

5/6

numero

Filodiretto

Anno XXXI / numero 5/6 settembre/dicembre 2013 / Poste Italiane / Sped. in A.P. / Filiale di Bari / Registrazione Tribunale di Bari n° 732/83 / Periodico dei Collegi IPASVI delle Province di Bari e Barletta Andria Trani

INFERMIERI TRA IL MARTELLLO E L'INCUDINE



in evidenza

EDITORIALE

PRIMO
PIANO

PROFESSIONE
IN AZIONE

NOI INFERMIERI,
TRA IL MARTELLLO
E L'INCUDINE

GLI INFERMIERI
NEL RAPPORTO
CON I MEDIA

LA MEDICINA
NARRATIVA NELLA
PRATICA ASSISTENZIALE



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e
Barletta-Andria-Trani
Anno XXXI - N° 5/6 settembre/dicembre 2013
Spedizione in A.P.
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
Iscritto nel registro nazionale della stampa P.399/199



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

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

Direzione/Redazione/Amministrazione

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

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51 - www.editricelimmagine.it
Finito di stampare il 18 dicembre 2013

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

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

Comitato di esperti

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

Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Nicola Bianco, Giuseppe Chiodo, Beatrice Dibenedetto, Giuseppe Donativo,
Roberto Greco, Vincenzo Inglese, Mara Locantore, Giuseppe Papagni, Antonella
Perrucci, Alessandro Pipoli, Valentina Pulpito, Federico Ruta, Imma Sfregola,
Nicoletta Sgarra, Maryeta Walterova.
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 **5/6**

EDITORIALE

3 NOI INFERMIERI TRA IL MARTELLO E L'INCUDINE

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Giuseppe Chiodo

10 INFERMIERE: UN PROFESSIONISTA TRA LA GENTE

Imma Sfregola

11 GLI INFERMIERI NEL RAPPORTO CON I MEDIA

Salvatore Petrarolo

PROFESSIONE IN AZIONE

13 L'INFERMIERE DI ANESTESIA

Alessandro Pipoli, Valentina Pulpito

15 INFERMIERISTICA DI PROTEZIONE CIVILE

Giuseppe Donativo, Giuseppe Papagni

17 CURE PRIMARIE E TERRITORIALI

Angelica Misino

18 MISURIAMO L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Roberto Greco, Maryeta Walterova

20 LA MEDICINA NARRATIVA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE

Nicola Bianco, Vincenzo Inglese

22 L'APPROCCIO OLISTICO INFERMIERISTICO NELLE RR.SS.AA.

Beatrice Dibenedetto

IN FORMAZIONE

24 LA DONAZIONE È UN ATTO DI GENEROSITÀ

Federico Ruta

26 LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Antonella Perrucci

29 LA DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE

Altomare Locantore, Nicoletta Sgarra

INSERTO 5/6

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Pasquale Nicola Bianco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



NOI INFERMIERI, TRA IL MARTELLLO E L'INCUDINE

Ampliamento delle competenze e responsabilità infermieristiche: di chi la colpa?



Saverio
ANDREULA

La proposta di accordo sull'ampliamento delle competenze infermieristiche, già oggetto di approfondimenti redazionali su questa rivista, approntata e definita sul "tavolo tecnico" strutturato al Ministero

della salute, dopo aver ottenuto il via libera per la sua approvazione da tutti, o quasi, i soggetti istituzionali uditi si accomoda in un forzato "Standby" per iniziative finalizzate a bloccarne l'iter di approvazione.

Sono le pubbliche contestazioni alla proposta, avanzate dall'intersindacale della dirigenza medica e rivolte al Ministro Lorenzin, a muovere venti di guerra, destinati a rafforzarsi per intensità, tra le professioni sanitarie più rappresentative per qualità e numero, ovvero Medici e Infermieri. L'accordo, ritrae un brevissimo articolato, con un evidente basso peso specifico, in termini di valore giuridico, rispetto ad altri strumenti legislativi che si potevano utilizzare quanto alle finalità dichiarate. Riportare in un accordo, da strutturare tra lo Stato e le Regioni, processi autorizzativi per sostenere l'ampliamento delle competenze e delle responsabilità dell'Infermiere, tra l'altro a "costo zero", non è certamente il massimo delle aspirazioni per una classe professionale che rivendica ben altre considerazioni sul proprio status giuridico e contrattuale. L'accordo, per Noi Infermieri, è una evidente "bufala" certificata con i sigilli governativi, ma ciononostante tutti

evitano scientemente di considerarlo tale, ritenendolo una documento chiave per il rilancio della professione. Basta considerare gli accordi in materia di sanità definiti in Conferenza Stato regione e riguardanti la nascita del profilo dell'Operatore Socio Sanitario del 2001 o, ancora, il successivo, sulla funzione di coordinamento di cui alla L.43/2006 art.6. La realtà sulla loro applicazione in ogni contesto sanitario di riferimento, per le criticità che si riscontrano in particolare sui "modelli organizzativi" dell'attività infermieristica, ci induce a ritenere che anche l'accordo in esame è destinato a creare ulteriori facili speculazioni applicative. Tuttavia, siccome "l'infermieristica italiana gode di ottima salute" da tutte le prospettive la si osservi e consideri, (dalla Formazione per continuare con l'Esercizio professionale e l'Occupazione), l'argomento sta generando aperti conflitti e prese di posizioni decisamente intollerabili tra gli Infermieri Vs Medici (le OO.SS) che vanno ben oltre gli obiettivi dichiarati e ripresi dallo stesso. Prendo in esame alcune autorevoli considerazioni di funzionari ministeriali sulle finalità dell'accordo:

omissis... "l'accordo libera atti e competenze che sono attribuibili agli infermieri, che se ne assumerebbero anche la diretta responsabilità non solo professionale ma anche civile e penale, per la loro formazione universitaria e per il loro attuale ordinamento professionale... e che potrebbero sollevare i medici dall'effettuazione degli stessi, permettendo loro di esercitare appieno le competenze più elevate, proprie del loro lungo percorso universitario di laurea e di specializzazione e della loro funzione dirigenziale".

