornaliera attraverso il metodo dei casi;
- comunicazione diretta da persona a persona.

Un'unica persona operativamente responsabile della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti ventiquattro ore al giorno e per sette giorni alla settimana.

La parte centrale del primary nursing è l'assegnazione della responsabilità, per le decisioni da prendere, ad un'unica persona ed esattamente all'infermiere responsabile (primary nurse). In altri modelli organizzativi, come ad esempio il modello funzionale e modello per piccole équipes, la responsabilità ricade, prevalentemente, sul coordinatore infermieristico.

L'accettazione della responsabilità, quindi, la presa in carico del paziente, deve essere visibile a tutti, sia alle persone che operano dentro il sistema organizzativo sia alle persone esterne.

È fondamentale che il paziente, i suoi parenti, i suoi amici, i medici, gli altri infermieri e tutti i componenti dell'équipe assistenziale conoscano il nome del "primary nurse".

Il criterio di assegnazione dei pazienti, a un primary nurse, non deve essere di tipo geografico, come nel modello per piccole équipes, ma l'assegnazione di un gruppo di pazienti dislocati in un'unica stanza o in stanze attigue può contribuire a migliorare, indubbiamente, la continuità dell'assistenza.

Sicuramente i principali criteri di assegnazione dei pazienti sono, i bisogni di ogni paziente, le abilità dei vari membri del gruppo assistenziale.

Con il primary nursing l'elemento principale è la comunicazione tra i vari operatori, questa deve essere diretta, senza nessun tipo di mediazione.

Il mezzo migliore per comunicare all'interno del gruppo, generalmente, è la riunione. La cosa più importante è che coloro che si sono occupati del paziente durante un turno di lavoro devono dare le consegne direttamente alla persona che si occuperà

di quel paziente nel turno successivo.

È evidente che con il primary nursing il ruolo del coordinatore infermieristico viene rivalutato e orientato prevalentemente verso la parte manageriale.

Il coordinatore infermieristico esce dalla pratica clinica per assumere il ruolo di leadership clinico.

Il coordinatore infermieristico, sicuramente, assume il ruolo di docente e diventa responsabile che tutta l'équipe assistenziale abbia le conoscenze necessarie per operare con sicurezza all'interno dell'unità operativa, diventa valutatore delle decisioni cliniche prese dall'équipe assistenziale.

Circa le decisioni cliniche il coordinatore infermieristico può approvarle o disapprovarle dando al team le dovute spiegazioni e suggerendo approcci alternativi, diventa persona-risorsa che ha accesso a molte informazioni sia di tipo gestionale che clinico. Quando una persona dello staff di cura si rivolge al coordinatore infermieristico per risolvere un problema di gestione o un problema clinico, questi deve essere capace di offrire diverse alternative, affinché l'operatore possa esplorare la soluzione di quel particolare problema.

Inoltre, è responsabile della qualità dell'assistenza erogata in reparto.

Per fare ciò esso deve conoscere i bisogni e problemi di tutti i pazienti nonché i punti di forza e di debolezza dell'équipe assistenziale. È necessario rivedere i progetti di cambiamento, poiché gli infermieri attraverso momenti di informazione e formazione, poiché in tal modo sono incoraggiati a prendere coscienza della loro responsabilità e autonomia, a garantire un'assistenza infermieristica a misura d'uomo, a riflettere sui principi fondamentali dell'infermieristica e sul contesto che li circonda ad acquisire un ruolo fondamentale all'interno dell'équipe assistenziale.

Indubbiamente, con l'attuazione del primary nursing, è possibile affermare che la determinazione dei bisogni dei pazienti e la coerenza con la quale essi potrebbero essere soddisfatti migliorerebbero con maggiore probabilità, se ogni paziente, dal momento dell'ammissione a quello della dimissione, viene assistito da un infermiere identificabile, responsabile della pianificazione e del controllo generale dell'assistenza.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Pasquale Nicola Bianco

■ Ospedali: No a chiusure solo in base al numero di posti letto.

Valutare il fabbisogno e i servizi esistenti, garantire un'organizzazione dell'offerta territoriale e di prossimità adeguata e la sicurezza degli interventi di emergenza-urgenza. Queste alcune delle indicazioni proposte dall'Associazione e contenute in un dossier consegnato al Ministero della Salute, Conferenza delle Regioni e Commissioni parlamentari competenti. Se si procede ad una riorganizzazione della rete ospedaliera utilizzando il solo criterio del numero dei posti letto, si rischia di fare delle scelte paradossali che non garantiscono ai cittadini un'assistenza sanitaria pubblica accessibile, efficiente, efficace, di qualità e sicura. Non vogliamo difendere strenuamente il posto letto, ma sappiamo che non si può procedere con criteri prevalentemente ragionieristici, ha affermato il coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva.

