

# Filodiretto

3/4  
numero

Anno XXXII/ numero 3/4 maggio/agosto 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



## REGIONI & VALORI COSTITUZIONALI DEL S.S.N.

in evidenza

EDITORIALE

PRIMO  
PIANO

IN  
FORMAZIONE

Siglato il patto  
per la salute

Il Collegio IPASVI BAT  
in udienza da Papa  
Francesco

Una dipendenza  
senza compiacimento  
sensoriale



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane  
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici  
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e  
Barletta-Andria-Trani  
Anno XXXII - N° 3/4 maggio/agosto 2014  
Spedizione in A.P.  
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.  
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199



Questo periodico è associato alla  
Unione Stampa Periodica Italiana

# Filodiretto

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

## Direzione/Redazione/Amministrazione

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

## 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 l'8 agosto 2014

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettrici

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, Fabio Cannone, Vittorio Guglielmi, Vincenzo Inglese, Pasquale  
Lacasella, Antonella Mascolo, Antonella Perrucci, Savino Petruzzella, Adriana  
Piazzolla, Alessandra Piazzolla, Alessandro Pipoli, Valeria Pulpito, Giovanna  
Sguera, Concetta Tassielli.

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.

numero **3/4**

## EDITORIALE

**3 SIGLATO IL PATTO PER LA SALUTE**  
Saverio Andreula

## PRIMO PIANO

**5 IL COLLEGIO IPASVI BAT IN UDIENZA DA PAPA FRANCESCO**  
Giuseppe Chiodo

**7 INFERMIERI E MEDICI DEVONO ALLEARSÌ PER UNA BUONA SANITÀ**  
Salvatore Petrarolo

**9 L'INFERMIERISTICA ITALIANA OGGI E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO**  
Vanessa Manghisi, Savino Petruzzelli

**15 IL COLLEGIO IPASVI DI BARI AL TORNEO NAZIONALE DI CALCETTO**  
Vittorio Guglielmi

## PROFESSIONE IN AZIONE

**17 IL FOGLIO UNICO DITERAPIA È UNA REALTÀ**  
Giovanna Sguera

**18 MARKETING IN SANITÀ**  
Adriana Piazzolla, Alessandra Piazzolla

**20 UNA VITA AL SERVIZIO DELLA VITA**  
Fabio Cannone, Concetta Tassielli

**22 IL CODICE ROSA**  
Antonella Mascolo

**24 GLI INFERMIERI CORRONO MAGGIORI RISCHI DI AMMALARSI**  
Antonella Perrucci

**25 LA SORVEGLIANZA SANITARIA A BENEFICIO DEI LAVORATORI**  
Pasquale Lacasella

**27 LA COMUNCAZIONE NON VERBALE IN AREA CRITICA**  
Alessandro Pipoli, Valentina Pulpito

## INFORMAZIONE

**28 WORKAHOLIC**  
Nicola Bianco, Vincenzo Inglese

## INSERTO 3/4

**MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO**  
Raffaele Cristiano Losacco

**PILLOLE D'INFORMAZIONE**  
Pasquale Nicola Bianco

**CORSI E CONVEGNI**  
Loredana Cappelli



# SIGLATO IL PATTO PER LA SALUTE

Per l'infermieristica italiana molte ipotesi e poche certezze

Saverio  
ANDREULA



*Lo Stato e le Regioni, dopo laboriose e difficili trattative, raggiungono un'intesa, definendo un nuovo "patto per la salute" a valere nell'arco temporale 2014-2016.*

*Alcuni dei punti di maggiore rile-*

*vanza dissertati nell'accordo:*

- *Le Regioni potranno disporre di un budget (337 miliardi) da impiegare nel prossimo triennio, per interpretare le nuove sfide sui bisogni sanitari dei cittadini e definire una programmazione efficace finalizzata, riconsiderando le esigenze emergenti come l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci, sempre più efficaci ma costosi, e la medicina personalizzata.*
- *Revisione di tutti i processi organizzativi. Lotta agli sprechi e alle inefficienze sulle linee tracciate dall'insieme dei provvedimenti legislativi promulgati nell'ambito della "spending review". Eventuali risparmi di spesa ottenuti, dovrebbero restare nella disponibilità di bilancio e reinvestiti per garantire e migliorare l'accesso alle cure, ai farmaci e uno standard qualitativo di assistenza definito;*
- *Aggiornamento dei LEA, con un ulteriore inserimento delle malattie rare, escludendo le prestazioni e le cure ormai obsolete e costose, sostituendole con nuove e moderne cure. Inoltre, aggiornamento del nomenclatore, fermo da quindici*

*anni, per garantire ai cittadini processi di cura più moderni.*

- *Definizione di processi organizzativi con l'obiettivo di umanizzazione delle cure.*
- *Riorganizzazione delle strutture ospedaliere secondo il "modello" della complessità assistenziale e potenziamento della medicina del territorio per creare una rete d'assistenza più efficiente e capillare ed evitare l'ingolfamento dei grandi ospedali. Per quanto riguarda i posti letto pubblici, fermo restando lo standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, si prevede la revisione finale degli eventuali tagli che dovrebbe abbassare l'asticella delle riduzioni dagli oltre 7mila posti letto in meno previsti ai tempi di Balduzzi (tra 14.043 in meno per acuti e 6.653 in più per la post-acuzie), a circa 3mila-3.500 tagli veri e propri.*
- *Riorganizzare la medicina del territorio con ruoli da protagonisti per i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta e le farmacie di servizio.*
- *Definizione della "Sanità digitale" con il riconoscimento del ruolo chiave dell'innovazione digitale a sostegno della riorganizzazione dei percorsi e nuovi modelli assistenziali. Si tratta di un piano strategico per eliminare gli ostacoli che rallentano la diffusione dell'e-health e per evitare realizzazioni parziali a macchia di leopardo come avvenuto fino a oggi. Si individueranno le priorità, i modelli di riferimento e gli strumenti di finanziamento, anche in partnership pubblico-privato.*

*Sostanzialmente, l'accordo, fa sintesi delle definizioni normative promulgate dalla "Legge Balduzzi" aggiornate e plasmate alle esigenze di "protagonismo" che molte*



regioni pretendono in ossequio al dettato normativo che assegna loro ampio potere in tema di organizzazione del proprio sistema regionale. Le prospettive applicative dei contenuti dell'accordo, tuttavia, stridono notevolmente con l'attuale situazione della sanità delle regioni, in ragione della fortissima disomogeneità geografica dell'attuale sistema sanitario che presenta una netta divisione tra Nord e Sud dell'Italia sul lato dell'equità e del finanziamento. Notevoli i divari oggi esistenti e i contenuti del nuovo "patto" potrebbero sviluppare nuove e importanti ricadute sul Sistema Sanitario Nazionale con reale rischio della sua sostenibilità e con la concreta possibilità di un'ulteriore riduzione delle garanzie sociali, soprattutto per le fasce più fragili e con un incremento delle disuguaglianze. Prendiamo in esame il canonico "principio di sussidiarietà" costituzionale, definito dall'art. 32 della costituzione (rimasto invariato) declinato con le modifiche costituzionali intervenute al titolo V: Il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo. La "ratio" del patto è quella di definire compiutamente l'equilibrio nel "governo" del sistema sanitario del nostro paese, secondo la distribuzione di competenze stabilita dalla recente revisione della Carta costituzionale e dalla legislazione in materia. Gli interventi in questo senso delle Regioni dovranno coinvolgere aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Per attuarli si potranno utilizzare le risorse vincolate e dovrà comunque essere predisposto un programma annuale in cui prevedere

**Le competenze di cui alla bozza di accordo resterà un obiettivo politico delle regioni da perfezionare in un altro accordo (in itinere) nella logica del "Costo Zero"**

almeno un'attività progettuale sulla formazione del personale e una di "cambiamento organizzativo" con aree prioritarie definite: area critica, pediatria, comunicazione, oncologia, assistenza domiciliare. Resta una chimera il nodo "turn over". Il Ministro Lorenzin, a riguardo, ha dichiarato: "Abbiamo affrontato anche questo tema e quindi dell'ingresso del personale: grazie

alla collaborazione del ministero dell'economia, pur nell'invarianza di spesa, abbiamo potuto inserire strumenti molto più elastici che ci permettono

di rispondere sul fabbisogno di personale in tutte le Regioni, comprese quelle in piano di rientro (ha precisato la Ministra). Le assunzioni verranno dunque effettuate dalle Regioni in base alla loro autonomia economica. Chi ha equilibrio di bilancio, ha tutti i parametri a posto e ci dimostra di aver bisogno di personale potendo garantire i livelli essenziali di assistenza, potrà farlo". La dichiarazione pubblica della Ministra, per quanto riguarda la nostra professione, e rispetto alla questione delle competenze specialistiche, apre ad un inquietante scenario che "spezza le gambe" alle più positive considerazioni esplicitate sull'argomento. Le competenze/responsabilità di cui alla noiosa bozza di accordo resterà un obiettivo politico delle regioni da perfezionare in un altro accordo (in itinere) nella logica del "Costo zero". Le prospettive di crescita e sviluppo della nostra professione, da molti auspicata, che si pensava trovasse ospitalità, almeno politica, nel "Patto" continuano ad essere indefinite. Urgono iniziative politiche a respiro nazionale.

4

**DONATO PENTASSUGLIA È IL NUOVO ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA PUGLIA**

Donato Pentassuglia, Consigliere regionale in quota PD, si è insediato dal primo luglio scorso sostituendo Elena Gentile eletta Parlamento Europeo. Nato a Locorotondo (BA) il 21 ottobre 1967 e residente a Martina Franca (TA), ha conseguito il diploma di tecnico commerciale. Eletto nella circoscrizione di Taranto per il PD. Nel 2005 è stato eletto per la prima volta al Consiglio regionale ricoprendo la carica di vicepresidente della commissione consiliare agli affari generali e segretario della commissione all'ecologia. Politicamente nasce in occasione delle elezioni provinciali di Taranto e, candidato nella lista Florido nel collegio di Martina Franca, risulta il consigliere più suffragato. Al nuovo assessore vanno i nostri migliori auguri di buon lavoro, con l'auspicio che prenda in carico un preciso impegno sulla "questione infermieristica" pugliese.





# IL COLLEGIO IPASVI BAT IN UDIENZA DA PAPA FRANCESCO

Giuseppe  
CHIDO



Lo scorso 14 maggio sono stati circa 350 gli infermieri del Collegio IPASVI Bat e i loro familiari che hanno partecipato all'udienza generale di Papa Francesco in Piazza San Pietro.

Una iniziativa voluta e promossa dal Consiglio Direttivo del Collegio per festeggiare in maniera originale la giornata internazionale dell'infermiere 2014 che ha registrato una partecipazione straordinaria e al di sopra delle attese e ha costretto gli organizzatori a chiudere le adesioni nella impossibilità di garantire oltre quel numero la partecipazione. È stata una giornata di grande gioia e spiritualità in cui abbiamo avuto la possibilità di ascoltare dal vivo le parole del Santo Padre e verificare quanto grande sia la sua capacità di parlare con semplicità direttamente al cuore delle persone richiamando tutti non solo alla preghiera, ma all'azione in sostegno delle persone più deboli prendendosi cura di loro

con passione e tenerezza.

Durante l'udienza, Papa Francesco ha ricordato che "il vero potere è il servizio. Bisogna custodire la gente, aver cura di ogni persona, con amore, specialmente i bambini, i vecchi, coloro che sono più fragili e che spesso sono nella periferia del nostro cuore."

Il Pontefice ha fatto riferimento all'infermiere riportando le parole trasmesse da Radio Vaticana e tratte da una omelia pronunciata durante una messa in Santa Marta: "A me, l'immagine che viene è quella dell'infermiere, dell'infermiere in un ospedale: guarisce le ferite ad una ad una, ma con le sue mani. Dio si coinvolge, si immischia nelle nostre miserie, si avvicina alle nostre piaghe e le guarisce con le sue mani, e per avere mani si è fatto uomo.

È un lavoro di Gesù, personale. Un uomo

»»





ha fatto il peccato, un uomo viene a guarirlo. Vicinanza. Dio non ci salva soltanto per un decreto, una legge; ci salva con tenerezza, ci salva con carezze, ci salva con la sua vita, per noi". Sono state per gli infermieri parole di sostegno e di incoraggiamento. Parole importanti che anche al non credente richiamano valori forti della professione infermieristica lontana dagli stereotipi della visione comune e spesso distorta da mass media e da una letteratura scandalistica.

Un messaggio chiaro e forte che non fa riferimento agli aspetti meramente caritatevoli del curare, ma richiama lo spirito di servizio che contraddistingue gli infermieri e la loro specificità professionalità per rapportarla allo spirito di servizio del Cristo fattosi uomo per la salvezza dell'umanità.

Al tempo stesso non cade invano il richiamo alla necessità della tenerezza e della carezza per alleviare la sofferenza degli am-

malati. Con la stessa attenzione e dedizione indicata agli infermieri dalla "Signora della lampada".

Questa capacità di Papa Francesco di parlare a tutti, credenti e non, è oggi la vera novità di una persona "venuta dalla fine del mondo" che si è collocata con autorevolezza al centro del mondo. Alla sua figura, alla sua azione, al suo pensiero, sono legate molte delle speranze degli uomini e delle donne che vogliono un mondo più giusto, più libero, in pace.

Gli infermieri sono tra questi e si impegneranno con la propria professionalità per costruire un mondo migliore per tutti, a partire da chi soffre.

Grazie Papa Francesco, grazie per la speranza che ci infondi quotidianamente.

La giornata del 14 maggio scorso gli infermieri e le loro famiglie presenti in Piazza San Pietro non la dimenticheranno mai.

#### NOMINATO IL NUOVO CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ: **NESSUN INFERMIERE**

Il decreto di nomina firmato dal ministro Beatrice Lorenzin riduce i consiglieri da 40 a 30

Oggi il Consiglio è composto da trenta membri, non di diritto, esperti nei vari settori della medicina e chirurgia e della sanità pubblica, nominati dal Ministro della salute, e da ventisei componenti di diritto.

Il Consiglio si articola nel Comitato di presidenza, nell'Assemblea generale e in cinque sezioni che si occupano di varie tematiche di natura sanitaria e sociale, in particolare di: programmazione sanitaria, professioni sanitarie e formazione del personale sanitario, sangue ed emoderivati, trapianti di organi, tutela igienico-sanitaria dei fattori di inquinamento, profilassi delle malattie infettive e diffuse, profilassi nutrizionale, sicurezza alimentare, tutela salute e benessere degli animali, profilassi veterinaria e malattie infettive e diffuse, farmaci e alimenti per gli animali, farmaci a uso umano e dispositivi medici. Unico pugliese nominato nel Consiglio superiore di sanità è **Luciano Cavallo**, professore ordinario di Pediatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari - Direttore della Clinica Pediatrica "B. Trambusti" dell'Università di Bari a cui vanno i nostri migliori auguri di buon lavoro.



# INFERMIERI E MEDICI DEVONO ALLEARSI PER UNA BUONA SANITÀ

Salvatore  
**PETRAROLO**



fessioni che dovrebbero fondersi in un solo obiettivo: rispondere alla richiesta di salute dei cittadini. Infermieri e medici vivono lo stesso mondo, quello della sanità, ma troppo spesso finiscono per diventare protagonisti di un dialogo tra sordi. Scatenando quella “guerra di competenze” che è diventato il tema dominante del dibattito d’apertura del convegno dal titolo “L’infermieristica italiana oggi e le prospettive per il futuro” ospitato a Pugnochiuso dal 30 maggio al 2 giugno scorsi, organizzato da numerosi Collegi IPASVI di tutta Italia. La volontà di stemperare gli animi di questo conflitto l’hanno rilanciata gli infermieri (dal presidente del Collegio di Bari, Saverio Andreula a quello della provincia di Firenze, Danilo Massai) e ha trovato la giusta sponda anche nel presidente dell’Ordine dei medici della provincia di Bari, Filippo Anelli (tra gli ospiti del dibattito). Tutti d’accordo su un punto: non è tempo di guerre di religione, in sanità, perché il sistema tutto sempre più impoverito dai tagli attuati dal Governo centrale, deve coalizzarsi per rispondere

La questione è di quelle annose, anche se negli ultimi tempi, sembra essere sfociata in una vera e propria “guerra di competenze”. Non ci sono eserciti che si combattono, ma pro-

alla richiesta di salute dei cittadini, che non devono diventare le vittime di un confronto (quello relativo alle competenze in campo sanitario). Lo ha ribadito il dottor Anelli, lo hanno sottolineato il professor Ivan Cavicchi e i presidenti dei Collegi Ipasvi organizzatori. A giudizio dei quali, questa “guerra delle competenze” probabilmente è più virtuale che reale, anzi c’è il sospetto (anche se rimane tale) di una volontà superiore a creare dissapori tra medici e infermieri. “E’ nell’immaginario collettivo questo livello di scontro tra infermieri e medici. Invece – aggiunge il presidente del Collegio Ipasvi della provincia di Bari - dobbiamo lavorare insieme, anche alla luce dei cambiamenti in atto nel mondo sanitario”. L’appuntamento di Pugnochiuso, a parere di numerosi Presidenti IPASVI presenti, è stato anche occasione per costruire un percorso comune: “E’ inopportuno che due professioni che lavorano insieme, si facciano la guerra”. Di certo, come ha spiegato il professor Ivan Cavicchi, medici e infermieri sono due figure professionali che si scontrano in un contesto molto difficile, quello di una crisi economica che taglia gli investimenti in sanità, nonostante sia cresciuto il bisogno di assistenza.