All'ampliamento delle competenze si af- >>

fiancano le così dette “responsabilità avanzate”. Si provi a chiedere a tutti gli Infermieri italiani, quelli che esercitano, se sono disponibili, con l'attuale livello di riconoscimento economico, ad assumere ulteriori carichi di responsabilità nell'esercizio delle proprie attività. Premesso quanto detto, l'annunciata guerra, dichiarata da un pezzo di rappresentanza degli infermieri, non ha motivo di esistere poiché la conquista dei territori professionali sulle “aree di competenza” non sono in discussione rispetto alla proposta di accordo. Ed è per questo che l'intersindacale Medici e altri, dovrebbero abbandonare atteggiamenti inqualificabili che, tra l'altro, li espone, per i concetti espressi, a evidenti critiche nel momento in cui, rispetto a quanto affermato, si deduce la loro ignoranza sull'ambito di esercizio professionale oggi riconosciuto all'Infermiere.

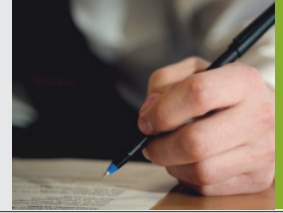
Le OO.SS mediche dovrebbero preoccuparsi di riformare i loro “modelli organizzativi” fermi ad epoche giurassiche. Cari Medici illuminati dell'intersindacale: Il sistema sanitario si avvia verso una fase di riorganizzazione, che dovrà definire precisi standard di strutture di ricovero ospedaliere specialistiche e non con chiara definizione di distribuzioni territoriali rapportate alla popolazione e precisi indicatori di attività da prendere a riferimento (l. 135/2012 (Monti) e il d.l. 158/2012 (Balduzzi). Anziché contestare il numero chiuso per la formazione accademica, (ammettano i Sigg. Medici sindacalisti) che c'è bisogno di equilibrare la risposta clinico-assistenziale ai mutamenti della domanda e dell'evoluzione scientifica e tecnologica. Ciò comporta, e molti studi ed analisi confermano, di determinare le risorse necessarie per il funzionamento del sistema, per tipologia e numerosità, con la concreta possibilità di rilevare un'evidente esubero di Medici. Si consideri che il Rapporto sanità 2013-OCSE (QS 21 nov 2013) ha evidenziato che, rispetto alla media OCSE, l'Italia ha un eccesso di 1 medico /1000 abitanti (in pratica circa +60.000 medici) e una carenza di 1,5 infermieri /1000 abitanti (in pratica -90.000 infermieri).

Se poi i Sigg. Sindacalisti Medici per ragioni occupazionali si sentono in grado di fare l'Infermiere, lo dicano. Gli Infermieri, cari medici, hanno molto da dire sul V/conto. Vero, forse, anche qualche “veterano” della nostra rappresentanza dovrebbe evitare, nelle sedi convegnistiche e congressuali, di “attaccare” forzatamente e costantemente la classe medica agitando numeri di rap-

presentanza istituzionale e politica che non ha. E' singolare la circostanza relativa alle pubbliche considerazioni, rese sull'accordo, anche da parte di pseudo organismi di rappresentanza di tutto un fascio di profili contrattuali e non previsti nel comparto sanitario (Operatori Socio Sanitari in prima fila) che esprimono considerazioni semplicemente “inqualificabili” sull'atteggiamento che l'IPASVI avrebbe assunto nel “sostenere” l'accordo stesso.

Evidentemente, a tutti è consentita la voce e la parola, ma che questi abbiano un lessico espressivo chiaro e definibile. Sconvolgente poi l'uso strumentale delle considerazioni scriteriate messe in campo dai Media e anche da molti “mestatori” di professione. E Allora, un accordo che divide le professioni e che certamente non è la panacea che rilancia l'infermieristica italiana? L'evoluzione normativa, parliamo chiaro, non ha mai prodotto realmente la transizione attesa da infermiere esecutore a infermiere decisore, in grossa misura, e ora vi è la conferma, per la preoccupazione della professione medica, costantemente in agguato a fasi alterne, di vedere scalfita la propria centralità, messa in atto, prima di tutto con la rappresentanza politica in sede parlamentare atteso l'affossata legge 42/96 per lo sviluppo dell'Infermiere specialista e quindi delle competenze avanzate. L'effetto più scontato che l'accordo produrrà è il dividere la professione infermieristica rilegandola in una classificazione di sviluppo regionale. Che razza di accordo è?