Occorre organizzare e riqualificare i servizi socio-sanitari al fine di offrire le giuste tutele in termini di tempestività e sicurezza, soprattutto nella capacità di trattare le emergenze e rispondere sui territori in cui si vive all'effettivo bisogno di salute, in particolare nelle condizioni di cronicità e fragilità. Tutto ciò non potrà essere realizzato se non si analizza la realtà nella quale si vuole intervenire, non si garantisce la contemporaneità delle riconversioni e del potenziamento dell'assistenza territoriale, e non si coinvolge nel processo la cittadinanza e le organizzazioni civiche e di pazienti. (Cittadinanzattiva).

■ Violenza sulle donne in Europa, rapporto Agenzia europea diritti fondamentali

Pubblicata dall'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali – Fra, l'indagine Violence against women: an EU-wide survey, indagine sulla violenza contro le donne condotta su tutto il territorio della Ue. Lo studio è stato realizzato intervistando 42.000 donne nei 29 Paesi Ue, di età compresa tra i 18 e i 74 anni, con domande su violenza fisica, sessuale e psicologica, maltrattamenti sui minori, molestie sessuali e stalking, abusi online, sulla Rete. Sono circa 13 milioni le donne nell'UE che nel corso dei 12 mesi precedenti le interviste hanno subito violenza fisica. Circa 3,7 i milioni di donne che hanno subito violenza sessuale. Per quanto riguarda l'Italia il 9% delle intervistate ha subito violenza fisica o sessuale da parte dell'attuale partner, il 25% da parte di un precedente partner, il 17% da parte di una persona con cui non avevano una relazione. Incrociando i dati

emerge che il 30% di coloro che hanno subito vittimizzazione sessuale da parte di un partner precedente o attuale ha anche subito violenza sessuale durante l'infanzia. Più della metà delle donne europee, il 53%, ha dichiarato di evitare situazioni o determinati luoghi per paura di aggressioni. (Quotidiano Sicurezza)

■ Povertà e aumento disuguaglianza.

In questa fase di povertà crescente e di aumento delle disuguaglianze tutta una serie di statistiche, analisi ed eventi mostrano che le persone fuori e all'interno del mondo del lavoro subiscono attacchi che coinvolgono insieme quattro aree: *salute, lavoro, ambiente, welfare*. È quindi importante un incontro con associazioni, esperti, sindacalisti, operatori sociali, insegnanti, responsabili politici non solo per approfondire le analisi che collegano *povertà e aumento disuguaglianze* con le *quattro aree* ma per definire quali azioni prioritarie in queste quattro aree possono essere precisate per realizzare (a) modifiche nelle leggi, (b) modifiche nelle istituzioni, (c) modifiche nelle pratiche sociali e collettive.

■ Evidenze e Innovazioni per la Sostenibilità della Sanità Pubblica

Lo scorso 23 dicembre il SSN ha compiuto 35 anni circondato dall'assordante silenzio della politica che negli ultimi anni ha subordinato il diritto costituzionale alla salute alla crisi finanziaria del Paese, spianando inevitabilmente la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati. In attesa di conoscere le idee e i programmi del nuovo esecutivo sulla Sanità pubblica, la Conferenza Nazionale GIMBE mantiene i riflettori puntati sulla più grande conquista sociale dei cittadini italiani: un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico da difendere e garantire alle future generazioni. Il Rapporto GIMBE sul SSN la Fondazione ribadisce con fermezza che, nonostante i tagli, la Sanità pubblica rimane sostenibile perché una percentuale consistente della spesa può essere recuperata riducendo inefficienze e sprechi che si annidano a tutti i livelli. E' indispensabile però che tutti gli stakeholders della Sanità, mettendo da parte interessi di categoria e sterili competizioni, intraprendano una nuova stagione di collaborazione, per indirizzare le risorse verso servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriati. In altre parole, il denaro pubblico oggi può finanziare solo quello che funziona a chi ne ha realmente bisogno.... se la Salute è di tutti, la Sanità non può che essere per tutti. (9ª Conferenza Nazionale GIMBE).