“Ma le professioni, come quella infermieristica che è la più riformata negli ultimi trent’anni, non devono adattarsi al limite economico, altrimenti saremmo di fronte alla fine delle professioni”. Quella infermieristica, tra l’altro, vive il paradosso di una disoccupazione, soprattutto per i neo laureati, che si scontra, in maniera paradossale,





con la crescente richiesta di salute nel nostro Paese. “Ma uno dei più grandi paradossi (spiega ancora Cavicchi) è che bisogna risparmiare nel mondo sanitario, anche se non diminuisce il numero di malattie”. Ma se per ridurre queste ultime bisognerebbe puntare sulla prevenzione, dall'altra parte c'è da far crescere la convinzione che il lavoro, quello generale, e infermieristico in particolare, ha una funzione virtuosa di produzione di valore. Si tratta di un circolo virtuoso, spiega ancora il professor Cavicchi, che permette di far crescere la ricchezza del Paese. Il problema, però, delle differenze (almeno percepite) tra medici e infermieri, come rilanciato nel corso del convegno di Pugnochiuso, resta tutto: gli infermieri da tempo chiedono pari dignità nel mondo sanitario, tanto più adesso che per accedere alla professione è obbligatorio il percorso universitario. Ma anche su questo fronte, la sensazione che gli infermieri siano laureati di serie B, persiste anche se più sfumata.

“Oggi la situazione è ridotta” spiega il Presidente del corso di laurea in Infermieristica dell'Università di Torino, Valerio Di Monte. Che però non dimentica come sino a pochi anni fa questo distacco era più evidente: “Quando esistevano i diplomi universitari, questa sensazione di essere laureati di serie B, si percepiva all'interno dell'università”. Anche nel mondo accademico, di fatto, c'è da fare molta strada per accorciare quelle distanze che si percepiscono tra medici e infermieri. Non si tratta solo di un problema culturale, perché ci sono aspetti pratici da tenere in considerazione: “A monte c'è il problema che il Servizio sanitario naziona-

le dovrebbe sentire la necessità di far capire che la professione infermieristica è utile al servizio sanitario stesso” commenta Di Monte. Per questo il primo passo da compiere è esterno alla formazione universitaria: “Se ritengo che la professione infermieristica sia importante (ragiona Di Monte) allora mi do da fare perché anche il suo percorso formativo venga valorizzato al massimo”. Le competenze, come sottolineato dai relatori del dibattito che ha chiuso la prima giornata di lavori, gli infermieri le hanno tutte per rispondere alle esigenze di salute dei cittadini. Anzi, a volerla dire tutta,

riprendendo un concetto rilanciato dal presidente Andreula, “gli infermieri non sono stati di conquistare, negli anni, le aree di propria competenza che sono definite per legge”. E' come se si visse una diminutio nei confronti dei medici, nonostante “noi infermieri – sostiene Danilo Massai – siamo in un gruppo di professionisti dopo il prim'attore - il medico - ma è come se non avessimo quella libertà psicologica di evidenziare come anche noi siamo dottori in materie infermieristiche, con le nostre specificità”. Il traguardo finale, seppur ancora molto lontano, è quello di far incontrare le due professioni (medica e infermieristica) fino a farle fondere. Abbattere gli steccati resta un chiodo fisso per il Presidente del Collegio Ipasvi di Firenze: “Non dobbiamo ridisegnare i confini, ma fissare un territorio comune, conservando le specificità di medici e infermieri. Ci vuole un buon ripensamento della politica da qui a dieci anni, per poi definire quali sono gli strumenti adeguati come l'Università, visto che tutte e due le professioni si formano al suo interno”. Del resto, visto da lontano, questo finto “conflitto di competenze” appassiona poco: ai cittadini interessa solo che la sanità funzioni e, molto dipende, da chi ci lavora nel mondo sanitario. Riavvicinarsi ai cittadini è anche un compito al quale sono chiamati gli infermieri: così tocca agli infermieri colmare quelle distanze con i cittadini, per rendere trasparente il proprio ambito di competenza. E' una evoluzione ancora in corso, da realizzare con fiducia, conclude Massai.





# L'INFERMIERISTICA ITALIANA OGGI E LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO

Le evidenze scientifiche, le competenze avanzate e la formazione

Vanessa  
MANGHISI



*Inauguriamo con questo numero una serie di interviste, realizzate durante i lavori del Convegno Nazionale di Pugnochiuso, a personalità del mondo professionale, politico e accademico. I primi intervistati sono i relatori della prima giornata di lavoro e nell'ordine: Danilo Massai (Presidente del Collegio IPASVI di Firenze), Valerio Di Monte (Presidente del C.d.L. dell'Università di Torino) e Ivan Cavicchi (Professore Universitario di Tor Vergata - Roma).*

Savino  
PETRUZZELLI



**Intervista a Danilo Massai.** Egli incentra il suo intervento sulle prospettive della professione infermieristica considerando che l'evoluzione universitaria non va di pari passo con

quella dell'organizzazione assistenziale. C'è molta strada da fare: ci vuole la volontà di prendere gli elementi buoni, riprogrammarli, e diffondere una fiducia negli infermieri dando una responsabilità a questa società, rendendo l'infermieristica trasparente alla popolazione.

*La percezione dell'infermieristica come viene considerata nella sanità italiana?* Nel nostro SSN gli infermieri sono visti come i parenti poveri dei medici, perché ancora oggi in Italia si fa un grande errore culturale tra cura del medico e l'assistenza dell'infermiere nella persona assistita. Forse nella nostra famiglia non c'è ancora

quella libertà psicologica nel dire che la nostra professione è forte e dobbiamo affermarla invece di guardarci allo specchio e vedere sempre la figura del medico come attore principale. Ma se si parla di una sanità che deve dare risposte nella cronicità, nella fragilità nella multiculturalità ecc..

Gli infermieri nascono nel tempo con varie differenze formative. Molti non sono passati dall'università, ma si sono formati direttamente sul campo, dove l'infermiere deve essere un buon collaboratore. E le regioni e l'autonomia delle aziende ospedaliere in alcuni casi hanno facilitato la crescita dei nostri professionisti, mentre in altri casi sono rimasti sulle figure mediche.

*La strada da percorrere perché i due mondi (medico-infermiere) si incontrino nello stesso verso e si mescolino insieme?*

Bisogna lavorare molto sulla formazione del nuovo medico, e disegnare meglio quella dell'infermiere nei suoi ambiti di responsabilità diretta, sia sociale che professionale e nel lavoro di gruppo. Quindi, bisogna ridimensionare queste due figure, nell'ottica di risposte possibili in termini di intervento per garantire la salute, la buona sanità ecc. >>



**Danilo Massai**

Presidente Collegio IPASVI di Firenze

risposta; se fa questo, quindi, acquisirà la cultura, la visibilità esterna, ma anche il medico capirà che con quella pianificazione infermieristica il cittadino è più orientato ad usare i servizi e le prestazioni che la Sanità mette a disposizione, ed ovviamente in questo caso ci guadagna come professionista anche lui.

*Ultima considerazione sul futuro della professione in termini di riconoscibi-*

lità ma anche in termini numerici cresce la disoccupazione infermieristica, questo dato preoccupante come si combatte?

Questa è la politica che bisogna adottare. Quindi, bisogna ridisegnare non i confini, ma i perimetri comuni e quelli che portano a delle specificità sia nel campo medico che quello infermieristico. Io credo che il segreto sia lì.

Quindi, ci vuole un buon ripensamento della politica da ora a dieci anni, per poi definire quali sono gli strumenti adeguati come l'università, visto che tutte e due le professioni si formano al suo interno; non si può continuare a definire l'infermieristica una facoltà ospite quando lo studente che uscirà come dottore in infermieristica paga le tasse ed ha tutti i diritti e doveri dei medici, anche se è una laurea sostanzialmente percepita dall'università, o da chi è dentro, di serie b, e tale non è...bisogna partire da questo. Rifacendo la contrattazione e tutta una serie di norme, come il patto per la salute, le norme sui LEA, ecc.. bisogna sempre specificare l'infermieristica, senza far prevalere solamente la clinica medica, perché dietro questo c'è tutto (riabilitazione, assistenza, prevenzione, ecc..). Questi mondi vanno evidenziati perché sono figure diverse ed hanno responsabilità ed autonomia. Non è che si raggiunge giorno per giorno la mediazione tra medico ed infermiere come professionisti, ma bisogna prevedere una formazione dei professionisti con competenze trasversali (saper dialogare, sapersi confrontare, saper fare problem solving).

Se l'infermiere, per la legge ordinistica, è responsabile e deve pianificare l'assistenza, quando incontra il cittadino già deve pensare a come deve organizzare per dare una

risposta; se fa questo, quindi, acquisirà la cultura, la visibilità esterna, ma anche il medico capirà che con quella pianificazione infermieristica il cittadino è più orientato ad usare i servizi e le prestazioni che la Sanità mette a disposizione, ed ovviamente in questo caso ci guadagna come professionista anche lui.

Uno è la scelta politica al cittadino, dove non bisogna garantire soltanto la gestione farmacologica della malattia, che continuano a pagare sempre di più, ma bisogna garantisce l'assistenza. Fra tutte le tipologie di assistenza c'è quella infermieristica che è ben definita. Rinunciando all'infermieristica in termini di rapporto del valore aggiunto ai processi in sanità e di salute della persona assistita, questa politica sta sbagliando perché nel tempo ci rimetterà. In Italia si dice che occorrono circa 60.000 infermieri per reggere un SSN che offre prestazioni e la presa in carico della persona come valore costituzionale alla tutela della salute... quindi se occorrono infermieri, parlare di disoccupazione infermieristica giovanile è fuori luogo; se parliamo di politica, di economia, di finanza, di collocazione degli infermieri, allora è un altro aspetto. I giovani subiscono questa non scelta politica costringendoli a contratti umilianti sia nel costo che nei contenuti perché non è definito se fanno l'infermiere o fanno altro, dopo tre anni che studiano per fare l'infermiere ed escono dei dottori in infermieristica.

Quindi la politica deve garantire i valori della società civile. L'altro aspetto è quello che costringe i giovani a non determinazione dell'infermieristica come risorsa economica nazionale e ad andare verso l'estero. Questa cosa comporta dei vantaggi, cioè lavorare in Europa, imparando nuovi sistemi, acquisendo nuove abilità e conoscenze, ma



dall'altro canto in Italia si sta perdendo una generazione di giovani che non garantiscono i servizi.

Quindi abbiamo bisogno di giovani nella ricerca e nell'innovazione... bisogna puntare su un'ottica diversa, sulle energie che un giovane mette e questo non può permettersi di perderlo né l'infermieristica né l'intera società. Ma io penso che chi si occupa di economia in Italia a tutti i livelli deve pensare all'infermieristica non solo in termini di economia (meno ricoveri, meno criticità, meno incidenti, meno accessi impropri ai servizi, una riduzione dei costi dei farmaci perché sanno orientare i cittadini ad usare in modo più appropriato una terapia) quindi bisogna puntare ad indicatori che occorrono come quelli epidemiologici.

#### **Intervista a Valerio Di Monte.**

Il presidente del Cdl in Infermieristica dell'Università di Torino Valerio Di Monte mette in evidenza le criticità che la professione vive nei percorsi didattici universitari.

*La professione infermieristica nell'università, la riforma degli ordinamenti didattici ad oggi ospiti o parte di essa?*

L'infermieristica è presente anche in una maniera molto significativa all'interno degli organi didattici, in particolare i corsi di laurea in infermieristica, al contrario degli altri corsi di laurea delle professioni sanitarie del tipo di quelle riabilitative e tecniche, hanno una quantità di crediti formativi (quindi di attività didattica) esclusivamente infermieristica. Tanto per tradurre i numeri su 180 crediti formativi per corso di laurea, oltre la metà sono assegnati a quei settori scientifico disciplinari di scienze infermieristiche. L'area infermieristica, tra l'altro, tra la parte teorica e quella dei tirocini pratici, è molto rappresentata. Se parliamo invece di chi dal punto di vista didattico si occupa

dell'attività formativa, ci sono alcune situazioni problematiche e molte differenze sul territorio nazionale. Intanto la componente nazionale dell'infermieristica è pochissimo rappresentata a parte di poche decine di professori ricercatori del settore specifico c'è il vuoto all'interno di questo; è molto difficile riuscire a sviluppare questo tipo di percorso anche da un punto di vista numerico.

Da un punto di vista dei contributi degli infermieri nel SSN è molto differenziata anch'essa in Italia, ma molto spesso l'accesso alla docenza non è così regolamentato e non tutto sempre valorizzato dall'università e dal SSN trovandosi spesso in questa situazione non chiara per un docente infermiere.

*Di conseguenza non hanno tutti i torti gli infermieri quando sgomitano per avere maggiore visibilità, maggiore attenzione, maggiore riconoscibilità all'interno dell'università?*

Non si tratta di rivendicare dei posti, visto che bisogna fare i conti, uno con la questione finanziaria, per cui oggi è molto complesso attivare dei posti da concorso come i professori ed i ricercatori universitari, e l'altro aspetto è quello della preparazione per entrare all'interno del mondo universitario con un curriculum scientifico adeguato (problema più interno alla professione). Tutto il personale del SSN sicuramente dovrebbe e potrebbe essere valorizzato maggiormente attraverso protocolli di intesa Regioni-Università che stabiliscono regole



**Valerio Dimonte**

Presidente Cdl in Infermieristica Università di Torino



e riconoscimenti, a partire dal coordinatore dell'attività professionalizzante, dai coordinatori di corso di laurea che sono nello specifico professionale degli infermieri, l'attività di tutoring dedicati alla formazione, e i docenti, diversificate nelle diverse regioni italiane. Quindi la domanda è legittima, ma la risposta in parte può essere risolta sul versante del SSN in parte sul versante universitario attraverso i concorsi.

*Come vive l'Università la professione infermieristica?*

Quando sono diventate lauree nel 2001 è cominciata a cambiare la prospettiva, non c'è più quella disattenzione o quella non considerazione di una volta. Detto questo poi non c'è un riconoscimento di tipo pratico-operativo nel senso che ormai la formazione delle professioni sanitarie e quella dell'infermieristica in particolare sia anzi una possibilità di vita per l'università. Da qui a poi tradurre allora in attenzione in termini di risorse assegnate, maggiore nell'ambito di questi corsi, questo non c'è, anche perché c'è una legge dove la formazione delle professioni sanitarie ed in particolare quella dell'infermieristica è un sistema integrato tra Università e SSN.

Qui c'è un atteggiamento un po' strano perché l'università non sente proprio questo tipo di formazione anche se chiamata a concorrere, l'università sa che molte risorse le mette il SSN (facciamo fatica a sviluppare il discorso dei docenti in infermieristica universitari perché comunque i docenti in infermieristica possono essere presi dal SSN, e quindi non c'è la necessità come per medicina che se manca il docente in cardiologia, e se manca il docente universitario bisogna bandire un concorso, nella facoltà di infermieristica se non c'è il docente che insegna una materia di infermieristica prendo un collega dal SSN.

*Quale può essere il punto di incontro tra le due parti perché i corsi di laurea in infermieristica possano ottenere quella riconoscibilità che da tempo auspicano gli infermieri?*

Intanto a monte c'è il problema che il SSN dovrebbe sentire la necessità di far capire che la professione infermieristica è una professione utile al SSN stesso; siccome il SSN

è il committente che dice all'università di aver bisogno di un certo numero di professionisti con determinate caratteristiche, è molto difficile valorizzarlo.