Il modello “see & treat” della regione Toscana, difeso dagli Infermieri e contestato dai Medici (Ordine) è forse scaturito da un' accordo? Si ha bisogno di un' accordo Conferenza stato Regione per... Si è certi che le regioni italiane, forti della propria cultura amministrativa, non approfittino dell'attuale situazione politica e delle Tutte le organizzazioni di rappresentanza professionale e contrattuale degli infermieri, si confrontino rispetto agli argomenti trattati e prospettino soluzioni capaci di risolvere le criticità che vive la professione infermieristica italiana a partire dalla formazione per continuare con l'esercizio professionale; processi oggi soffocati da una serie interminabile di condizionamenti. La proposta di definizione di un ampliamento delle “competenze” per gli Infermieri, va considerata una iniziativa nell'ambito di una rivalutazione complessiva degli ambiti di esercizio professionale e per i vincoli e limiti che presenta, a mio avviso, potrebbe essere corretta. Bisognerebbe strutturare “politiche di con-



fronto” e di coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario riunendoli attorno ad un unico tavolo dal livello regionale. Non è il solo tavolo di confronto nazionale che può definire accordi applicabili. L’ambito applicativo dell’accordo, declinato nell’attuale contesto organizzativo dei sistemi sanitari regionali attuali, deve essere ottimizzato per evitare “distorsioni interpretative e applicative”. Andrebbe definito uno schema di regolamento che impegna le Regioni a comporre “cabine di regia” coordinate dal Ministero della salute, cui assegnare il ruolo di verifica applicativa degli indirizzi contenuti nell’accordo. La “cabina di regia” regionale composta di rappresentanti tecnici e istituzionali delle Regioni, OO. SS. e Collegi o Associazioni delle professioni interessate cui assegnare il compito, attraverso la “lettura” della propria situazione regionale, è chiamata ad esprimere pareri sui provvedimenti di interesse attinenti ai contenuti professionalizzanti dell’accordo. Si consideri che qualsivoglia provvedimento di programmazione sanitaria che le singole Regioni determineranno, se non definiti con il diretto coinvolgimento delle professioni, è destinato a non raggiungere gli obiettivi. Solo un proficuo e sereno confronto può significativamente rilanciare il sistema. Bisogna stringere con le professioni veri e propri ‘patti. Oggi, più che in altre occasioni, si rende necessario “riprogettare i modelli organizzativi” dell’attività di assistenza infermieristica e di definizione dei livelli minimi delle prestazioni infermieristiche da erogare ai cittadini, prima di tutto. Bisogna, altresì, aggiungere nell’accordo che impegna il Governo e le Regioni a definire percorsi comuni per applicare concretamente i contenuti di cui alla legge 43/2006. Ora aspettiamo fiduciosi gli esiti del conflitto in essere che vede scendere in campo la FNC IPASVI. Senza entrare nei

dettagli relativi alle possibili motivazioni che hanno pesantemente ritardato lo sviluppo dell’accordo, ammesso che sia utile, contrariamente a quanto avvenuto per altre categorie professionali (es. i Tecnici di Radiologia) che, con identico modello concettuale, hanno “chiuso” la questione in tempi rapidissimi, ritengo opportuno portare l’attenzione sulla dichiarazione “presidenziale” che ha affermato “è una questione politica”.

Pertanto, se si tratta di una questione politica, è sul tavolo politico che deve essere affrontata. A poco servono i comunicati dove si va a rendere pubblica la decisione del Comitato Centrale IPASVI “di ritirare la firma dalla Federazione Nazionale Infermieri da tutti i documenti ministeriali in cui si riconosce solo la figura medica al centro di processi di innovazione sanitaria e sociosanitaria”. Al proposito viene naturale porsi la domanda “... ma perché è stata posta una firma su documenti che in qualche modo ostacolavano lo sviluppo della nostra professione? Chi si è assunta tale responsabilità? Si è trattato di una decisione autonoma o condivisa?”

Certamente il problema delle competenze è una cosa seria e pesa tantissimo sulla professione. Ma in questo momento abbiamo cose altrettanto importanti, come ad esempio i tagli lineari che hanno pesantemente “abbattuto” gli organici degli infermieri e degli operatori di supporto, i blocchi parziali o totali del turnover, un sistema formativo universitario troppo lontano dalle esigenze dei cittadini e del sistema, un assetto normativo presente e inapplicato in ancora troppe situazioni, l’assenza di standard di riferimento per la determinazione delle dotazioni organiche, etc. etc.. E se il 12 maggio prossimo ci dessimo appuntamento a Roma, tutti, per dire non solo noi andiamo avanti, ma pretendiamo risposte!

LA FNC IPASVI SUL CONFLITTO INFERMIERI VS MEDICI

- 21 novembre (Quotidiano sanità)

Competenze infermieristiche. Silvestro: “A quale titolo interviene l’Intersindacale? È dichiarazione di guerra”

Così la presidente nazionale Ipasvi ha commentato la lettera al ministro Lorenzin inviata dall’Intersindacale in merito alla Bozza di accordo sullo sviluppo delle competenze infermieristiche. Per Silvestro si è trattato di un fulmine a ciel sereno. “Se questo è l’intento vorrà dire che cominceremo a prepararci alla guerra per affrontarla con tutta la nostra forza”

- 24 novembre (comunicato FNC IPASVI)

Il comitato centrale Ipasvi ha deciso di ritirare la firma dalla Federazione Nazionale Infermieri da tutti i documenti ministeriali in cui si riconosce solo la figura medica al centro di processi di innovazione sanitaria e sociosanitaria.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ora o mai più

Giuseppe
CHIDO



Il servizio sanitario italiano, pubblico, equo e universalistico, rappresenta una conquista sociale ormai irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.