■ **LE COMPETENZE SPECIALISTICHE:
UN PASSO IN AVANTI PER
L'INFERMIERISTICA ITALIANA?**

Bari, 6 Maggio 2014
Castellana Grotte, 16 Maggio 2014
Acquaviva delle Fonti, 23 Maggio 2014
Molfetta, 13 Giugno 2014
INFO: Collegio IPASVI BARI
Tel: 080 5427333
e-mail: collegioipasvi-bari@virgilio.it

■ **AD OCCHI BENDATI..... BENDE E
BENDAGGI**

Bari, 4 Aprile 2014
INFO: Qibli srl
Tel: 099 2212963
e-mail: info@qibli.it

■ **LE EMERGENZE CARDIO-NEFRO
ENDOCRINO-METABOLICHE**

Altamura (BA), 5 aprile 2014
INFO: Centro Studi Cuore
Tel: 06 52351244
e-mail: segreteria@centrostudicuore.it

■ **III SEMINARIO MONOPOLITANO DI
REUMATOLOGIA
ASPETTI CRITICI DELLA GESTIONE
DEL PAZIENTE REMAUTOLOGICO**

Monopoli (BA), 5 Aprile 2014
INFO: Meeting Planner
Tel: 080 9905360
e-mail: info@meeting-planner.it

■ **STRATEGIE DIAGNOSTICO
TERAPEUTICHE NELLA GESTIONE
DELLE MTA
(MALATTIE TOSSICO AMBIENTALI)**

Valenzano (BA), 5 Aprile 2014
INFO: satacroup sas
Tel: 099 400493
e-mail: segreteria@satacard.it

■ **A RADIAL DAY – BRAINSTORMING
SULL'ACCESSO ARTERIOSO TRANS
RADIALE**

Bari, 7 Aprile 2014
INFO: Meeting Planner
Tel: 080 9905360
e-mail: info@meeting-planner.it

■ **FOCUS ON TAVI**

Bari, 11 Aprile 2014
INFO: Intermeeting srl
Tel: 049 8756380
e-mail: infopd@intermeeting.org

■ **7TH INTERNATIONAL
IMMUNONUTRITION WORKSHOP
EATING FOR PREVENTING**

Hotel Riva Marina, Carovigno (BR), Italy
May 1st – 3rd 2014
Organizing Secretariat
Via Camillo Rosalba, 47/J - 70124 Bari
Tel. 080.5041635 · Fax 080.5041645
elle@ellecenter.it · www.ellecenter.it

■ **48° CONGRESSO MULTIDISCIPLINARE
DI ONCOLOGIA TRATTAMENTI IN
ONCOLOGIA: ALLA RICERCA DI UN
PERCORSO CONDIVISO**

Bari, 6 Maggio 2014
INFO: Gruppo Oncologico dell'Italia Meridionale
Tel: 080 5093954
e-mail: info@organizzazioneagora.it

■ **MALATTIE NEURODEGENERATIVE
AUDIT PER L'ALTA COMPLESSITA'
DIAGNOSTICA ,ASSISTENZIALE E
ORGANIZZATIVA
LE CURE DOMICILIARI DI COMPLESSITA'**

Ruvo di Puglia, 9 Maggio 2014
Info: Italiana Congressi & Formazione
Tel: 339 2822937
e-mail: segreteria@italianacongressi.it

■ **PREVENIRE LE FERITE DA TAGLIO E DA
PUNTA NEL SETTORE OSPEDALIERO E
SANITARIO**

Conversano, 17 Maggio 2014
M.C.O. Organization
Via G. Bovio, 49 - 70013 Castellana Grotte (BA)
Tel/Fax: 0804965060 - Cell. 3389804837
Email: info@mcorganization.it
Sito: www.mcorganization.it

■ **LE BASI DELLA NUTRIZIONE
ARTIFICIALE IN OSPEDALE E A
DOMICILIO**

Bari, 30-31 Maggio 2014
Info: New Omnia & Congressi
Tel: 06 4871366
e-mail: ipolini@omniameeting.com

■ **L'INFERMIERISTICA ITALIANA OGGI E LE
PROSPETTIVE DI SVILUPPO**

Pugnochiuso, 30 Maggio - 2 Giugno 2014
Info: E&C Eventi e Congressi
Tel: 081.19810398 - Fax 080.2209268
Cell. 349.7398399
e-mail: segreteria@eventiecongressi.net
www.eventiecongressi.net