Quindi il primo passo è ancora esterno alla formazione universitaria, c'è il riconoscimento del valore professionale, da questo ne segue il fatto che se è così importante il ruolo e la competenza professionale dell'infermiere, mi dò da fare anche perché il suo percorso formativo sia valorizzato al massimo, a quel punto possiamo anche pensare che il SSN possa essere interessato che i formatori infermieristici sia che continuino come dipendenti del SSN, sia magari dare la possibilità a qualcuno di evolvere dal punto di vista universitario sarebbe sicuramente facilitato.

Quindi il punto di incontro è di avere questa consapevolezza che un buon studente ed un buon professionista che esce da un percorso universitario deve essere un professionista che deve rispondere alle aspettative del SSN; non è l'università che per conto proprio deve decidere che tipo di caratteristiche deve avere questo professionista. Questo passaggio forse non è ancora sufficientemente chiaro, per cui non c'è la completa responsabilizzazione delle due parti perché richiedono integrazione. La formazione in infermieristica è l'unico esempio di formazione universitaria dove sono due gli attori definiti anche per legge. Per medicina comunque è l'università che da sola ha la responsabilità completa del percorso formativo, per le professioni sanitarie c'è questa integrazione per cui il tirocinio non tutte le università ne capiscono la reale importanza perché è gestito dal SSN.

#### **Intervista a Ivan Cavicchi.**

Il sociologo Ivan Cavicchi entra nel merito durante la tavola rotonda su "la formazione dei professionisti della salute: i punti di forza, i punti di debolezza e i cambiamenti attesi" confermando che per non far pagare la crisi ai cittadini, medici e infermieri ne risponderanno in pieno, in quanto le condizioni di lavoro sono privative per il blocco del turn-over, il blocco dei contratti, ..., che comportano il "demansionamento" e la de-capitalizzazione del personale che si sta impoverendo. Cavicchi, inoltre, afferma che non c'è una visione del lavoro come valo-



re e fa emergere una “questione infermieristica” ed una “questione medica” puntando su possibilità coevolutive considerando che grazie alla legge 42 del 1999 si supera, finalmente, una potestà sulla professione. Quindi, bisogna dare dignità alla professione considerando che anche i medici vivono un momento di crisi.

Vanno riportate le responsabilità in esiti e fare accordi dove le altre professioni cooperano, adottando standard di qualità per legittimare le specializzazioni, tutto ciò con il dovuto riconoscimento economico e professionale. La professionalità va misurata, perché l’“autore” accetta di farsi misurare sugli esiti per evitare di mettere in discussione le competenze. Però è anche vero che il disagio professionale è molto forte, anche per i rapporti fra colleghi, considerando, inoltre, che c’è la grave situazione del precariato con il 60% dei laureati disoccupati.

*Si ha l'impressione che ci sia una questione che difficilmente troverà una soluzione, che emerge da queste giornate dedicate all'infermieristica, questi due mondi “Medico” e “Infermiere” che si guardano, lavorano insieme ma non riescono a fondersi. Perché accade?*

Il contesto nel quale queste due figure si incontrano e si scontrano è un contesto molto difficile. È un contesto di de-finanziamento del sistema di de-capitalizzazione ed è un contesto che restringe le condizioni di lavoro, lavoriamo tutti male quando ci sono i

minimi in discussione. Poi ci sono delle eredità storiche che è difficile superare, perché quando parliamo di medico e di infermiere l’infermiere è la figura più riformata negli ultimi trent’anni, ereditiamo delle figure dalla storia da una certa idea di medicina da una certa idea di sanità che sono idee storiche in fortissima discussione, per cui chi non si adegua rischia di essere regressivo, di guardarsi indietro. Bisogna adeguarsi a cosa? Al nuovo bisogno che c’è, per esempio c’è un grande bisogno di assistenza, ad un nuovo cittadino, ad una nuova società e purtroppo ad un grande pesantissimo limite economico.

La partita da giocare è una partita molto delicata perché io non sono d’accordo con coloro che ritengono che le professioni si devono adattare al limite economico, questa sarebbe la fine delle professioni. Il limite economico possiamo trasformarlo in una possibilità, cioè le professioni si ripensano per produrre più utilità, questa non è una cosa facile anzi è molto difficile, tuttavia io non dispero, credo fermamente nella mia idea di coevoluzione.

Il problema è così comune, il contesto è negativo per entrambi che sono costretti a coevolvere. Anche al conflitto che è derivato dalle competenze non bisogna dare una visione negativa, i conflitti a volte servono, a volte fanno capire, a volte avvicinano. Però dobbiamo fare uno sforzo quasi di co-responsabilità, cioè capire che è più conveniente fare una battaglia comune che

»»



**Ivan Cavicchi**

Sociologo - Università Tor Vergata - Roma

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

non dividerci. Mi viene in mente la parola sincretismo che viene dai cittadini cretesi che storicamente litigavano continuamente, ma appena avevano un nemico alle porte si riunivano sincreticamente.

*Lei afferma in uno dei suoi libri che in sanità c'è stata una mancata rivoluzione, di chi è la responsabilità?*

Lo chiamo il riformista che non c'è, c'è una responsabilità politica molto forte. Quando abbiamo fatto la riforma nel '78 che era una grande idea di nuova tutela, tutta imperniata sul diritto alla salute, appena fatta questa riforma pochi anni dopo l'abbiamo messa da parte, perché abbiamo preso una scorciatoia, abbiamo pensato che fosse possibile governare il cambiamento e il mutamento con la gestione.

Adesso sappiamo che è stato uno sbaglio, la gestione è nei guai fino al collo, abbiamo problemi di governabilità, e quel debito con il cambiamento che abbiamo contratto in quegli anni è ancora da pagare, e il bello è che gli operatori, a partire dagli infermieri, sono pronti a pagare il debito, a fare la riforma, perché non è possibile andare avanti con la manutenzione del sistema con qualche tagliando qua e là. Oggi la cosa è profondamente cambiata proprio nei fondamenti. Per esempio, il fatto che abbiamo limiti economici ci accompagneranno per tutta la vita, saranno sempre più forti, e allora per non subirli dobbiamo trasformarli in possibilità, per trasformarli in possibilità

dobbiamo cambiare, dobbiamo mettere in campo nuove idee di professione, di professionalità, di infermiere, di medico, di malato, di organizzazione.

*C'è un paradosso, cresce la domanda di salute ma cresce la disoccupazione, dov'è il punto critico considerando che sono due richieste che non riescono ad incontrarsi?*

Paradossi ce ne sono tanti, il più grande in sanità è che bisogna risparmiare ma non diminuiamo le malattie. La cosa migliore per risparmiare in sanità è fare della buona salute e diminuire i malati. In Italia si spende pochissimo per fare prevenzione, si spende appena il 3,5%, questo è un grande paradosso.

L'altro paradosso è che non crediamo che il lavoro abbia una funzione virtuosa di produzione di valore, a sua volta, e non investiamo su questi valori.

Invece dobbiamo entrare in un'ottica nuova, quando produciamo salute in ospedale, in un servizio, nel territorio, noi contribuiamo ad aumentare la ricchezza del paese. Spesso si fa l'errore di ridurre il concetto di ricchezza al concetto di PIL che è solo la misura di ricchezza economica, ma la ricchezza di un paese dipende dall'ambiente di vita, dalla cultura, dalla giustizia e dalla salute. Si è mai visto un paese povero in buona salute? Non esiste! La malattia è connotativa di non ricchezza, quindi produrre ricchezza è la grande sfida, è questo il vero concetto di sostenibilità, non quello che si

dice ad ogni convegno in sanità dove si confondono sostenibilità con compatibilità.

Credo che la sfida sia da cogliere in questo senso, però c'è un arretratezza mostruosa, noi abbiamo le leggi più avanzate del mondo, non c'è una legge in sanità che non parli di articolo 32 e che non parli di diritti fondamentali, però accanto a queste tonnellate normative abbiamo una grande contraddizione, in modo popolare "l'acqua è tanta e la papera non galleggia".





# IL COLLEGIO IPASVI DI BARI AL TORNEO NAZIONALE DI CALCETTO

Vittorio  
GUGLIELMI



Si è tenuta ad Alba Adriatica (TE) la 1° edizione del torneo Nightingal, il Campionato Nazionale di Calcio a 5 riservato agli Infermieri e Studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica.

Le origini della manifestazione nazionale risiedono in un'intuizione dell'ASD Cuspidi (Cultura Sportiva Infermieri d'Italia), organizzatrice ed ideatrice dell'evento.

L'idea del Nightingal, un torneo di calcio a 5 giocato tutto d'un fiato in un solo weekend, è nata dal dato di fatto che in ogni ospedale d'Italia ci sono infermieri

appassionati di calcio, i quali a loro volta partecipano spesso e volentieri a dei veri e propri tornei aziendali. Per gestire al meglio il Nightingal, l'ASD Cuspidi ha chiesto la collaborazione dell'AICS (Associazione Italiana Cultura e Sport) di Roma e dell'A.R.A. (Associazione Romana Arbitri), che hanno curato tutti gli aspetti tecnici dell'organizzazione.

La scelta di una "competizione lampo" si è resa necessaria per due motivi: contenere i costi (il torneo è stato auto-finanziato) e non indurre i partecipanti a lunghe assenze dal lavoro e da impegni personali.

Ogni team ha avuto la possibilità di includere da un minimo di 7 ad un massimo di 12 giocatori, Infermieri e/o Studenti Infermieri. La composizione di ogni rosa, altresì, ha previsto l'inserimento di un massimo di 3 atleti non appartenenti alla professione infermieristica, ma comunque lavoratori in

>>



servizio presso aziende sanitarie pubbliche o private.

Ai nastri di partenza, le squadre iscritte sono state le seguenti: E-Team Milano, Ipasvi Bari, Ipasvi Brescia, Ipasvi Roma, Ipasvi Rovigo, Nursind Teramo, tutte con l'obbligo di ritrovarsi a partire dalle ore 14,00 di venerdì 23 maggio presso l'Hotel Sporting di Alba Adriatica, struttura ospitante.

Unica equipe del sud nonché della Puglia iscritta alla manifestazione è stata la squadra sostenuta dal Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di BARI.

Tale manifestazione è perfettamente riuscita e gli organizzatori contano di renderla un appuntamento annuale, magari da tenersi in località sempre diverse. Nell'evento po-

trebbero inserirsi altre discipline sportive, in modo da coinvolgere anche infermiere/i non appassionati/i di calcio.

Le prossime edizioni potrebbero ad esempio prevedere al di là delle gare, altre attività correlate al mondo infermieristico: corsi di aggiornamento ECM, presentazione di lavori e pubblicazioni di colleghi, altre iniziative a carattere ricreativo o di beneficenza. Per concludere ricordiamo che il "primo atto" si è rivelato non solo un momento di svago e competizione sportiva, ma anche come occasione di confronto tra infermieri di tutte le zone d'Italia, in merito a problematiche, esigenze e punti di forza della nostra professione. Appuntamento alla prossima edizione.



#### LA SQUADRA DI CALCETTO DEL COLLEGIO IPASVI DI BARI

**In alto, da sinistra verso destra:** Giuseppe VITALE (Infermiere "Fondazione S. Maugeri" - Cassano delle Murge), Donato Giuseppe SORANNO (Infermiere Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Antonio GASPARRO (Infermiere Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Angelo MASELLI (T.S.L.B. Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Vittorio GUGLIELMI (Infermiere Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Giuseppe MAUSOLEO (Infermiere R.S.S.A. San Pio - Adelfia).

**In basso da sinistra verso destra:** Claudio SERINI (Soc. Pellegrini Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Marco CASSANO (O.S.S. Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Emiliano SANSONETTI (Infermiere Ospedale "F. Miulli" - Acquaviva delle Fonti), Giuseppe DALANO (Infermiere "Fondazione S. Maugeri" - Cassano delle Murge), Saverio ANSELMINI (Infermiere "ASL-BA").



**SPUNTI DI RIFLESSIONE**

a cura di

**avv. Raffaele Cristiano Losacco**

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

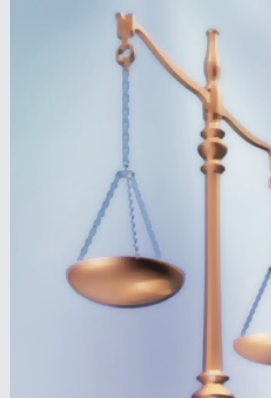
**PERMESSI RETRIBUITI DI CUI ALLA LEGGE 104/1992**

La Cassazione afferma l'illegittimità della trattenuta sulla tredicesima nel caso dei permessi usufruiti, ai sensi della legge 104/92, dalla lavoratrice madre di un minore portatore di handicap. Tanto si sostanzia come di un deterrente per il godimento dei benefici, contrario alle finalità della norma. Il principio espresso è che vi possa essere computabilità tra permessi e tredicesima e opera sia nel settore privato sia nel pubblico. La Corte di Appello di Reggio Calabria condannava una società a corrispondere alla propria dipendente una somma di denaro riguardante i permessi usufruiti ex art. 33, comma 3, l. n. 104/1992 in qualità di lavoratrice madre di minore portatore di handicap. Emergeva, in questo giudizio di secondo grado, che la non computabilità di detti permessi ai fini della tredicesima opera solo nel caso in cui questi si cumulino con i congedi parentali previsti dall'art. 7 l. n. 1204/1971 (legge sulla tutela della maternità, modificata dal Dlgs 151/2001). In buona sostanza, poiché ambedue le normative permettono dei permessi le trattenute, si possono applicare solo nel caso si usufruisca dei permessi di tutte e due le normative. La parte datorile, nel rivolgersi alla Suprema Corte, lamenta la falsa applicazione della norma riguardante le agevolazioni per i genitori lavoratori con figli minori con handicap. Una lettura sistematica della disciplina dei permessi ci induce a ritenere come gli stessi possano essere estesi per i congedi parentali pur in presenza di contraddizioni, in primo luogo, rispetto alla loro diversa natura e al loro diverso regime economico. Il congedo parentale può essere richiesto per un lasso di tempo ampio, tale da determinare una «significativa sospensione» della prestazione lavorativa, a differenza dei permessi, sicuramente incidenti in misura limitata. Inoltre nel caso dell'astensione facoltativa spetta un'indennità inferiore alla normale retribuzione, mentre per chi presta assistenza ai portatori di handicap grave l'indennità, si commisura alla retribuzione intera. Altro principio ribadito in sentenza è quello della preminente funzione sociale dei permessi. In conclusione si evidenzia come ragioni di coe-

renza con la funzione dei permessi e con i principi indicati impongano un'interpretazione della disposizione maggiormente idonea a evitare che l'incidenza sull'ammontare della retribuzione possa fungere da aggravio della situazione economica dei congiunti del portatore di handicap, finendo per disincentivare l'utilizzo del permesso stesso.

**RECUPERO DELLA RETRIBUZIONE A CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO PENALE/DISCIPLINARE**

In tema di sospensione cautelare dal servizio, connessa alla pendenza di un procedimento penale conclusosi con sentenza di assoluzione o di proscioglimento, implicante l'automatica caducazione della misura cautelare, il lavoratore ha diritto alle retribuzioni non corrisposte nel relativo periodo di sospensione. Lo ha affermato la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 15444, depositata il 7 luglio 2014. Tutto nasce dalla vicenda che ha coinvolto una lavoratrice, a seguito del decesso di uno dei pazienti ospitati nella struttura presso la quale lavorava, veniva disposta la sospensione cautelare dal servizio, per aver la stessa ommesso la vigilanza cui era tenuta, in qualità di accompagnatrice. La donna chiedeva al Tribunale l'accertamento dell'illegittimità del provvedimento di sospensione cautelare (e nelle more comunicava le proprie dimissioni in modo da poter cercare altra occupazione), per mancanza dei presupposti del licenziamento, e la contestuale condanna della datrice alla corresponsione della retribuzione relativa al periodo di durata della sospensione sino alle dimissioni. La domanda era accolta dal giudice di prime cure e confermata in appello. Avverso la sentenza della Corte d'appello proponeva ricorso per cassazione l'associazione datrice di lavoro. La sospensione cautelare si configura come istituto i cui effetti permangono sino a quando non intervenga l'accertamento demandato al procedimento penale o disciplinare. Il relativo diritto alle retribuzioni non corrisposte nel relativo periodo è condizionato alla conclusione di tale procedimento in senso favorevole al lavoratore, venendo definitivamente meno, con essa, la possibilità di risoluzione del rapporto di lavoro.