Conquista con le fondamenta nella Carta Costituzionale (art. 32) e con un percorso di crescita fiorito nel culmine della stagione delle conquiste sociali (1978). Da allora, tra alti e bassi, le scelte politiche e le modalità di pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari hanno messo progressivamente in discussione l'articolo 32 della Costituzione e i principi fondamentali del SSN. La grave crisi di questi ultimi anni, sommata ad episodi non marginali di corrottele ed inefficienze manageriali, particolarmente sviluppatosi nell'era della "Seconda Repubblica" e dopo la modifica del titolo V della Costituzione, ha determinato inaccettabili diseguaglianze, danneggiando la salute dei cittadini e rischiando di compromettere la dignità delle persone e la loro capacità di realizzare percorsi di salute appropriati. La spesa è esplosa quando doveva essere meglio controllata (regionalizzazione del SSN) e sono venuti al pettine i nodi mai affrontati di decenni di programmazione irrazionale e di mancati interventi strutturali sull'impianto organizzativo su cui si basa

il SSN. Ne sono segno alcuni parametri in forte contrasto con i principali paesi europei, anche con quelli a maggiore presenza di stato sociale: eccessivo numero di ospedali con conseguente eccessivo numero di posti letto, eccessivo numero di attrezzature tecnologiche, anche di avanguardia, spesso sottoutilizzate o mai avviate, eccessiva inappropriatazza dei ricoveri e delle prestazioni, liste di attesa sempre più lunghe, scarsa presenza organizzativa dei servizi sul territorio, mancato adeguamento della programmazione al mutare degli aspetti epidemiologici e demografici, scarsità del numero di infermieri rispetto alla popolazione servita. Eppure quello italiano è uno dei più efficienti Servizi Sanitari del mondo. Occorre intervenire: cambiare la barra della programmazione, invertendo i paradigmi delle priorità, orientare i servizi, le risorse e la domanda nel segno dell'appropriatezza. Lamentare un finanziamento inadeguato, senza essere propositivi, fornisce un alibi per smantellare il SSN (e chi sa quanti stanno aspettando per cogliere l'occasione), spiana la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati, aumenta le diseguaglianze sociali, riduce gli spazi di equità e di democraticità del sistema.

In questo panorama nasce l'iniziativa della Fondazione GIMBE "Salviamo il Nostro SSN" attraverso la sottoscrizione del Manifesto della Sostenibilità.

La Fondazione GIMBE, nasce con lo scopo di promuovere e realizzare attività di formazione e ricerca in ambito sanitario finalizzate a:



SALVIAMO IL NOSTRO SSN



- Consolidare la formazione continua dei professionisti sanitari come processo di auto-apprendimento permanente integrato nella pratica clinica.
- Migliorare la qualità metodologica, l'etica, l'integrità, la rilevanza clinica e il valore sociale della ricerca sanitaria.
- Favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche alle decisioni professionali, manageriali e di politica sanitaria.
- Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, coinvolgimento degli utenti, efficienza.

Concepito in una fase di grande incertezza politica ed economica, il progetto nasce dalla consapevolezza che, nonostante i tagli, un SSN equo e universalistico è ancora sostenibile. Oggi, infatti, una quota consistente della spesa sanitaria viene sprecata in maniera intollerabile perché gli obiettivi dei numerosi portatori di interesse (stakeholders) sono spesso divergenti, conflittuali e opportunistici. Pertanto, il progetto intende coinvolgere tutti gli stakeholders della sanità italiana, ad iniziare dai cittadini, per identificare le criticità e suggerire possibili soluzioni per un SSN sostenibile.

Il progetto è partito tenendo conto di alcune premesse:

- La sanità, oltre ad essere il più importante settore produttivo di beni e servizi, rappresenta una delle principali fonti di consumismo da parte dei cittadini.
- Attorno al pianeta sanità ruotano gli interessi di numerose categorie di stakeholders.
- Il sistema sanitario è caratterizzato da un inestricabile mix di complessità, incertezze, asimmetria informativa, qualità poco misurabile, conflitti di interesse, corruzione, estrema variabilità delle decisioni cliniche, manageriali e politiche.
- La variabile combinazione di questi fattori permette ai diversi stakeholders un tale livello di opportunismo da rendere

il sistema sanitario poco controllabile.

- Per garantire la sostenibilità di un SSN equo e universalistico, gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholders devono essere riallineati, rimettendo al centro la “promozione, il mantenimento e il recupero della salute della popolazione”, obiettivo assegnato al SSN dalla legge 833/78 che lo ha istituito.

Ad un anno dalla presentazione, dopo consultazioni, studi e analisi, il 15 marzo 2013, in occasione della 8ª Conferenza Nazionale, la Fondazione GIMBE ha lanciato la fase operativa del progetto Salviamo il Nostro SSN che, in un momento di grande incertezza politica ed economica, ha l'obiettivo di contribuire alla sostenibilità della sanità pubblica. Il progetto nasce dalla consapevolezza che, nonostante i tagli, un SSN equo e sostenibile può essere garantito solo se gli obiettivi divergenti e spesso conflittuali dei diversi stakeholders vengono riallineati, rimettendo al centro la “promozione, il mantenimento e il recupero della salute della popolazione”. I principi guida configurano la vision della Fondazione GIMBE sulla sanità pubblica e sono stati definiti tenendo conto della legislazione sanitaria vigente, del contesto politico, economico e sociale e di evidenze ed esperienze mutuate da sistemi sanitari internazionali. Per favorire l'attuazione dei principi guida, la Fondazione GIMBE propone dieci linee di azione coerenti con la mission istituzionale, il know-how e la reale fattibilità. Quindi, per ciascuna delle dodici categorie di stakeholders identificate sarà predisposto un elenco preliminare di criticità e proposte: tali elenchi saranno resi progressivamente disponibili nel corso dei prossimi mesi.

Il primo dei quesiti che si pone il progetto, e che pone anche al governo del sistema, è di chiarire se il Servizio Sanitario Nazionale è realmente sotto-finanziato. In realtà i dati dell'OCSE indicano che in Italia la spesa sanitaria (sia pubblica che privata) è inferiore a quella dei più importanti paesi europei. Al tempo stesso, nei sistemi sanitari avanzati non esistono evidenze scientifiche che dimostrano una correlazione positiva tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni. Infatti, in assenza di adeguate strategie





per eliminare inefficienze e sprechi, le eventuali risorse aggiuntive rischiano di alimentare servizi e prestazioni inutili, determinando ulteriori sprechi.

Continuare a lamentare un inadeguato finanziamento del SSN, oltre a fornire un alibi per smantellarlo, liberando lo Stato di una parte consistente della spesa pubblica, spianerà inevitabilmente la strada all'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati.

Un ulteriore quesito è quello di interrogarsi se la regionalizzazione avviata con la riforma del Titolo V della Costituzione (Federalismo?) deve essere ripensato alla luce della situazione determinatasi: oltre la metà delle Regioni italiane sono oggi commissariate o poste "sotto tutela" con piani di rientro a causa dello splafonamento dei conti della sanità. A fronte di un diritto costituzionale che garantisce "universalità ed equità di accesso a tutte le persone" e alla legge 833/78 che conferma la "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini", oggi le disuguaglianze regionali hanno raggiunto livelli inaccettabili in termini di offerta dei servizi, di appropriatezza dei processi e di esiti di salute. Lo dimostrano evidenze a livello macro (adempimento del mantenimento dell'erogazione dei LEA), meso (dati inquietanti del Programma Nazionale Esiti) e micro (Rapporto Nazionale sull'uso dei Farmaci in Italia). Pertanto, se la politica confermerà di voler tutelare l'autonomia delle Regioni, le capacità di indirizzo e verifica del Ministero della Salute sui 21 sistemi sanitari regionali dovranno essere ampliate e dotate di strumenti adeguati. In particolare non è più differibile la definizione di standard clinico-assistenziali e indicatori di performance unitari per tutto il territorio nazionale. Il terzo dei quesiti posti dal progetto per il futuro del SSN a cui occorrerà fornire risposte di sistema riguarda la modalità di organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie. Infatti, oltre alle disuguaglianze regionali, la pia-

nificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria incontra numerosi ostacoli, in parte legati all'eterogeneità delle aziende sanitarie, in parte a modalità gestionali poco compatibili con il "prodotto salute". Innanzitutto, l'approccio al management continua a essere guidato dalla produttività e non dai risultati di salute.

Di conseguenza, la valutazione e il finanziamento delle Aziende sanitarie sono basati quasi esclusivamente sul binomio produttività-consumi. In secondo luogo, le differenti modalità di finanziamento tra aziende sanitarie che erogano gli stessi servizi generano interessi in competizione. Infine, esistono resistenze e difficoltà ad attuare varie modalità sovra-aziendali di organizzazione dell'assistenza.

Il quarto quesito riguarda i professionisti della salute e, per quel che ci riguarda, gli infermieri: come possono gli infermieri e gli altri professionisti sanitari contribuire alla sostenibilità del SSN?

Secondo il principio di giustizia distributiva l'etica del razionamento appartiene alla politica, ma quella della riduzione degli sprechi è indissolubilmente legata alla professionalità degli operatori. Di conseguenza, guidate da un equilibrato mix di evidenze scientifiche e buonsenso tutte le categorie professionali (medici in particolare) dovrebbero identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low-value. Tali prestazioni, infatti, riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di denaro pubblico impossibile da identificare e contenere con i metodi di spending review utilizzati della politica. In assenza di siffatto contributo professionale è inevitabile che i tagli lineari attuati dalla politica finiscano per privare i cittadini di un numero sempre più elevato di interventi sanitari efficaci e appropriati.

L'ultimo quesito determinante per il futuro del SSN è quello di chiarire quale dovrà essere il ruolo dei cittadini e dei pazienti nel Servizio Sanitario Nazionale. La legge 833/1978 faceva perno sulla loro partecipazione. Il SSN è a disposizione delle persone che di volta in volta assumono ruoli differenti: sono pazienti quando presi in carico per problemi assistenziali; sono utenti quando si rivolgono per informazioni, tran-



sazioni, certificazioni; sono cittadini quando contribuiscono, con il loro voto, alle scelte politiche e con le tasse alla costituzione del fondo sanitario nazionale. Oggi la progressiva involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie fa il gioco della politica, perché la customer satisfaction rappresenta un insostituibile strumento di consenso elettorale. Inoltre, solo pochi contribuenti sono consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie concorre agli sprechi del SSN con pesanti ricadute sotto forma di imposte locali e di mancate detrazioni, in particolare nelle regioni alle prese con il piano di rientro, e in Puglia ne sappiamo qualcosa.