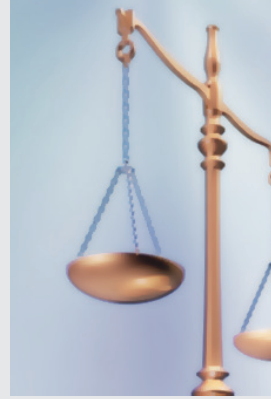


ro, in vista della quale la sospensione era stata disposta. Solo ove il procedimento disciplinare si finisca in senso sfavorevole al dipendente il provvedimento cautelare culmina con il licenziamento, tramutandosi in definitiva interruzione del rapporto, con perdita ex tunc del diritto alle retribuzioni a far data dal momento della sospensione medesima. La sospensione ha, quindi natura provvisoria e non sanzionatoria. Nel caso di specie, il rapporto di lavoro si è risolto per le dimissioni rassegnate dalla lavoratrice prima della conclusione definitiva in senso favorevole alla predetta del procedimento penale, cosicché nessun procedimento disciplinare ha avuto corso, con conseguente caducazione della misura della sospensione, stante la natura meramente cautelare della stessa. Non può, infatti, in alcun modo conferirsi natura sanzionatoria al provvedimento di sospensione di natura provvisoria. Le norme del contratto collettivo sanità nel prevedere l'automatica perdita di efficacia della misura ove intervenga una sentenza di assoluzione o il proscioglimento con formula piena, stabilisce il conguaglio di «quanto dovuto al lavoratore se fosse rimasto in servizio», perfettamente in conformità con la natura non sanzionatoria ma meramente cautelare-provvisoria della misura. Nel caso di specie, nei confronti del dipendente cui era stata disposta la misura cautelare poi rimasta, caducata a seguito di assoluzione, è stato, correttamente, disposto il ripristino con effetto ex tunc dell'intero trattamento economico, con inclusione nella retribuzione di tutto ciò che gli sarebbe spettato, ove avesse prestato la normale attività lavorativa. Per questi motivi a volte la sospensione cautelare dal servizio con privazione della retribuzione può essere considerata un vero e proprio boomerang per parte datorile la quale a fronte di un'assoluzione/proscioglimento dello stesso si vede costretta a retribuire il lavoratore per tutta la durata della sospensione e senza aver usufruito della prestazione lavorativa dello stesso.

#### **IL LICENZIAMENTO INDIVIDUALE PER GIUSTIFICATO MOTIVO OGGETTIVO**

Tanti quesiti mi sono posti a proposito del licenziamento per giustificato motivo oggettivo anche

sull'ennesima riforma che detto istituto ha subito ed anche in base alle interpretazioni fornite dalla dottrina e dalla giurisprudenza su quanto affermato dall'art. 3 della Legge 604/1966 e successive modifiche. Il licenziamento per giustificato motivo oggettivo è quello determinato da "ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro e al regolare funzionamento di essa". Le ragioni concrete, in base alle pronunzie giurisprudenziali, che legittimano il licenziamento individuale per giustificato motivo oggettivo sono riconducibili o a specifiche esigenze aziendali che impongono la soppressione del posto di lavoro (c.d. esigenze obiettive d'impresa) oppure da comportamenti o situazioni facenti capo al prestatore di lavoro, purché costituiscano una ragione di risoluzione del rapporto (c.d. circostanze incolpevoli inerenti al lavoratore). Tra le prime, rientrano le soppressioni di posti di lavoro a causa d'innovazioni tecnologiche (ad esempio, l'introduzione di sistemi automatici di erogazione di banconote, come il bancomat), oppure a causa di riassetto organizzativi (ad esempio, la decisione di passare da una rete di vendita diretta a un'indiretta, affidandosi ad agenti), oppure per una riorganizzazione dovuta alla necessità di contenere i costi aziendali (ad esempio, rinunciando ad avere un responsabile del personale affidando ad altre funzioni aziendali esistenti i suoi compiti e mansioni). Tra le seconde si fanno rientrare invece quei comportamenti o situazioni del lavoratore, pur incolpevole sotto il profilo giuslavoristico, che non gli consentano di adempiere i suoi obblighi contrattuali (ad esempio, perché la sua assenza per malattia abbia superato i limiti di tempo previsti dalla contrattazione collettiva, oppure per sopraggiunta inidoneità allo svolgimento delle mansioni). Con la Legge n. 92/2012 (c.d. legge Fornero), il legislatore ha ritenuto opportuno prevedere che, nel caso di licenziamenti individuali per giustificato motivo oggettivo, il datore di lavoro che abbia alle proprie dipendenze più di quindici lavoratori nella stessa unità produttiva o nello stesso Comune o comunque più di sessanta lavoratori complessivamente, debba seguire una specifica procedura. La procedura, è indicata nel nuovo testo dell'art.



7 della Legge 604/1966, e prevede quanto di seguito:

- il datore di lavoro che ritenga di trovarsi in una delle situazioni per cui è necessario, per motivi oggettivi, il licenziamento di un lavoratore, prima di formalizzare il recesso dal contratto di lavoro, deve inviare alla Direzione territoriale del lavoro del luogo dove il lavoratore presta la sua opera, e, per conoscenza, al lavoratore, una comunicazione in forma scritta in cui siano indicati: l'intenzione di procedere al licenziamento per motivo oggettivo, specificando i motivi alla base del licenziamento e le eventuali misure di assistenza alla ricollocazione del lavoratore interessato;
- entro il termine perentorio di sette giorni decorrenti dalla data di ricezione della comunicazione, la Direzione territoriale del lavoro deve convocare il datore di lavoro e il lavoratore per un incontro, che consiste sostanzialmente in un tentativo di conciliazione, da svolgersi dinanzi alla commissione provinciale di conciliazione (articolo 410 del codice di procedura civile);
- l'incontro dovrà svolgersi e terminarsi entro venti giorni (di calendario) dal momento in cui la Direzione territoriale del lavoro ha trasmesso la convocazione (salvo, naturalmente, che le parti non ritengano, di comune accordo, di proseguire i contatti nel tentativo di raggiungere un accordo). Durante l'incontro, datore di lavoro e lavoratore potranno farsi assistere dalle organizzazioni di rappresentanza cui sono iscritte o abbiano conferito mandato, oppure da un componente della rappresentanza sindacale dei lavoratori, ovvero da un avvocato o da un consulente del lavoro;
- al termine dei venti giorni (o del più lungo periodo concordato tra le parti o del periodo di sospensione dovuto a legittimo e documentato impedimento del lavoratore), se non si è trovato un accordo, il datore di lavoro potrà comunicare il licenziamento al lavoratore in forma scritta specificando i motivi che l'hanno determinato; rispettando il diritto del lavoratore a pre-

stare il contrattuale periodo di preavviso oppure, in alternativa, a ricevere la relativa indennità sostitutiva. A far data dalla comunicazione del licenziamento, il lavoratore ha il diritto di impugnarlo, nel rispetto delle seguenti condizioni: innanzitutto, facendo pervenire al datore di lavoro, a pena di decadenza, una comunicazione, entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione del licenziamento in forma scritta, in cui sia resa nota la propria volontà di impugnare il licenziamento anche per il tramite dell'organizzazione sindacale cui aderisca o abbia conferito mandato.

Una volta effettuata l'impugnazione al datore di lavoro, il lavoratore può ricorrere, in alternativa, ad una delle due seguenti procedure:

- in via amministrativa, con un tentativo di conciliazione, facendo pervenire al datore di lavoro, sotto pena di inefficacia dell'impugnazione, formale richiesta di tentativo di conciliazione o arbitrato entro il termine di centottanta giorni dalla data dell'impugnazione; In caso di rifiuto del datore di lavoro allo svolgimento del tentativo di conciliazione oppure in caso di mancato accordo, il lavoratore potrà impugnare il licenziamento in sede giudiziaria, effettuando il deposito di ricorso al giudice del lavoro sotto pena di decadenza dell'impugnazione, entro sessanta giorni dalla data del rifiuto o del mancato accordo;
- in via giudiziaria, effettuando il deposito di ricorso al giudice del lavoro sotto pena di inefficacia dell'impugnazione, entro il termine di centottanta giorni dalla data dell'impugnazione. Nel caso in cui il giudice rilevi l'illegittimità del licenziamento, le conseguenze sono indicate dall'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, così come novellato dalla Legge n. 92/2012, e sono diverse in funzione dei motivi di tale illegittimità. Ed è in questa fase che comincia il disagio interpretativo della norma. Nel caso di illegittimità per motivi discriminatori: il licenziamento ritenuto discriminatorio, indipendentemente dal motivo formalmente addotto e quale che sia il



numero dei dipendenti occupati dal datore di lavoro e quale che sia la qualifica del lavoratore (quindi, anche i dirigenti) è nullo. Nel caso di mancanza della forma scritta: il licenziamento intimato oralmente è inefficace; Aver contratto matrimonio: ove il giudice abbia ritenuto che il licenziamento sia stato intimato perché la lavoratrice ha contratto matrimonio, ne dichiara la nullità se intimato nel periodo intercorrente dal giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio, in quanto segua la celebrazione, a un anno dopo la celebrazione stessa. In caso di Maternità/paternità: se il licenziamento è stato intimato dall'inizio del periodo di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, è nullo. Per un motivo illecito: se datore di lavoro e lavoratore si sono accordati per procedere al licenziamento esclusivamente per un motivo illecito comune ad entrambi, il licenziamento è nullo. Per motivo di tipo disciplinare: Il datore di lavoro sarà condannato a reintegrare il lavoratore nel posto di lavoro risarcendolo per il danno subito e fissando un'indennità commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto maturata dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotte le eventuali somme percepite dal lavoratore durante il periodo di estromissione per lo svolgimento di altre attività lavorative) e comunque non inferiore a cinque mensilità della retribuzione globale di fatto. Inoltre il datore di lavoro dovrà versare i contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

- Nei casi di illegittimità dovuti a mancanza o carenza di motivazione, riscontrata nella

comunicazione preventiva e nella lettera di licenziamento, anche se si ritiene peraltro successivamente dimostrata dal datore di lavoro. Nel caso di mancato od incompleto rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 della Legge 15 luglio 1966, n. 604 e già sopra illustrate, il giudice può dichiarare risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condannare il datore di lavoro al pagamento di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata, in relazione alla gravità della violazione formale o procedurale commessa dal datore di lavoro, tra un minimo di sei e un massimo di dodici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto.

- Nel caso di riscontrato difetto di giustificazione (in aggiunta alla mancanza o carenza di motivazione): il giudice disporrà l'annullamento del licenziamento e la condanna del datore di lavoro alla reintegrazione nel posto di lavoro e al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) e comunque non superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto. Inoltre, al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (maggiorati degli interessi nella misura legale ma senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione) con deduzione dei contributi accreditati al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative durante il periodo di estromissione. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ul-



tima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

- Nel caso di illegittimità dovuto a mancata giustificazione del licenziamento per sopraggiunta inidoneità fisica o psichica del lavoratore assunto in forza della legge 68/1999 sul collocamento dei disabili, il giudice può annullare il licenziamento e condannare il datore di lavoro, alla reintegrazione nel posto di lavoro e al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) e comunque non superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto. Inoltre il datore di lavoro dovrà versare i contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (maggiorati degli interessi nella misura legale ma senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione) con deduzione dei contributi accreditati al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative durante il periodo di estromissione. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.
- Ove sia stata riscontrata la manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo: il giudice può annullare il licenziamento e condannare il datore di lavoro alla reintegrazione nel posto di lavoro e al pagamento di

un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) con un massimo di dodici mensilità della retribuzione globale di fatto. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

- Se vi è inesistenza degli estremi del giustificato motivo oggettivo: il giudice dichiara risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condanna il datore di lavoro al pagamento di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata, in relazione alla gravità della violazione formale o procedurale commessa dal datore di lavoro, tra un minimo di dodici ed un massimo di ventiquattro mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto.
- Ove gli elementi di prova forniti dal datore di lavoro vengano ritenuti irrilevanti o insufficienti, in caso di licenziamento di lavoratori che siano rappresentanti sindacali, il giudice, in ogni stato e grado del giudizio di merito, può disporre con ordinanza, la reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro. In tutto ciò non poteva mancare anche il diritto di revoca del licenziamento. Ed infatti, il datore di lavoro può revocare il licenziamento, ma a condizione che ciò avvenga entro il termine di quindici giorni dalla comunicazione del lavoratore al datore di lavoro dell'impugnazione del licenziamento stesso. In tale ipotesi, il rapporto di lavoro si intende ripristinato senza soluzione di continuità, con diritto del lavo-

**CLXXXI**



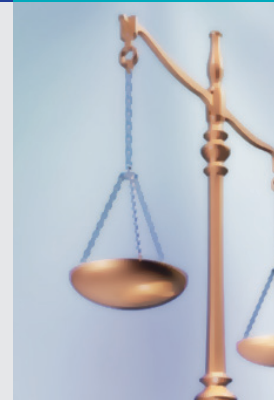
ratore alla sola retribuzione maturata nel periodo precedente alla revoca, e non trovano applicazione i regimi sanzionatori previsti dall'art. 18 dello Statuto dei lavoratori. Diritto di rinuncia alla reintegrazione: in tutti i casi in cui il giudice abbia ritenuto illegittimo il licenziamento e condannato il datore di lavoro alla reintegrazione, il lavoratore potrà rinunciarvi, chiedendo al datore di lavoro, in sostituzione della reintegrazione nel posto di lavoro, un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, non è assoggettata a contribuzione previdenziale. Tale richiesta, che deve essere effettuata entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, se anteriore alla predetta comunicazione, determina la risoluzione del rapporto di lavoro. Resta peraltro fermo il diritto del lavoratore a percepire l'indennità risarcitoria, così come determinata in funzione del tipo di illegittimità del licenziamento. Ove il lavoratore, entro trenta giorni dall'invito del datore di lavoro non abbia ripreso servizio o non abbia richiesto l'indennità di cui sopra, il rapporto di lavoro si intende risolto.

Le modifiche apportate dalla Legge Fornero alla disciplina sui licenziamenti, ed in particolare in materia di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, sono rilevanti, basti pensare alla rigida procedura che il datore di lavoro è tenuto ad osservare preventivamente all'attuazione del licenziamento, oppure alla possibilità, in presenza talune forme di riscontrata illegittimità del licenziamento, di non reintegrare il lavoratore. Notevoli (anzi abnormi) sono i margini di discrezionalità dei giudici di merito circa l'interpretazione di molte di tali norme: basti pensare alle fattispecie di illegittimità indicate nella nuova formulazione dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, come ad esempio quelle legate alla "violazione del requisito di motivazione" o ad un "difetto di giustificazione" (comma 6) oppure alla "manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo" o al fatto "che non ricorrono gli estremi del predetto giustificato motivo" (comma 7). Andrà inoltre verificato

quale orientamento i giudici di merito adotteranno circa il c.d. "repechage": fino ad oggi, infatti, la legittimità di un licenziamento per giustificato motivo oggettivo dovuto a soppressione di posto di lavoro era rigorosamente legata alla impossibilità di adibire il lavoratore ad altre posizioni lavorative, purché esistenti e non coperte da altro lavoratore e purché le relative mansioni fossero equivalenti o addirittura inferiori.

#### IL FONDO DI GARANZIA INPS

Un lavoratore, dopo aver infruttuosamente esperito una procedura di esecuzione (ricorso per decreto ingiuntivo, atto di precetto e pignoramento diretto o presso terzi) ed aver altresì proposto istanza per la dichiarazione di fallimento del datore di lavoro (istanza rigettata per la modesta entità del debito), otteneva il pagamento del t.f.r. dall'INPS, quale gestore del Fondo di garanzia per il trattamento di fine rapporto, a seguito di insolvenza della società datrice, in via giudiziale. L'azione nei confronti del Fondo di garanzia cos'è? L'art. 2, comma 5, l. n. 297/1982 (disciplina del trattamento di fine rapporto e norme in materia pensionistica) dispone il pagamento del t.f.r. da parte dell'INPS qualora il datore di lavoro non soggetto a fallimento non adempia, in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, a detto pagamento, sempreché il lavoratore abbia infruttuosamente esperito l'esecuzione forzata per ottenere il credito. L'azione nei confronti del Fondo di Garanzia ex art. 2, comma 5, l. n. 297/82, trova ingresso ogni qual volta il datore di lavoro non sia assoggettato a fallimento, vuoi per le sue condizioni soggettive, vuoi per ragioni ostative di carattere oggettivo. La Cassazione ribadisce una lettura estensiva della legge nazionale che trova piena giustificazione nella facoltà data dal diritto comunitario (direttiva CE n. 987/1980) ai legislatori nazionali di assicurare la tutela dei lavoratori anche in casi di insolvenza accertati con modalità e in sedi diverse da quelle tipiche delle procedure concorsuali. Inoltre, questa interpretazione estensiva escluderebbe quella situazione di non-copertura assicurativa che altrimenti si verrebbe a verificare quando il datore di lavoro risulti astrattamente assoggettabile al fallimento, ma



questo non può in concreto essere dichiarato. La Corte di Cassazione ribadisce il principio di diritto secondo il quale, ai fini della tutela prevista dalla l. n. 297/1982 in favore del lavoratore, per il pagamento del t.f.r. in caso di insolvenza del datore di lavoro, quest'ultimo, se è assoggettabile al fallimento, ma in concreto non può essere dichiarato fallito per la esiguità del credito azionato, va considerato non soggetto a fallimento, con conseguente applicazione dell'art. 2 della legge summenzionata. Il lavoratore può conseguire le prestazioni del Fondo di garanzia costituito presso l'INPS a condizione che abbia, preventivamente, esperito una procedura di esecuzione in maniera infruttuosa, salvo che risultino in atti altre circostanze che dimostrino l'esistenza di altri beni aggredibili con l'esecuzione forzata.

### **RESPONSABILITÀ DELL'IMPRENDITORE EX ART. 2087 CC**

Ai fini della sussistenza della responsabilità ex art. 2087 cc, è irrilevante l'assenza di doglianze mosse dal lavoratore, così come l'ignoranza delle particolari condizioni in cui sono prestate le mansioni affidate ai dipendenti, che, salvo prova contraria, si presumono conosciute dal datore di lavoro in quanto espressione ed attuazione concreta dell'assetto organizzativo adottato dall'imprenditore (nella specie, il dipendente, deceduto per infarto del miocardio, era stato costretto, ancorché non per sollecitazione diretta, a conformare i propri ritmi di lavoro all'esigenza di realizzare lo smaltimento delle proprie incombenze, nei tempi richiesti dalla natura e dalla molteplicità degli incarichi affidatigli). Ed infatti, in materia di responsabilità dell'imprenditore ex art. 2087 cc, gli effetti della conformazione della condotta del prestatore ai canoni di cui all'art. 2104 cc, coerentemente con il livello di responsabilità proprio delle funzioni e in ragione del soddisfacimento delle ragioni dell'impresa, non integrano mai una colpa del lavoratore. Le norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro devono essere osservate non solo a tutela dei dipendenti, ma anche delle persone estranee, ivi compresi i soci della società, anche di fatto, datrice di lavoro, che occasionalmente si trovino

sui luoghi di lavoro. Tale principio è stato finora esteso ed ossia si applica o meglio estende le norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro anche delle persone estranee che occasionalmente si trovino sui luoghi di lavoro. In materia di ampiezza della tutela antinfortunistica la Cassazione ha stabilito un principio per il quale in relazione all'Esercizio delle attività imprenditoriali in capo all'imprenditore vi è l'obbligo d'adozione di misure antinfortunistiche; tale obbligo incombe anche su società o enti cooperativi i cui soci siano impiegati nel suddetto Esercizio, stante l'espressa equiparazione di costoro ai lavoratori subordinati con la conseguenza che la mancata attuazione delle menzionate misure ben può costituire, anche al di fuori di un rapporto di lavoro subordinato, fonte di responsabilità di quelle società per l'infortunio occorso ai loro soci.

### **INDENNITÀ DI TRASFERTA PUBBLICI DIPENDENTI**

Se ne sta parlando molto in questo ultimo periodo di mobilità e di trasferte per i pubblici dipendenti nel raggio di 50 Km (al momento della redazione dell'inserto questa è la distanza paventata, poi le modifiche sono all'ordine del giorno). Nel caso di specie, l'azienda ha spostato alcuni operatori, prevedendo però – come da accordo sindacale – il non riconoscimento della relativa "indennità di trasferta", ma, dal canto loro, i lavoratori salvavano il 'posto', nonostante la crisi dell'impresa. Scambio, sembrerà strano, ma assolutamente legittimo, non solo per la partecipazione attiva dei sindacati, ma anche, anzi soprattutto, per l'obiettivo prefissato: evitare lo spauracchio dei licenziamenti. Di conseguenza, è illogica la richiesta, a posteriori, di un dipendente di vedersi riconosciuta l'indennità di trasferta non versata – per i diciotto mesi previsti nell'accordo – dall'azienda (Cass., sent. n. 14944/2014). Casus belli, paradossalmente, è l'«accordo», a fine 1999 (e sentenza che decide definitivamente il caso dopo 13 anni!), messo 'nero su bianco' per «evitare licenziamenti a fronte di una crisi aziendale»: elemento centrale è la «mobilitazione temporanea di cinque lavoratori» – spostati



di circa 40 chilometri e collocati in un nuovo stabilimento – senza, però, «rimborso delle indennità di trasferta» per un periodo di diciotto mesi. Tale azione è stata adottata, dall'impresa, per salvare il posto di lavoro dei dipendenti. E questo elemento è decisivo per i giudici, sia di primo che di secondo grado, i quali respingono la richiesta avanzata da uno dei lavoratori trasferiti, e finalizzata a ottenere, a posteriori, la «corresponsione di quanto dovuto per l'indennità di trasferta, relativamente al periodo gennaio 2000-giugno 2001». Per i giudici è decisiva la considerazione che «la natura retributiva dell'indennità di trasferta non ne esclude la negoziabilità, specialmente quando la movimentazione dei lavoratori viene prevista», come in questa vicenda, per «evitare il licenziamento e fronteggiare una situazione di crisi aziendale». Secondo il lavoratore, però, l'ottica adottata dai giudici in Corte d'Appello è erronea. Per una ragione fondamentale: è stato trascurato il fatto che per altri lavoratori, anch'essi trasferiti – seppur, bisogna annotare, con uno spostamento molto più complicato, pari a circa 280 chilometri – e sempre a causa della «crisi aziendale», è stata, invece, riconosciuta l'«indennità di trasferta». Allo stesso tempo, peraltro, il lavoratore sostiene di non avere affatto condiviso la 'filosofia' adottata dai sindacati. Ma queste obiezioni si rivelano assolutamente inutili. In premessa, i giudici del 'Palazzaccio' ricordano che «un contratto collettivo può incidere in senso peggiorativo su diritti del singolo lavoratore non ancora acquisiti», e sottolineano, poi, il valore della «adesione» dei lavoratori, sia «esplicita» che «implicita». Ebbene, dalla ricostruzione della vicenda emerge che il lavoratore ha «dato pratica applicazione, senza mai lamentarsene, alla clausola prevedente la trasferta senza l'attribuzione dei rimborsi», solo per «alcuni mesi»: tale «comportamento», spiegano i giudici, è da intendere «come accettazione implicita della clausola del contratto, peraltro incidente su diritti patrimoniali non ancora acquisiti da parte del lavoratore». Peraltro, «la trasferta, temporaneamente senza indennità» appare configurabile, sostengono ancora i giudici, come «una soluzione che

non è stata adottata dal datore di lavoro nel suo esclusivo interesse, ma precipuamente per tutelare l'interesse dei lavoratori di evitare la perdita del posto, nell'impossibilità di una prosecuzione dell'attività nella sede di origine». È lapalissiano, concludono i giudici, che il «sacrificio», sostenuto per pochi mesi, della «mancata riscossione dell'indennità di trasferta» sia stato adeguatamente «ripagato dal mantenimento del posto di lavoro».

#### RENDITE VITALIZIE

La ricorrente proponeva ricorso in Cassazione contro la sentenza d'appello che le impediva di conseguire dall'INAIL la rendita ai superstiti (art. 85 d.P.R. n. 1124/65), in qualità di madre del contribuente deceduto in seguito ad infortunio sul lavoro, in quanto la Corte d'Appello di Cagliari aveva escluso l'insufficienza dei mezzi di sussistenza della stessa, valutati sì limitati, ma comunque sufficienti a fronteggiare le primarie esigenze di vita. La cosiddetta valutazione della sufficienza dei mezzi di sussistenza. Il livello quantitativo dei mezzi propri di sussistenza (purtroppo a volte le normative dicono sin troppo a volte poco o nulla) non è determinato né per legge, né con direttive amministrative, né attraverso la giurisprudenza di legittimità. La determinazione in concreto della sufficienza dei mezzi di sussistenza è, dunque, tipico giudizio demandato al giudice di merito, il quale può rilevare tale sufficienza in relazione al costo della vita, al potere di acquisto della moneta e agli altri standards sociali del luogo in cui la vicenda si svolge. Nel caso in esame, il giudice d'appello aveva dato rilievo al reddito da pensione e ai debiti inerenti alla casa di abitazione, e non a fatti eccezionali quali i debiti ereditati dal marito defunto nella gestione dell'attività commerciale. Il rapporto tra il contributo del de cuius e i mezzi propri dell'ascendente, ai sensi dell'art. 106 d.P.R. n. 1124/65 «la vivente a carico è provata quando risulti che gli ascendenti si trovino senza mezzi di sussistenza autonomi sufficienti ed al mantenimento di essi concorrevano in modo efficiente il defunto». I due presupposti, secondo giurisprudenza costante, sono entrambi necessari e devono coesistere in ogni singolo caso (Cass., n. 18520/2006).





# IL FOGLIO UNICO DI TERAPIA È UNA REALTÀ

Giovanna  
SGUERA



La sicurezza del paziente e il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie sono diventati il fulcro delle Aziende Sanitarie. Sono in aumento il numero dei controlli,

in particolare, sui rischi connessi alla qualità dell'assistenza sanitaria, per garantirne l'efficacia e l'efficienza del sistema in toto. La gestione del Rischio Clinico è uno degli interventi messi in atto, ad opera della Direzione Strategica della ASL BAT, per monitorare il lavoro degli operatori sanitari valutando gli eventi avversi e i punti deboli dell'organizzazione del lavoro stesso. L'errore più comune è individuato nella terapia farmacologica. Il Foglio Unico di Terapia (F.U.T.) è un ottimo strumento di comunicazione interna in cui convergono tutte le informazioni terapeutiche dei pazienti ricoverati; parte integrante della cartella clinica, è un efficace strumento per prevenire gli errori di terapia, in particolare quelli causati dalla trascrizione delle prescrizioni mediche nella documentazione infermieristica e dalla mancanza di chiarezza ed incompletezza delle prescrizioni stesse.

La Regione Puglia, con la determina del 15/01/2013, ha disposto che tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e private accreditate adottino il F.U.T.. La scheda propone un

modulo unico di prescrizione e somministrazione terapeutica utilizzata da medici e infermieri in cooperazione tra loro. Queste due figure professionali collaborano per un'unica causa, salvaguardare la sicurezza e la salute del paziente. L'infermiere assume un ruolo prevalente, in quanto è direttamente identificabile nel foglio di terapia per la presenza della propria firma, è responsabile di eventuali errori. L'implementazione del F.U.T. è stata adottata in tutte le UU.OO. di degenza dell'ASL BAT. Durante una prima sperimentazione è stato necessario valutare la validità del F.U.T., attraverso questionari distribuiti al personale medico e infermieristico delle varie UU.OO. dei poli ospedalieri, con un'indagine soggettiva sull'indice di gradimento, sulla qualità dello stesso e sul suo contributo per migliorare l'assistenza sanitaria. I risultati, gratificanti e soddisfacenti, hanno confermato l'efficacia del F.U.T. Lo strumento ha migliorato il lavoro degli operatori sanitari, con una riduzione degli errori terapeutici, garantendo una maggiore sicurezza al paziente, perché permette, una chiara identificazione del paziente, una chiara indicazione del farmaco, dosaggio, via di somministrazione, l'avvenuta prescrizione e somministrazione e l'identificazione dell'inizio e sospensione terapia, nonché la completa rintracciabilità del lavoro degli operatori. Si è verificato un maggiore controllo sulla gestione della terapia che ha responsabilizzato il lavoro dei professionisti sanitari contribuendo a migliorare la qualità e la sicurezza delle pratiche cliniche.



# MARKETING IN SANITÀ

Legame intelligente tra offerta e domanda di salute

Adriana  
**PIAZZOLLA**



Alessandra  
**PIAZZOLLA**



In ambito sanitario è stato introdotto di recente il termine marketing. Il marketing sanitario, rappresenta la gestione ottimale dell'incontro tra offerta e domanda di salute, tra struttura sanitaria e utente destinatario dell'offerta. Il marketing è una filosofia, oltre che un insieme di strumenti

operativi. In quanto filosofia, si prefigge l'obiettivo di soddisfare e servire i bisogni degli utenti, rispondendo al contempo ai bisogni dei professionisti e delle organizzazioni. In quanto insieme di strumenti operativi, aiuta coloro che lavorano nel settore a capire i bisogni del mercato e del singolo cliente, a sviluppare prodotti e servizi di qualità, a comunicarne e pubblicizzarne l'offerta e a renderli accessibili.

L'obiettivo dell'assistenza sanitaria, è da sempre la promozione, il mantenimento o il recupero dello stato di salute e, pertanto, l'adozione di strumenti che possano contribuire al raggiungimento di tale traguardo deve essere promosso e divulgato quanto più possibile. In tal senso, l'utilizzo

di logiche di marketing può contribuire a migliorare equità, accessibilità, efficienza e appropriatezza in tutte le aree dell'assistenza sanitaria (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione).

Nella sanità pubblica il marketing è una funzione ancora in fase sperimentale, anche se in crescita e si pone come un "legame intelligente" tra domanda e offerta, contribuendo, con i suoi mezzi, a favorire il necessario equilibrio tra bisogni sanitari e prestazioni.

Con tale strumento si intende organizzare, coordinare e fornire una metodologia affinché la relativa offerta possa essere efficiente ed efficace. E' necessario che i singoli operatori della sanità e il sistema sanitario nel suo complesso impostino in modo diverso il rapporto con l'utente dei servizi sanitari, poiché dal marketing, dalle sue logiche e dai suoi strumenti può derivarne un contributo prezioso in tale direzione. In questo senso si può parlare di "nursing marketing": un nuovo modo di operare, attraverso il quale il corpo professionale infermieristico, mette in atto una potenzialità interna che, se ben orientata ed espressa, può rappresentare il fondamento di un nuovo sviluppo del sistema sanitario.

Oggi c'è un utente nuovo dei servizi e dei prodotti sanitari, un utente che ricerca informazioni, che compara, che valuta, che seleziona, che è consapevole dei servizi che gli vengono forniti, che si comporta in modo crescente da protagonista, da "attore attivo" del sistema, che si comporta, cioè, da consumatore. Questo nuovo utente si



è conquistato una posizione di parità nel rapporto con il sistema di offerta dei prodotti e dei servizi, proprio dimostrando di essere sempre più consumatore cioè attore nel processo di produzione e consumo e sempre meno “paziente” passivo.

Dall'altro lato vi è la professione infermieristica che si pone come protagonista attiva di tale cambiamento attraverso una progettualità di tipo imprenditoriale.

Per permettere al personale infermieristico di supportare adeguatamente l'offerta sanitaria si renderanno necessari, pertanto, una serie di elementi che, se assenti, potrebbero seriamente compromettere la stessa resa: valida leadership, aggiornamento costante, strategie organizzative, costante e puntuale comunicazione interna, capacità di relazionarsi con gli utenti per conoscerne le esigenze e interpretarne le richieste. Trattandosi di un processo logico, esso presenta diverse fasi conseguenti e indispensabili per un valido e ottimale nursing marketing:

- analisi del mercato sanitario di riferimento: ovvero indagare l'area territoriale entro cui l'offerta di salute intende porsi. Conoscere, per esempio, il numero delle nascite, il livello di presenza di anziani, il tasso di disabilità, l'eventuale abuso di droga e di fumo, il tasso di alcolismo, il livello di obesità, le patologie maggiormente diffuse, ecc. ;
- determinazione degli obiettivi e verifica del grado di attuazione, analizzando lo scarto tra realtà presente e il futuro prefigurato dalla visione dell'attività dell'organizzazione nell'anno successivo;
- scelta della strategia e stesura del piano che consente di raggiungere gli obiettivi prefissati;
- attuazione del piano: in questa fase si passa dal marketing strategico a quello operativo;
- controllo dei risultati: è un intervento di primaria importanza nel processo di marketing sanitario, in quanto la sua puntuale applicazione è in grado di assicurare ad un ente la costante verifica del suo operato;
- eventuale riformulazione degli obiettivi e della strategia: col tempo alcuni obiettivi potrebbero essere ridimensionati da una serie di contingenze e perciò andranno riformulati.