Dopo aver sottoscritto il “Manifesto della Sostenibilità” sarà possibile fornire un contributo attivo sui principi guida, utilizzando il semplice linguaggio del semaforo:

- Verde: approvo.
- Rosso: non approvo.
- Giallo: approvo, previa modifica del testo.

Successivamente, la stessa modalità di feedback sarà utilizzata per le liste di criticità e proposte relative alle sei categorie di stakeholders primari, che saranno rese progressivamente disponibili.

Inoltre, chiunque potrà proporre ulteriori principi guida, criticità e proposte. Infine, oltre a racco-

gliere i feedback dei singoli stakeholders, la Fondazione GIMBE ha pianificato varie azioni di sensibilizzazione finalizzate a creare un network di istituzioni e organizzazioni a supporto del progetto.

Gli stakeholders sono stati classificati in primari e secondari.

Quelli primari costituiscono l’asse delle decisioni politiche, manageriali, professionali perché influenzano direttamente la programmazione, l’organizzazione, l’erogazione e la fruizione dell’assistenza sanitaria:

- Stato, Regioni e Province Autonome.
- Aziende sanitarie.
- Management.
- Professionisti.
- Cittadini.

Quelli secondari sono portatori di interessi specifici verso altri stakeholders e influenzano indirettamente la programmazione, l’organizzazione, l’erogazione e la fruizione dell’assistenza sanitaria:

- Università.
- Ordini e Collegi professionali.
- Società scientifiche.
- Sindacati.
- Industria.
- Comitati etici.
- Associazioni di pazienti.
- Editoria scientifica e media.

A conclusione della prima fase della consultazione pubblica, relativa agli stakeholders primari, sarà pubblicato il Libro Bianco la cui stesura terrà conto di tutti i feedback pervenuti. La presentazione del Libro Bianco avverrà il 14 marzo 2014, in occasione della 9ª Conferenza Nazionale GIMBE.

Alla luce di tutto questo il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI BAT, allargato ai Revisori dei Conti, ha analizzato il progetto GIMBE “Salviamo il Nostro SSN” e ha deliberato di aderire al progetto e di sostenerlo chiamando alla sottoscrizione del Manifesto della Sostenibilità tutti gli infermieri e i cittadini della Provincia BAT.

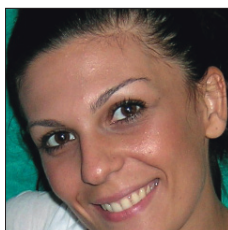
“...i tagli lineari attuati dalla politica finiscano per privare i cittadini di un numero sempre più elevato di interventi sanitari efficaci e appropriati”

Il Collegio si adopererà per illustrare e diffondere gli obiettivi del progetto attraverso una campagna di informazione di massa verso gli infermieri, la predisposizione di apposito link sul sito web del Collegio e l’apertura di ampi spazi di informazione durante le iniziative di formazione che il Collegio produrrà da ora in avanti fino alla conclusione del progetto. Inoltre sarà cura dello stesso Collegio contribuire alla diffusione dei risultati e del libro bianco che sarà prodotto da GIMBE a conclusione della prima fase progettuale.

Da qui l’invito a tutti gli infermieri a sottoscrivere il progetto sul sito www.salviamo-SSN.it oppure attraverso il sito web del Collegio www.ipasvibat.it con la speranza che si apra una nuova stagione di successo e di sviluppo per il SSN e per la salute dei cittadini italiani.

INFERMIERE: UN PROFESSIONISTA TRA LA GENTE

Imma
SFREGOLA



Si è concluso a Trani organizzato dall'A.S.L. BAT, il FORUM DELLA SALUTE, che ha visto coinvolte tutte le professioni sanitarie che si occupano di salute. Quando si parla di salute, non si può non

bellezza e rivoluzionando lo scorrere grigio delle cose, con i colori dell'attenzione, dell'ascolto e della professionalità.

Il processo di cura non è chiuso in se stesso, non si risolve in una relazione bilaterale, ma è attento al tempo e al mondo, non è un'etichetta contrassegnata con il concetto di fragilità, ma è cogliere il senso dell'alterità. In passato la scena prevedeva che gli infermieri riempissero le sale piuttosto che essere professionisti protagonisti tra la gente. Ma quando accadrà questa? Chi ha paura degli infermieri? Perché?

Ciononostante gli infermieri hanno occupato la piazza diventando infermieri tra la gente per offrire al cittadino sicurezza, conoscenza e tecnica. E sono stati ricambiati con attenzione, affetto, riconoscenza.

citare l'art. 32 della nostra Costituzione, che descrive la salute come un benessere prima psichico e poi fisico e soprattutto come diritto dei cittadini. Essa può essere ricchezza se ciascuno è in grado di custodirla, ma se persiste una condizione patologica, allora, qualcuno deve occuparsene, disegnando nuovi progetti di vita. Se, quindi, la salute è un diritto di tutti, ne deriva che prendersene cura dovrebbe essere dovere degli infermieri!