L'analisi del mercato sanitario in Italia ci mostra una distanza tra domanda e offerta, una distanza non definibile solo in termini di inadeguatezza qualitativa e/o di sovra o sotto dimensionamento della capacità produttiva rispetto alla domanda osservabile, ma anche nell'incongruenza rilevabile tra il gradimento dei cittadini italiani nei confronti del sistema sanitario e la percezione della sua qualità, e la posizione più che lusinghiera che la sanità italiana occupa nelle statistiche internazionali.

Il sistema sanitario non sembra adeguatamente attrezzato per gestire al meglio questo rapporto nuovo a cui gli utenti lo chiamano.

Per il sistema sanitario è arrivato il momento di aprirsi anche all'esterno, di ripensare i processi di interazione con il mercato, con la domanda, con l'utente, i suoi bisogni, le sue preferenze, le sue richieste di crescente differenziazione e personalizzazione dei prodotti e dei servizi.

In questo percorso nuovo, il marketing, in particolare nell'ambito infermieristico, con le sue logiche, i suoi strumenti, può svolgere un ruolo determinante, aiutando il sistema di offerta a far trovare al mercato sanitario un nuovo equilibrio, un punto in cui domanda e offerta possano interagire nel modo migliore.

Il sistema sanitario deve abituarsi a parlare di più e meglio all'utente e, soprattutto, deve imparare a parlare, in modo continuo e organizzato, con l'utente, lasciando, in primo luogo, che i professionisti sanitari possano, in modo rinnovato, tornare a farlo. Attraverso il marketing in sanità, dunque, viene fornito un contributo fondamentale alla realizzazione delle finalità delle aziende sanitarie, ossia il raggiungimento dello stato di salute sfruttando al meglio le risorse disponibili; pertanto sarebbe opportuna la diffusione di tale innovazione, al fine di consentire l'ottenimento di risultati che tengano conto delle richieste dell'utenza.

Ciò avrebbe importanti implicazioni in termini di maggiore appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, di miglioramento degli outcomes clinici, di incremento della soddisfazione degli utenti e, probabilmente, anche di riduzione della spesa o, almeno, di una sua migliore qualificazione.



# UNA VITA AL SERVIZIO DELLA VITA

Dall'Ospedale agli Istituti Scolastici

Fabio  
**CANNONE**



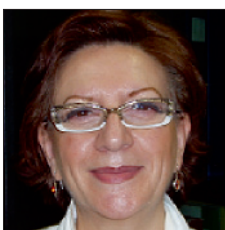
L'infermiere è il professionista sanitario che vota la propria esistenza alla tutela della salute, come bene fondamentale dell'individuo, un bene sancito dalla Costituzione, che egli riconosce come termine ultimo della propria pratica clinica, ma che persegue anche in veste di cittadino, all'interno del

al fine di rendere fruibile il messaggio che si intende far apprendere. L'unico mezzo è: l'informazione. Questo è reso possibile dalla prestazione infermieristica, che realizzando una serie di azioni finalizzate alla soluzione di un bisogno dell'utente, diventa applicabile anche quando questi bisogni oltre a essere conosciuti dalla persona che li esplica, non sono altresì avvertiti, pur essendo presenti e pertanto non manifesti. Rilevando la preoccupante mancanza d'informazione, si vuole attraverso questo studio legittimare, attingendo al Codice Deontologico, la nascita di una figura nuova di infermiere: colui che deve sorgere è un educatore, un sostenitore della vita, colui che guida chi ne ha più bisogno, individuando i punti di debolezza della società, delle politiche comunicative e informative, sostenendo la rete dei rapporti con le istituzioni, con la scuola, votando la propria esistenza alla salvaguardia della vita, conducendo verso la strada della salute gli adolescenti e i giovani che troppo spesso sono trascurati.

Per dimostrare la mancanza d'informazione giovanile sono stati sottoposti dei questionari anonimi a un campione di 112 studenti appartenenti a 5 classi quinte di 5 Licei, per un periodo di studio che percorre un intero anno, riguardanti gli stili di vita adottati dagli studenti baresi.

Facendo riferimento a dati reali ISTAT e OMS attingendo a relazioni del Ministero della Salute, sono stati stilati dei quesiti riguardanti: l'abitudine al fumo di sigaretta, l'assunzione di sostanze alcoliche e stupefacenti, l'utilizzo del profilattico, l'esposizione

Concetta  
**TASSIELLI**



nucleo familiare e nel quotidiano.

Qual è allora il ruolo dell'infermiere al di fuori dell'unità operativa?

Cosa si può fare, quindi, per le nuove generazioni?

Il codice deontologico definisce l'infermiere come colui che promuove stili di vita sani, diffonde il valore della cultura della salute, attraverso l'informazione e l'educazione. L'attività di prevenzione passa necessariamente attraverso l'educazione. La parola educazione deriva dal latino educere che significa: tirar fuori. Bisogna tirar fuori dalle menti della collettività la coscienza critica e la consapevolezza nei confronti della cultura della salute. Un'educazione efficace prevede l'impegno dei mezzi più appropriati



a raggi UV e lo stile di guida, per un totale di 34 quesiti a risposta multipla. Le ultime 3 domande riguardano la potenziale necessità di implementare le conoscenze possedute su tali temi.

I risultati sono stati preoccupanti, gettando una seria ombra sulle campagne educativo-formative adottate sino ad ora. Se si considera che il 74% dei 112 analizzati dichiara di fumare in maniera sporadica o continuativa, di non utilizzare il profilattico pur avendo una vita sessuale attiva: un dato, se pur minore, rispetto al 92% di coloro i quali affermano di consumare sostanze alcoliche quotidianamente o in maniera continuativa. La metà dei dichiaranti afferma di mettersi alla guida in stato di ebbrezza o dopo aver assunto sostanze stupefacenti, percentuale che raggiunge il 78% se si considera l'uso del cellulare alla guida. Ma i dati più allarmanti riguardano le età di insorgenza drammaticamente precoci.

Il 90% dei fumatori e alcolisti è compreso tra i 14 e i 16 anni, il 50% dei consumatori di sostanze stupefacenti è compreso tra i 16 e i 17 anni, età che si abbassa intorno ai 16 anni per i primi rapporti sessuali per più di 1/3 degli studenti. Dopo aver ricercato i dati sopracitati e dopo aver sottoposto i testi informativi sollecitando la lettura a voce alta per permettere la condivisione di dubbi, scambi di opinioni e condivisione di eventuali esperienze personali. Una percentuale vicina al 70% afferma che se avesse ricevuto una simile informazione in tempi precedenti non avrebbe assunto stili di vita dannosi e che alla luce delle informazioni ricevute non attuerà più tali condotte, avvertendo infine, la necessità di essere adeguatamente formati sul tema della salute. Gli studenti si sono mostrati increduli e impauriti nei confronti delle conseguenze che palesemente supponevano di non poter mai riscontrare.

Applicando il problem solving al gruppo

classe nel quale è stato rilevato un bisogno di informazione, appare chiaro come la diagnosi da individuare sia di altissimo rischio clinico, dovuto oltre che alla mancanza di nozioni anche alla sottostima dei rischi connessi a tali stili di vita adottati. Appare, dunque, evidente come una pianificazione basata sulla peer education, attuata attraverso l'utilizzo di materiale informativo chiaro, scientifico ed informale basato sulla cultura dell'imparare dall'errore, sia l'unico mezzo efficace e in questo studio sperimentato a fronte dei dati ottenuti, per ottenere lo sviluppo di una coscienza critica e informata sui temi della salute.

Questo è l'obiettivo che ogni infermiere deve perseguire, magari ampliando la rete di competenze e di compartecipazione istituzionale. La richiesta che deve essere avanzata è quella di un progetto educativo efficace, mirato alla prevenzione, all'informazione e alla formazione di una coscienza critica, rispetto ai temi della salute pubblica e della salvaguardia dell'integrità personale di ogni singolo cittadino, prima che questi si rivolga alla struttura ospedaliera

C'è tempo per ogni cosa e questo è il tempo di destarsi, è il tempo di rivendicare il ruolo dell'infermiere, sancito dal Codice Deontologico, è il tempo di affrontare nuove e irrinunciabili sfide.

È il tempo di rendersi promotori di un cambiamento, nella mentalità, un cambiamento nell'approccio alla vita quotidiana e alla professione, una totale apertura ai bisogni della comunità.

Non dismettendo mai appena usciti dall'unità operativa, quella divisa che gli infermieri di oggi e di domani, devono avere cucita sotto pelle e nel cuore. Solo in questo modo si potrà essere promotori della salute, guardiani dell'esistenza umana e tutori della collettività, solo mettendo la propria vita a servizio della vita, si potrà essere finalmente caregivers a 360°.

## BIBLIOGRAFIA

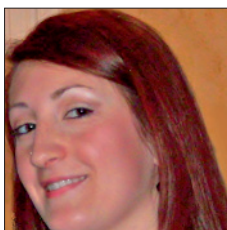
- Codice deontologico IPASVI 2009, Capo IV articolo 19;
- Art.32 della Costituzione Italiana
- Chiara A. Ripamonti e Carlo Alfredo Clerici, "Psicologia e salute", Capitolo 1, pag 34-35;
- Fry S., Johnstone M., "Etica per la professione infermieristica", Milano, CEA, 2004;



# IL CODICE ROSA

## L'approccio infermieristico in pronto soccorso al paziente vittima di violenza

Antonella  
**MASCOLO**



Quasi quotidianamente, l'infermiere di Pronto Soccorso si trova purtroppo a contatto con episodi di violenza, le cui vittime sono pazienti spaventati, impauriti, traumatizzati. Ed

è proprio in questo ambito che l'infermiere riveste un ruolo fondamentale, innanzitutto nel riconoscimento immediato del paziente vittima di violenza, al suo arrivo al triage (qualora non denunci direttamente l'accaduto); nell'assistenza da dedicare al caso, dopo l'ingresso in sala; nel tranquillizzarlo e nello spronare a reagire poi, rivestendo quindi anche un ruolo educativo e di supporto.

Che la violenza, soprattutto verso le donne, sia un problema di enorme rilevanza sociale e in costante aumento, emerge anche dall'ultimo rapporto ISTAT intitolato "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia", uno studio totalmente dedicato a questo triste fenomeno. Sono stimate in 6 milioni 743 mila le donne da 16 a 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (il 31,9% della classe di età considerata). 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%), 3 milioni 961 mila violenze fisiche (18,8%). Circa 1 milione di donne ha subito stupri o tentati stupri (4,8%).

Ovviamente le ripercussioni sono molteplici, sia dal punto di vista fisico che psicologico: quasi la metà delle donne, a seguito dei fatti subiti, ha riscontrato perdita di fiducia e autostima, sensazione di impotenza (44,9%); disturbi del sonno (41,5%), ansia (37,4%) e depressione (35,1%); difficoltà di concentrazione (24,3%), dolori ricorrenti in 3 diverse parti (18,5%); difficoltà a gestire i figli (14,3%), idee di suicidio e autolesionismo (12,3%). In questo contesto si va a collocare il Codice Rosa che, aggiungendosi ai tradizionali codici colore già in uso al Pronto Soccorso (bianco, verde, giallo, rosso), crea uno specifico percorso di accesso dedicato alle donne, bambini, anziani e, più in generale, a tutti quei soggetti deboli, vittime di violenza, spesso poco inclini a parlare dell'accaduto. Il codice, a cui è dedicata una stanza apposita nel Pronto Soccorso, viene assegnato dal personale infermieristico addestrato a riconoscere i segnali, non sempre evidenti, di una violenza subita, anche se non dichiarata, identificandone le vittime; non appena scatta, entra in funzione una task force composta dal personale sanitario (medici, infermieri, psicologi, per quanto concerne l'assistenza socio-sanitaria) e da forze dell'ordine e magistrati (per l'assistenza giudiziaria), che si attivano subito per l'individuazione dell'autore della violenza, garantendo immediatamente un percorso di tutela a 360°. Il Codice Rosa è nato come progetto pilota a Grosseto nel 2010, grazie a Vittoria Doretta, Dirigente Anestesista della Asl 9 di Grosseto, per tutelare tutte quelle fasce deboli



della popolazione, colpite da violenza, e dovrebbe assumere sempre più una dimensione regionale, nazionale e internazionale. Esso rappresenterebbe oggi un modello di lavoro sempre più innovativo ed efficace di intervento, a salvaguardia di chi può trovarsi vittima di abusi anche in un contesto domestico o comunque nelle situazioni più impensabili e nascoste. Nel 2012, con la firma del protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura Generale della Repubblica di Firenze, è diventato progetto regionale con l'avvio della sperimentazione nelle Aziende Usl di Arezzo, Lucca, Prato, Viareggio e Grosseto.

Il "Codice Rosa" funziona così:

1. Viene assegnato all'arrivo al triage del paziente da personale addestrato a riconoscere gli abusi, anche se non dichiarati apertamente, focalizzando l'attenzione anche su "campanelli d'allarme" o su atteggiamenti sospetti, assicurando la massima privacy e massima disponibilità all'ascolto, in quanto l'accoglienza e il supporto sono aspetti cruciali per il recupero psico-fisico delle vittime di violenza.
2. Il paziente fa il suo ingresso in una stanza apposita nel Pronto Soccorso (Stanza Rosa), dove viene visitato ed assistito da un team composto da personale sanitario (medici,

infermieri, psicologi, pediatri, ginecologi).

3. Qualora vi sia il sospetto di un pericolo per il paziente o altri familiari, è opportuno indirizzare la vittima all'Autorità competente o ai Servizi Sociali preposti, a cui l'interessata/o potrà decidere, in autonomia, se rivolgersi o meno. In mancanza di denuncia da parte della vittima e nel caso di riferito pericolo di vita, di violenza sessuale, maltrattamento e abuso su minore (quindi in caso di reato procedibile d'ufficio) si attiva la TASK FORCE del CODICE ROSA col supporto delle forze dell'ordine, che intervengono su richiesta degli operatori sanitari, e della magistratura, per l'individuazione degli imputati e delle persone offese e per accertare le condotte violente, avvalendosi in seguito dei servizi sociali. Ed è proprio l'esperienza toscana che dimostra che la creazione del Codice Rosa sarebbe un traguardo auspicabile in tutti i Pronto Soccorso, soprattutto quelli con grandi accessi e/o in realtà disagiate, rivelandosi l'approccio ideale per le vittime di violenza: è mirato per la particolare e delicata tipologia di paziente; garantisce un'assistenza olistica e supporto all'utente; attua un cambiamento nella visione di questo triste fenomeno, predisponendo una rete istituzionale efficace.

### ASSEGNATO IL QUINTO PREMIO IPASVI BAT

Anche quest'anno il collegio IPASVI Bat ha assegnato il premio riservato agli infermieri neolaureati che hanno terminato il percorso didattico nel 2013. Vincitrice del concorso è risultata Antonella Mascolo che ha presentato il lavoro di tesi sul tema della violenza di genere. L'elaborato mette in evidenza come l'organizzazione di servizi sanitari di emergenza orientati alla presa in carico ed alla individuazione delle forme di violenza possano sostenere la vittima della stessa.



# GLI INFERMIERI CORRONO MAGGIORI RISCHI DI AMMALARSI

Perrucci  
**ANTONELLA**



Il “burn-out” è stato utilizzato per descrivere una sindrome tipica delle “helping professions”, ossia professioni nelle quali il rapporto con l’utente ha un’importanza centra-

ti, arrabbiati, essere insofferenti, delusione, sconforto, tristezza, senso di fallimento, autoaccusa, ansia, depressione, dipendenza da altri, rassegnazione, paura. L’operatore investito da queste emozioni diventa col tempo incapace di svolgere il suo ruolo e finisce con il confermare ed amplificare la patologia dell’utente. Altre possibili cause: Turnover, Conflitti interpersonali all’interno dell’equipe, Carenze strutturali ed organizzative che includono la mancanza di tempo ed il sovraccarico lavorativo, Varietà e complessità dei casi, Contatto con situazioni sociali e familiari a volte disperate, Contatto con persone che fanno continue richieste molte delle quali incongrue. La figura dell’infermiere in psichiatria si è molto modificata dopo la legge “Basaglia” del 1978. Con l’avvento della “180”, si modificano profondamente le concezioni con cui vengono affrontati i problemi della psichiatria, nonché l’atteggiamento culturale nei confronti della malattia mentale, finalmente intesa e considerata alla stregua di tutte le altre malattie. La sindrome del burn-out è sicuramente un argomento di studio molto interessante, complesso, soggetto ad approcci multidisciplinari. Riuscire a ridurre o prevenire il burn-out negli infermieri significa aiutarli a tessere relazioni sociali e professionali più significative, relazioni che diano conferma e sostegno alle fondamenta dei vincoli umani. È abbastanza inspiegabile l’indifferenza dei responsabili delle istituzioni sociosanitarie, che dimostrano di non voler affrontare questo fenomeno con le risorse e l’impegno che invece dovrebbe richiedere.

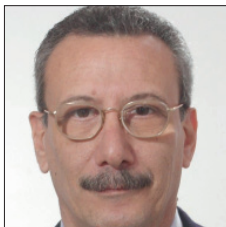
le in termini di significato per il lavoro in sé. Esso definisce una degenerazione particolare dello stato emotivo degli operatori impiegati nei rapporti con il pubblico. Le cause del fenomeno più frequenti sono: il lavoro in strutture mal gestite, la scarsa o inadeguata retribuzione, l’organizzazione del lavoro disfunzionale, lo svolgimento di mansioni frustranti o inadeguate alle proprie attese oltre all’insufficiente autonomia decisionale e a sovraccarichi di lavoro. In ogni forma di lavoro sono sempre presenti fonti potenziali di stress. A parità di condizioni organizzative, ogni operatore reagisce in maniera diversa. Diverse possono essere le cause che contribuiscono all’insorgere del burn-out tra gli infermieri del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Il confrontarsi continuo con delle forti emozioni legate all’utente psichiatrico possono generare negli operatori di un SPDC i seguenti stati d’animo: senso di colpa, senso d’impotenza, frustrazione, senso di tristezza, desiderio di fuga, senso di inutilità, rabbia, angoscia, sentirsi attaccati, minacciati, irrita-





# LA SORVEGLIANZA SANITARIA A BENEFICIO DEI LAVORATORI

Pasquale  
**LACASELLA**



La tutela della salute dei lavoratori rientra tra le materie assegnate alla competenza delle Regioni ed è stata aggiornata con una serie di norme per adeguare l'ordinamento nazionale alle direttive comunitarie. Per sorveglianza sanitaria si intende l'insieme degli accertamenti sanitari svolti dal Medico Competente (M.C.) finalizzati alla tutela dello stato di salute e alla sicurezza dei lavoratori in relazione alle condizioni di salute degli stessi nell'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio nella modalità di svolgimento dell'attività lavorativa. Il M.C. effettua la sorveglianza sanitaria nei casi previsti dalla normativa vigente e nei casi previsti dagli aggiornamenti delle Direttive Europee, nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione Consultiva. La sorveglianza sanitaria comprende gli accertamenti necessari per constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui i lavoratori sono destinati, ai fini della valutazione della loro idoneità alla mansione specifica. Gli accertamenti includono esami clinici, biologici e indagini diagnostiche mirate al rischio, ritenute necessarie dal M.C. Il datore di lavoro deve accertarsi che tutti i lavoratori siano in possesso del giudizio di idoneità alla mansione specifica e assumersene i costi relativi. La sorveglianza sa-

nitaria trova il suo momento di sintesi nella formulazione del giudizio di idoneità alla mansione, essendo tale giudizio espressione formale e sostanziale della compatibilità del lavoro con lo stato di salute del lavoratore.

Non andranno confuse le competenze, il ruolo e i compiti del Servizio di Sorveglianza Sanitaria con quelli del Servizio di Prevenzione e Protezione. Ambedue operano per promuovere la salute del lavoratore collaborando nella valutazione dei rischi ma svolgono attività distinte. Le competenze dell'SPP sono prevalentemente tecniche e tese alla valutazione e al miglioramento delle caratteristiche dei luoghi di lavoro specie sotto il profilo della sicurezza, mentre la individuazione precoce e la prevenzione di affezioni correlabili all'attività lavorativa sono di competenza della Medicina del Lavoro.

Gli accertamenti sanitari che la normativa vigente attribuisce al M.C. sono preventivi, periodici, su richiesta del lavoratore, in occasione di cambio mansione e alla cessazione del rapporto di lavoro. Gli accertamenti sanitari eseguiti prima dell'assegnazione della mansione (accertamenti preventivi) hanno lo scopo di verificare che le condizioni psicofisiche del lavoratore siano tali da renderlo idoneo all'espletamento dei compiti che gli saranno affidati. Le visite mediche e gli accertamenti sanitari eseguiti successivamente (accertamenti periodici) hanno lo scopo di verificare il mantenimento dello stato di salute in seguito all'esposizione ad uno o più agenti di rischio profes-





sionale potenzialmente lesivo e di ricercare eventuali alterazioni precoci a carico di apparati ed organi bersaglio.

I lavoratori soggetti ad obbligo di sorveglianza sanitaria, in quanto esposti ai diversi rischi professionali, possono effettuare visite mediche su richiesta se ritengono, con documentazione sanitaria che eventuali disturbi sopravvenuti siano correlabili al rischio lavorativo.

La singola richiesta perviene generalmente al datore di lavoro che la inoltra d'ufficio al M.C. E' stata istituzionalizzata la visita medica alla ripresa dal lavoro dopo prolungato periodo di assenza per malattia (il decreto indica "oltre 60 giorni continuativi a qualsiasi titolo") al fine di verificare l'idoneità al proseguo della mansione specifica. In ogni caso al termine della visita il M.C. redige e trasmette al lavoratore e al datore di lavoro il singolo giudizio di piena idoneità, di idoneità con prescrizioni/limitazioni e di non idoneità. Anche i dipendenti con mansioni considerate "non a rischio" possono accedere al M.C. Condizione necessaria per l'effettuazione della visita per questa tipologia di lavoratori è che i disturbi accusati, a giudizio del M.C., siano da mettere in relazione alla mansione svolta.

La norma non prevede, salvo particolarissime motivazioni che dovranno essere chiaramente specificate, che il datore di lavoro possa richiedere al Medico l'esecuzione di visite mediche per il lavoratore al di fuori della normali visite preventive per assunzione o trasferimento da altra Azienda sanitaria e per cambio mansioni, oltre le visite periodiche (secondo programma di sorveglianza sanitaria), e dopo un periodo di astensione dal lavoro per malattia o infortunio se superiore a 60 gg. continuativi. Alla cessazione del rapporto di lavoro tutti i lavoratori sottoposti periodicamente a sorveglianza sanitaria devono essere sottoposti a visita medica di fine servizio onde valutare lo stato di salute al momento dell'abbandono definitivo del lavoro.

Con l'idoneità alla mansione specifica si esprime la compatibilità fra lo stato di salute del lavoratore valutato e l'esposizione ai fattori di rischio correlati alla mansione svolta. Per svolgere una determinata mansione non è sempre indispensabile un'inte-

grità psicofisica completa, infatti il concetto di idoneità varia con il modificarsi delle condizioni di salute del lavoratore rispetto al lavoro svolto. Le diverse tipologie di giudizio formulabili in relazione alla idoneità alla mansione specifica sono:

- Idoneità senza condizioni.
- Idoneità con limitazioni: indica una idoneità parziale (temporanea o permanente) con esclusione di compiti specifici che la mansione comporta.
- Idoneità con prescrizioni (temporanea o permanente) riguarda specificatamente le particolari modalità di esecuzione delle attività lavorative per garantire una maggiore protezione - uso dei dispositivi di protezione individuali - e non si riferisce, pertanto, alle operazioni che la mansione comporta.
- Non idoneità alla mansione (provvisoria o definitiva) quando le condizioni psicofisiche del lavoratore sono tali da non consentire l'espletamento della mansione specifica per un periodo definito o permanente.

Avverso i giudizi del M.C. è ammesso ricorso entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo all'Organo di vigilanza territorialmente competente che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso. Viene sancita la possibilità di ricorso all'Organo di vigilanza territorialmente competente a tutela delle parti, anche da parte del datore di lavoro in seguito a tutti i tipi di giudizi di idoneità emessi dal Medico.

La visita e la relativa valutazione della documentazione devono essere effettuate dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro territorialmente competente. Il ricorso può essere proposto dal lavoratore giudicato idoneo, idoneo con limitazioni/prescrizioni o inidoneo alla mansione specifica, nel caso di giudizio formulato in prima visita o visita successiva.

La decisione dell'organo di vigilanza territorialmente competente deve essere comunicata con atto del dirigente del Servizio al ricorrente, al M.C. e agli altri interessati. La decisione del ricorso ha natura giuridica di provvedimento amministrativo giustiziale ed è pertanto impugnabile da colui che ritiene di essere stato leso nel proprio diritto.



# LA COMUNICAZIONE NON VERBALE IN AREA CRITICA

Alessandro  
**PIPOLI**Valentina  
**PULPITO**

L'infermiere d'area critica è un professionista che ha un'elevata competenza professionale e si contraddistingue per la tempestività, la globalità e la continuità delle cure altamente specialistiche. A tale professionista a cui vengono richieste competenze tecniche, tra cui

lettura labiale, scrittura, tavola alfabetica, tavola di comunicazioni ad immagini. L'infermiere di rianimazione impegnato in un lavoro fatto di precisione, cura e osservazione dei dati clinici, impegnato nell'utilizzo continuo di macchinari raffinati è fortemente condizionato da tale rapporto, trascurando inevitabilmente, ma inconsapevolmente il rapporto umano tra lui e il paziente stesso. I rapporti di informazione, d'attenzione agli stati d'animo e ai sentimenti, i rapporti con i parenti e con le persone care al paziente, i suoi bisogni di intimità e riservatezza, i processi di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei parenti e dei visitatori non devono essere lasciati al caso e all'iniziativa personale, ma affrontati con tecniche protocollate, con tempi e spazi che li rendano parte non secondaria della cura e dell'assistenza. Spesso il carico di lavoro mette in secondo piano l'aspetto umano del rapporto infermiere-paziente costringendo quest'ultimo a vivere la sua permanenza in terapia intensiva come una prigionia, in cui sentirsi oggetto più che persona, alienato dalla mancanza di comprensione ed incapacità di espressione. L'infermiere dovrebbe concepire il paziente come un individuo con una propria vita, dignità ed un'identità da non ignorare. L'infermiere non può sottovalutare l'importanza di instaurare una comunicazione terapeutica ed efficace nel processo di guarigione del malato. La comunicazione non è soltanto un mezzo per trasmettere e/o ricevere informazioni, o per influenzare un altro individuo nel corso del rapporto, ma è il rapporto stesso.

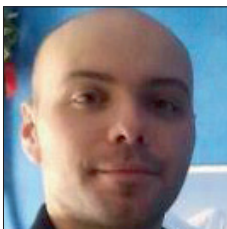
utilizzo delle varie attrezzature e ventilatori, risulta riduttivo se non assente l'insegnamento relativo ai fondamenti della comunicazione e ai canali che dovrebbero essere utilizzati con un paziente in terapia intensiva. Spesso vi è la tendenza a dimenticare che uno dei fattori più stressanti nel paziente portatore di tubo e/o cannula tracheale è l'impossibilità di comunicare verbalmente, il paziente critico fa esperienza del dolore, dell'impotenza, della disperazione della metamorfosi che lo sorprende, di sé e della propria vita. I fattori che giocano un ruolo importante nella comunicazione tra infermiere e paziente sottoposto a ventilazione meccanica sono molteplici: emotivi, fisici, intellettivi, sociali. Gli strumenti di comunicazione più utilizzati in terapia in-



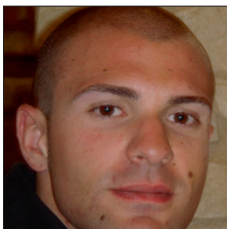
# WORKAHOLIC

Una dipendenza (da lavoro) senza compiacimento sensoriale

Nicola\*  
**BIANCO**



Vincenzo  
**INGLESE**



Il workaholic lavora ininterrottamente per un appagamento che non basta mai. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la dipendenza patologica è "quella condizione psichica, e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre rea-

zioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" Il DSM-V fa rientrare tutte le dipendenze ed i relativi problemi nella categoria "disturbi da uso di sostanze" in un capitolo intitolato "disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze". Attualmente stanno emergendo le "nuove dipendenze" o "dipendenze senza sostanza" che non sono più basate sulla ricerca del piacere cioè sulla stimolazione dei sensi, bensì, si basano, sulla ripetizione malsana di un comportamento socialmente accettabile. Le forme più conosciute sono il gioco d'azzardo patologico

(gambling), lo shopping compulsivo, la dipendenza da tecnologia (new technologies addiction: cioè dipendenza da TV, internet, social networks, videogiochi), la dipendenza da lavoro (workaholism), le dipendenze dal sesso (sex addiction) e dalle relazioni affettive, e alcune devianze del comportamento alimentare come l'ortoressia o dell'allenamento sportivo come la sindrome da overtraining. La workaholic o work addiction o sindrome da workaholism cioè la dipendenza da lavoro è una tra le più attuali e pericolose forme di dipendenza odierne. I workaholic, gli assetati di lavoro, sono quelli che non vorrebbero mai lasciare l'ufficio o non riescono mai a pensare ad altro. È un disturbo ossessivo-compulsivo, un comportamento patologico di una persona troppo dedita al lavoro e che pone in secondo piano sia la sua vita sociale che familiare, fino a causare danni sia alla propria persona, sia al coniuge, sia ai figli. Il disturbo ossessivo-compulsivo si manifesta attraverso richieste autoimposte e un'incapacità di regolare le proprie abitudini di lavoro fino ad arrivare all'esclusione della maggior parte delle principali attività della vita. Si tratta di una persona il cui bisogno di lavorare è talmente eccessivo da creare ragguardevoli disagi ed interferenze nella felicità personale, nelle relazioni personali e familiari, nel suo funzionamento sociale ed anche nello stato di salute (Robinson, 1998). La sindrome da workaholism si manifesta in particolar modo nelle persone che hanno ricevuto una educazione familiare improntata sull'importanza della dedizione smisurata al lavoro.

L'alcolizzato da lavoro si sente depresso se non lavora, infatti, prende sempre impegni extra proprio per il timore di trovarsi senza



nulla da fare, in più, lavora nel fine settimana, è molto competitivo con i colleghi, non si assenta mai dal lavoro, né per malattia né per altre necessità. Tutte le sue energie sono rivolte al lavoro piuttosto che ad altre relazioni (amicizia, amore), ed è tormentato da angosce relative a errori o insuccessi. La sindrome da workaholism sembra che riguardi più del 25% della popolazione. È una vera e propria patologia. Il comportamento dell'alcolizzato da lavoro è molto simile a quello dell'alcolista. Fino agli anni "70" l'alcolizzato da lavoro veniva chiamato stacanovista, zelante, sgobbone, gran lavoratore; la società, raramente, vedeva questo soggetto affetto da una vera e propria patologia, anzi, molto spesso veniva ammirato ed elogiato per il suo spiccato senso del lavoro. Anche oggi, i comportamenti messi in atto dai Workaholic, sono accettati, addirittura, in molte realtà sono ricercati negli ambienti lavorativi, e non vengono considerati come devianti da parte della società, come invece lo sono le altre forme di dipendenza comportamentali delle quali si ha una immagine sociale, molto negativa. Il lavorare eccessivamente è considerato, oggi, più una virtù che un problema. La società, l'ambiente di lavoro, gli amici ed il consenso che il workaholic si costruisce giorno per giorno lo rendono sempre più rispettabile, arrivando al punto da non comprendere il perché la sua famiglia si lamenta di questa sua situazione. Proprio il dualismo tra il consenso esterno ed il rilevante risentimento dei familiari è il classico segno di riconoscimento del workaholic. Chi vive con un workaholic si sente impotente, infatti, competere con un'ossessione così forte è impossibile.