Purtroppo la realtà distratta, definisce il "prendersi cura" dell'altro accessorio e accidentale, anziché "arte creativa" che modifica l'essere generando

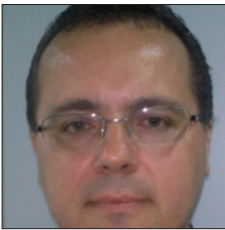




GLI INFERMIERI NEL RAPPORTO CON I MEDIA

Report di un fatto di cronaca vera

Salvatore
PETRAROLO



Il sospetto è fondato: svilire la professione infermieristica è frutto dell'ignoranza di chi scrive su vicende che riguardano la sanità. Ignoranza che si perpetua nel tempo, almeno nel nostro

territorio, da nord a sud della provincia di Bari.

In maniera fin troppo semplicistica, pur troppo, qualunque operatore del mondo sanitario (tranne se non si tratti di un medico) è identificato come infermiere.

L'ultimo caso, sul quale il Collegio Ipasvi ha presentato una denuncia alla Procura della Repubblica di Bari, è accaduto ad inizio di novembre: in un articolo della "Gazzetta del Mezzogiorno" si racconta di un'inchiesta interna alla Asl avviata per verificare, dopo la denuncia del sindacato Usspi, se gli addetti alle pulizie svolgessero le mansioni da infermiere.

Questa, però, è la semplificazione giornalistica che svilisce la professione di infermiere. Perché, come meglio specificato dagli utenti del forum sulla pagina facebook del Collegio (dove è stato pubblicato l'articolo incriminato), per la vicenda dell'ospedale di Putignano la denuncia del segretario regionale dell'Usspi, Nicola Brescia, era chiara: si parlava di "personale deputato per le pulizie

>>

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Venerdì 15 novembre 2013

IL CASO SANITASERVICE

CONFERMA DAL PRESIDIO DI PUTIGNANO

IL NUOVO CONTRATTO

<<Fondate le denunce dell'Usspi>>. Intanto è polemica sul mancato passaggio a full time. Il nodo dell'amministratore pensionato

<<Lavoro da infermieri al personale di pulizia>>

L'inchiesta interna della Asl. Il dirigente: no a mansioni diverse agli ausiliari

utilizzato in attività assistenziale di competenza di figure professionalmente più qualificate come OSS e OTA”. Per meglio chiarire: gli addetti alle pulizie non svolgevano mansioni da infermiere ma da Operatore socio sanitario.

E qui, come ormai accade sempre più spesso per chi scrive di in-

fermieri, sta l'errore: grossolano e frutto di ignoranza.

Probabilmente anche figlio di una confusione, nel mondo sanitario dove, come ha scritto uno degli utenti intervenuti sul facebook, “agli occhi della gente e dei pazienti, noi infermieri non siamo e non contiamo nulla! Per loro dopo il medico, tutte le altre figure presenti in sanità (compresa quella dei “pulitori”) hanno un unico nome: infermiere”.

Verrebbe da dire che si fa di tutt'erba un fascio, quando invece gli infermieri sono diventati professionisti e laureati oltre che figure importanti nel funzionamento della macchina sanitaria alla pari dei medici.

Ma nell'errore di accomunare Operatori socio sanitari e OTA agli infermieri si incorre più spesso e così viene il sospetto che, oltre all'ignoranza, quello sia un errore di superficialità.

Gli infermieri, però, non ci stanno e come ha ricordato il Presidente del Collegio Ispasvi, Saverio Andreula, in un suo intervento su facebook a proposito dell'articolo “incriminato”, in Puglia “grazie a diverse campagne di comunicazione da noi attivate, oltre che al costante confronto istituzionale con gli Ordini professionali, noi infermieri siamo considerati con la nostra specificità professionale. Anche le normative regionali – prosegue Andreula – ci considerano una classe professionale. Certo molto ancora c'è da fare per delineare e rafforzare nell'immaginario collettivo il nostro reale profilo e il nostro impegno continua in questa direzione”.

Una strada percorribile, come suggerisce un'altra utente su facebook, potrebbe essere quella di individuare termini identifi-

cativi per gli operatori socio sanitari o gli OTA, perché quelle sigle sono anonime e di fatto incomprensibili a chi non conosce la materia.

“...gli infermieri sono diventati professionisti e laureati oltre che figure importanti nel funzionamento della macchina sanitaria alla pari dei medici”

Anche se nel caso specifico dell'articolo della “Gazzetta del Mezzogiorno” c'è chi ritiene fondamentale, da parte del giornalista

sta, la conoscenza degli argomenti che si vanno ad affrontare.

Insomma in questo caso oltre alla colpa si intravede il dolo di chi ha scritto, in maniera fin troppo semplicistica, che gli addetti alle pulizie svolgevano funzioni da infermiere. L'episodio, come detto, è arrivato anche all'attenzione della Procura della Repubblica di Bari con una denuncia – segnalazione, firmata dal presidente del Collegio Ispasvi, Saverio Andreula.

In quella denuncia si chiede “di fare chiarezza su quanto accaduto (nell'ospedale di Putignano n.d.r.) per evitare inopportune conseguenze in danno sia degli utenti che degli operatori”.

La strada da percorrere, comunque, resta lunga perché gli infermieri riescano ad affrancarsi da facili ed errati accostamenti.

Del resto, come racconta ancora una utente su facebook, riportando la sua esperienza nel nord est d'Italia, i cittadini fanno fatica a distinguere tra un infermiere e un operatore socio sanitario.