Il lavoro ha un effetto anestetizzante sia sulla sua sfera emotiva, che lo rende distaccato e insensibile, sia sulla sua attività sessuale che si riduce e a volte, addirittura, si azzerà. Molto spesso, i segni esteriori di affetto sono disprezzati. Il sistema familiare è in bilico, resiste finché i componenti lo sopportano e riescono, costretti, ad adattarsi per mantenere l'equilibrio. Il workaholic, essendo assillato dal lavoro, ha sbalzi adrenalini elevati, è adrenalino-dipendente. Questo determina aggressività sia nell'ambito familiare sia con i colleghi. È concentrato nel successo professionale. È sempre sicuro di sé, invincibile, arido; tende a voler avere tutto sotto il suo controllo; perde il concetto di privacy; non pone un confine tra la vita professionale e quella personale, familiare; dorme poco, le sue forze lavorative sembrano inesauribili. Passa il tempo libero, i week-end, le ferie, in attività che

possano avere una qualche relazione col lavoro. È incapace di rilassarsi, la sua mente è sempre alla ricerca di soluzioni per risolvere i problemi lavorativi. Quando non lavora si sente inquieto e annoiato. Non ha nessun hobby se non quelli connessi al suo lavoro. Ha una rigidità comportamentale. Il workaholic non tollera ostacoli al proprio modo di lavorare, chiunque si mette sulla sua strada subisce la sua aggressività. Il workaholic è in genere ignaro che il coniuge ed i figli abbiano spesso un profondo risentimento verso le sue abitudini lavorative. Quando uno dei due partner sviluppa la sindrome da workaholism, se non si interviene prontamente, interrompendo tale stato patologico, la coppia è destinata a morire. Il workaholic tende a comportarsi in modo autoritario in famiglia e percepisce il coniuge come un estraneo, un accessorio, ne consegue un serio deterioramento della sfera affettiva che induce aridità, apatia, cinismo e indifferenza tra i coniugi. Il nucleo familiare del workaholic va considerato in co-dipendenza. Statisticamente accade che il coniuge si separa o divorzia, mentre, i figli sono costretti a vivere fino alla maggiore età questa situazione stressogena. Si possono sviluppare differenti situazioni di "co-dipendenza":

- co-dipendenza di tipo A: il figlio non si accorge del disturbo del genitore e lo vive come normalità;
- co-dipendenza di tipo B: il figlio se ne accorge sin dall'infanzia e adotta comportamenti adattativi tra i più svariati.

Il workaholic, in confronto alle altre forme di dipendenza: dipendenze legate a sostanze illegali (Cannabis, Cocaina, Eroina, LSD, Ecstasy, Anfetamine); dipendenze legate a sostanze legali (Nicotina, Alcol, Farmaci); dipendenze non legate a sostanze (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, dipendenza da sesso, workaholism), può procurarsi, sempre e comunque, la sua "sostanza" che è sempre gratis e perfino lo fa anche guadagnare. Il suo "spacciatore" non rischia nulla, gli offre lavoro (una sostanza legale che la società stima molto).

Comunque, per misurare la dipendenza da lavoro in modo scientifico, basandosi su elementi riconosciuti come criteri diagnostici in molte forme di dipendenza, sono stati approntati specifici strumenti come la Bergen Work Addiction Scale, la Dutch Work Addiction Scale, la Satisfaction With Life Scale, il test Work Addiction Risk Test. Le persone, autosomministrandosi la Bergen Work Addiction Scale, possono testare il loro grado di dipendenza da lavoro: a) >>



non-addicted, b) leggermente addicted, c) workaholic.

La scala, costruita testando dipendenti norvegesi provenienti da 25 diversi settori, riesce a distinguere in modo affidabile tra maniaci del lavoro e non. Per questo è considerata un ottimo strumento di screening che può facilitare sia il trattamento che la stima dell'entità del problema nei lavoratori. La Bergen Work Addiction Scale utilizza i seguenti sette criteri di base per identificare la dipendenza del lavoro:

- Pensi a come avere più tempo a disposizione per lavorare.
- Spendi molto più tempo lavorando di quanto inizialmente previsto.
- Lavori per ridurre il senso di colpa, ansia, impotenza e depressione.
- Capita che altri vi dicano che dovete ridurre il lavoro, senza che voi gli diate retta.
- Ti senti stressato se non ti è permesso di lavorare.
- Togliete importanza agli hobby, al tempo libero, e all'esercizio fisico a causa del vostro lavoro.
- Lavorate così tanto che questo ha influenzato negativamente la vostra salute.

Ciascun item può avere uno dei seguenti punteggi: 1) mai, 2) raramente, 3) a volte, 4) spesso, 5) sempre:

Lo studio di Andreassen mostra che il punteggio di 4 (spesso) o 5 (sempre) in almeno quattro dei sette elementi è un indicatore della probabilità di essere un workaholic.

Le persone colpite da dipendenza da lavoro obbediscono ossessivamente ad una spinta compulsiva (impossibilità a resistere all'impulso di lavorare) che li porta a vivere per lavorare e non più a lavorare per vivere. Il workaholic è riconoscibile dalla presenza dei seguenti sintomi:

- adora essere super impegnato, per poi lamentarsi di essere assolutamente indispensabile;
- contribuisce a creare un clima di lavoro pesante esercitando sugli altri una forte pressione;
- allontana i colleghi che non condividono la stessa etica del lavoro;
- esegue i compiti rigidamente;
- non coltiva rapporti umani nell'ambiente lavorativo.

Secondo Robinson al fine di una efficace prevenzione è necessario:

- non sottovalutare il disturbo e prenderne coscienza;
- imparare ad assegnare delle priorità all'inizio della settimana o della giornata

è fondamentale. Scrivere cosa è davvero importante per noi, evidenziando compiti urgenti e compiti che possono essere rimandati o delegati. Stabilire in anticipo un numero preciso di cose da fare e fermiamoci quando abbiamo finito. Se nel frattempo si aggiunge qualcos'altro di più urgente, sostituire ad uno dei punti in programma, senza accumulare altro lavoro;

- darsi delle regole e rispettarle. Pranzare senza portarsi il tablet al seguito. Rispettare il fine settimana. Spegnerne il telefono aziendale ed evitare di controllare continuamente la casella e-mail;
- non bisogna sentirsi in colpa quando ci si scollega dalla vita professionale. Lo stress e la dedizione portata fino all'estremo non favoriscono la produttività. Lo stress riduce le difese immunitarie. Chi è stressato compie più errori di distrazione ed ha cali di concentrazione più frequenti;
- godersi le vacanze (la parola "vacanza" deriva da "vacantia" che, in latino, significa "essere vacuo, sgombro, libero, senza occupazioni"). Concentrarsi esclusivamente sulle persone, sulle relazioni, sulle sensazioni che la natura offre.

La dipendenza da lavoro è un disturbo destinato a crescere. Ha una genesi complessa, spesso multifattoriale, e può portare allo sviluppo di comportamenti compulsivi. Si tratta di una patologia nuova, che pur presentando caratteristiche sintomatologiche tipiche di altre dipendenze, rappresenta un'entità a sé e va affrontata e prevenuta innanzitutto attraverso la conoscenza del fenomeno che è invece ancora sottostimato.

Gli effetti che il workaholism provoca sono gravi e non interessano solo la vita lavorativa. Si notano stati d'ansia, atteggiamento ossessivo-compulsivo, disturbi del sonno e perfezionismo maniacale. Insorgono, con il passare del tempo, anche problematiche di natura fisica (disturbi cardiocircolatori, emicrania, problemi a livello muscolare e gastrointestinale).

Per quanto riguarda la "cura" non esiste una soluzione unica. Il percorso terapeutico deve interessare la rete familiare, i comportamenti di dipendenza e agire sul cambiamento delle credenze. Questo problema non viene ancora affrontato da un punto di vista giuridico. Anche se nel D.lgs 81/2008 non ci sono ancora riferimenti specifici sul problema, si ritiene che rientra nell'area della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

*\*Laurea Magistrale in Psicologia Clinica*



# PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di  
Pasquale Nicola Bianco

## ■ UE: la miglior arma contro le malattie croniche? La prevenzione

La lotta alle malattie croniche è una delle più importanti missioni dei sistemi sanitari del mondo occidentale. In Europa queste patologie colpiscono l'80% delle persone sopra i 65 anni e sono le responsabili dell'86% dei decessi. Il vertice UE, che ha avuto luogo il 3 e 4 aprile nella capitale belga, si è concluso stilando una lunga lista di obiettivi politici, dal coinvolgimento della società civile al sostegno nel mercato del lavoro per i malati cronici. Ma fra tutti i punti, svetta la prevenzione: i comportamenti virtuosi e i controlli preventivi sono infatti capaci di evitare l'insorgere delle malattie e hanno costi molto più contenuti della terapia. L'Italia, su questo tema, è uno dei Paesi messi con le più alte criticità. Secondo l'OMS quasi il 60% degli italiani non pratica sufficiente moto fisico ed è anche per questo che è uno dei Paesi con più obesi della Unione europea (il 10% degli italiani nel 2011 era obeso, contro il 7% nel 1994): uno scenario che lascia prevedere un aumento di diabete e malattie cardiovascolari con maggiori costi di assistenza sanitaria nel futuro.

## ■ Al via la Sanità elettronica

Sarà un taccuino ad accompagnarci tutta la vita, raccontando la nostra salute. Sarà un luogo in cui sanità e cittadini, medici e pazienti, potranno scambiarsi informazioni. Sarà uno strumento facile ed agevole con cui prenotare e pagare i servizi e con cui sarà possibile effettuare statistiche e monitoraggi sul territorio. Tutto questo è quanto promette il Fascicolo sanitario elettronico (FSE), la cartella clinica elettronica dei cittadini. Verranno amministrati elettronicamente il ricovero ospedaliero, la specialistica ambulatoriale, le prestazioni farmaceutiche, l'assistenza residenziale, l'assistenza domiciliare, gli accessi al Pronto Soccorso.

## ■ Vitamina E, un freno per l'Alzheimer

La vitamina E si trova nei cereali e nei loro oli, nella frutta fresca e in quella secca, soprattutto nocciole e mandorle. È una sostanza spesso citata per le sue indiscusse proprietà antiossidanti. Uno studio americano ora aggiunge una nuova azione ai tanti benefici conosciuti: la vitamina E rallenta l'avanzata

dell'Alzheimer. Lo studio ha confrontato l'effetto della vitamina E con quello della memantina, un farmaco che agisce sul sistema glutamatergico utilizzato nella terapia di alcuni tipi di demenza senile, dimostrando che elevate dosi di vitamina E possono controllare alcuni deficit dovuti al morbo di Alzheimer, anche se non hanno mostrato alcun beneficio nel ridurre il declino cognitivo o la perdita di memoria.

## ■ L'Italia spende sempre meno per la salute

La spesa sanitaria si riduce in Italia. A rivelarlo è il nuovo rapporto sulle Regioni dell'Istituto di studi sui sistemi regionali federali e sulle autonomie del CNR. Una tendenza che, viste le esigenze previste per i prossimi anni da diversi analisti del settore, va ad aumentare la preoccupazione sul futuro del SSN. Il CNR nel suo rapporto precisa che il dato dei tagli alle spese è medio. Diminuisce infatti la spesa soprattutto per le Regioni in piano di rientro per deficit sanitario (Piemonte, Veneto e Lazio), mentre aumenta per quelle a statuto speciale.

## ■ Lo spray dell'amore

Inalare ossitocina prima di un rapporto sessuale riesce a rendere gli orgasmi più intensi? E' quanto suggerisce un team di scienziati tedeschi in uno studio appena pubblicato sulla rivista *Hormones and Behaviour*. L'effetto sembrerebbe più accentuato negli uomini che nelle donne. L'ossitocina è un neurotrasmettitore coinvolto nel parto e nella nascita. Definito spesso "l'ormone dell'amore" influenza nei mammiferi le dinamiche sociali e il legame genitoriale. Degli effetti sono stati riscontrati anche sulle dinamiche di accoppiamento. Secondo quanto riportato nei questionari, l'ormone non ha avuto effetto sul desiderio, né sulla capacità erettile, né tantomeno sulla lubrificazione vaginale. L'analisi statistica però ha evidenziato che la maggior parte degli uomini che la hanno assunta ha riportato un aumento dell'intensità dell'orgasmo rispetto alla media dei rapporti avuti in passato col partner. L'aumento della soddisfazione è stato comunque modesto: gli uomini hanno valutato il gradimento superiore di circa mezzo su una scala di sei punti, rispetto a chi ha preso il placebo.

■ **“IL CODICE UMANO” SEMINARIO DI TERZO LIVELLO CONDOTTO DAL DOTTOR NADER BUTTO**

Taranto, 19-20 Settembre 2014  
Associazione culturale “Centro della fotografia”  
**INFO:** e-mail [info@qibli.it](mailto:info@qibli.it)  
Tel: 099 2212963

■ **LE LESIONI CUTANEE: DALLA FERITA CHIRURGICA ALLA LESIONE CRONICA**

Edizione I - Bari, 20 Settembre 2014  
Congressuale Aistom  
**INFO:** e-mail [aistom@aistom.org](mailto:aistom@aistom.org)  
Tel: 080 5093389

■ **LE SINDROMI ALGICHE MUSCOLOSCHIELETRICHE 2014**

Bari, 26-27 Settembre 2014  
**INFO:** e-mail [info@clabmeeting.it](mailto:info@clabmeeting.it)  
Tel: 080 5061372

■ **INCONTRI CON L'ESPERTO X EDIZIONE “ANDIAMO A LEZIONE”**

Foggia, 26 Settembre 2014  
**INFO:** e-mail [info@qibli.it](mailto:info@qibli.it)  
Tel: 099 2212963

■ **PREVENIRE LE FERITE DA TAGLIO E DA PUNTA NEL SETTORE OSPEDALIERO E SANITARIO LE MODIFICHE AL DECRETO LEGISLATIVO 81/08**

Conversano, 27 Settembre 2014  
**INFO:** Email: [info@mcorganization.it](mailto:info@mcorganization.it)  
Tel/Fax: 0804965060 - Cell.: 3389804837

■ **L'ALLATTAMENTO AL SENO E SALUTE**

Taranto, dal 29 Settembre all'8 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail [segreteria@satacard.it](mailto:segreteria@satacard.it)  
Tel: 099 400493

■ **IL CAMBIAMENTO IN SANITÀ: PACC E PDTA. LA CEFALEA TRA INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO, RICERCA E PROGRAMMAZIONE REGIONALE**

Bari, 29 Settembre 2014  
**INFO:** e-mail [pertichino@incontritaliacongressi.it](mailto:pertichino@incontritaliacongressi.it)  
Tel: 080 5212194

■ **XXI RIUNIONE ANNUALE SOCIETÀ DI REUMATOLOGIA SEZIONE PUGLIA IL MANAGEMENT INFERMIERISTICO NELLE SPONDILOARTRITI**

Trani, 4 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it)  
Tel: 080 5043737

■ **CONTROVERSIE IN SENOLOGIA**

Bari, 3-4 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail: [info@organizzazioneagora.it](mailto:info@organizzazioneagora.it)  
Gruppo Oncologico Italia Meridionale  
Tel: 0805093954

■ **PROMOZIONE DELLA SALUTE: ENDOMETRIOSI, FERTILITÀ, BENESSERE**

Bari, 10 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail: [info@meeting-planner.it](mailto:info@meeting-planner.it)  
Meeting Planner srl - Tel: 0809905360

■ **MEDICINA INTERNA, GESTIONE INTEGRATA DELLA PATOLOGIA MULTIORGANO: FEGATO E RENE**

Terlizzi, 11 Ottobre 2014  
**INFO:** E20ECONVEGNI  
Tel: 0883954886 e-mail: [info@e20econvegni.it](mailto:info@e20econvegni.it)

■ **IL VACCINO PER LA MENINGITE B: IL COUNSELLING PER COSTRUIRE STRATEGIE VINCENTI**

Bari, 16 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail: [info@meeting-planner.it](mailto:info@meeting-planner.it)  
Meeting Planner srl  
Tel: 0809905360

■ **XVI CONGRESSO NAZIONALE AICO IL NURSING PERIOPERATORIO AL SERVIZIO DEL CITTADINO EVOLUZIONE CONTINUA E SFIDA PER IL CAMBIAMENTO**

Verona 16-18 ottobre 2014  
**INFO:** [www.aicoitalia.it](http://www.aicoitalia.it)  
e-mail : [congresso2014.verona@aicoitalia.it](mailto:congresso2014.verona@aicoitalia.it)  
fax 045.3199102

■ **CARDIOMONOPOLI 2014**

Monopoli, 17-18 Ottobre 2014  
**INFO:** Italiana Congressi e Formazione  
Tel: 3392822937

■ **CONGRESSO DI AGGIORNAMENTO REGIONALE IN FLEBOLOGIA SEZIONE APULO-LUCANA**

Monopoli, 18 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail: [info@meeting-planner.it](mailto:info@meeting-planner.it)  
Meeting Planner srl  
Tel: 0809905360

■ **IL FUTURO IN MENTE ESPERIENZE E LOGICHE INNOVATIVE NELLA GESTIONE DELLA DEPRESSIONE**

Bari, 21 Ottobre 2014  
**INFO:** e-mail: [ecm.nexthealth@nexthealth.it](mailto:ecm.nexthealth@nexthealth.it)  
Tel: 023438324