Anzi c'è un episodio ricorrente che conferma questa confusione: quando il paziente anziano si rivolge all'operatore di supporto e gli chiede “sei un infermiere”, capita spesso che l'operatore gli risponda: “Sono un OSS”.

“E cosa vuol dire?” ribatte il paziente. E mentre l'OSS comincia la sua spiegazione, il paziente termina con “sei un infermiere, insomma”.

Ecco, l'episodio è rappresentativo anche del lavoro di informazione oltre che culturale, al quale sono chiamati gli infermieri: la loro professionalità non può e non deve essere calpestata. Chi lo fa spesso è in malafede, altrimenti è ignorante.



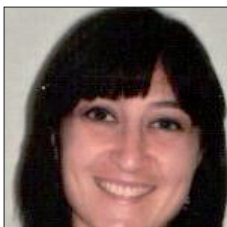
L'INFERMIERE DI ANESTESIA

Analisi di un professionista all'interno di un'equipe multiprofessionale

Alessandro
PIPOLI



Valentina
PULPITO



L'infermiere di anestesia è un professionista che ha acquisito, attraverso un training specifico di affiancamento a colleghi esperti, una competenza professionale clinica, tecnica ed assistenziale specifica nel campo dell'anestesia e della rianimazione e lavora in stretta collabora-

zione con il medico anestesista-rianimatore. Il programma di studi universitari triennali generalmente non prevede una formazione specifica per la sala operatoria, se non a discrezione della direzione del corso di studi e del docente incaricato, in maniera marginale per la sola parte anestesilogica.

Attualmente in Italia e in molti altri Paesi europei non è previsto un percorso formativo specifico per l'infermiere di anestesia in quanto il corso di specializzazione in "tecnico d'anestesia" non è più attivo da diversi anni.

L'AAGBI (The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland) ha da tempo sostenuto e dimostrato che la disponibilità di personale specificatamente preparato accanto all'anestesista è di fondamentale importanza per condurre un'anestesia in sicurezza, riducendo l'incidenza di eventi

avversi.

Secondo McAuliffe, che ripercorre lo sviluppo delle specializzazioni infermieristiche, emerge che questo percorso è avvenuto in periodi e modi diversi a livello internazionale, in quanto ogni realtà è costituita da Paesi in cui i valori, la cultura e le tradizioni sono fundamentalmente differenti.

Dallo studio di Alvaro del 2007, condotto soprattutto a livello Europeo, è stato possibile evidenziare che, per questo ambito specialistico, alcuni Paesi prevedono percorsi di formazione infermieristica post-base o complementare specifici per la chirurgia, la sala operatoria, le cure intensive e l'area critica, altri Paesi prevedono invece percorsi di specializzazione specifici per l'assistenza infermieristica in anestesia, (come ad esempio Danimarca, Francia, Germania, Lussemburgo e Regno Unito a cui si sono aggiunti Austria, Olanda e Svezia). In Italia, risulta esigua l'attivazione di percorsi formativi post-base o complementare specifici e di conseguenza le competenze necessarie si sviluppano prevalentemente attraverso le abilità sul campo.

Dallo studio di Reato del 2008, effettuato all'interno della sola regione Lombardia, tra i requisiti di accesso per lavorare in sala operatoria nelle attività di assistenza infermieristica anestesilogica, nel 91,8% dei casi è necessario il solo periodo di addestramento/processo di inserimento che dura due/tre mesi o che termina quando l'infermiere ha raggiunto l'autonomia. Inoltre, nelle strutture indagate, per accedere alle sale operatorie non sono risultati necessari titoli di pro-



fessionalità specifici oltre alla formazione infermieristica di base. A questo infermiere vengono richieste, quindi, conoscenze e capacità tecniche affinché egli non sia esclusivamente un esecutore di ordini semplici, bensì un collaboratore in grado di agire con professionalità e competenza in tutte le fasi chirurgiche e anestesiolgiche. I progressi compiuti nel campo dell'anestesia e della chirurgia e di conseguenza l'emergere di nuovi bisogni assistenziali sempre più complessi, hanno determinato la necessità di avere a disposizione professionisti infermieri, autonomi e responsabili, in possesso di conoscenze sempre più specifiche e specializzate. All'interno di questo processo evolutivo, la formazione ha assunto un ruolo determinante nel garantire l'adeguatezza dell'assistenza infermieristica permettendo quindi l'acquisizione di conoscenze, abilità ed atteggiamenti qualificati e specifici. Per l'infermiere di anestesia sono indispensabili le conoscenze dei requisiti strutturali e tecnologici minimi della sala operatoria, oltre al suo allestimento, in base alle peculiarità specifiche dell'intervento. All'infermiere di anestesia viene perciò richiesta:

- verifica e preparazione di tutti gli apparecchi elettromedicali ad uso anestesiolgico;

- preparazione del paziente;
- conoscenza di tutte le metodiche e tecniche anestesiolgiche ivi compresa la farmacologia;
- conoscenza di tutti i sistemi di monitoraggio intraoperatorio e capacità di interpretazione dei dati da questi forniti;
- capacità di far fronte a ogni evento, atteso e non, che interessi la gestione delle vie aeree, l'equilibrio emodinamico e qualsiasi altra complicanza intra e post operatoria.

È evidente come in Italia, la carenza di un percorso di studio specifico per l'infermiere di anestesia ed un riconoscimento, dal punto di vista contrattuale e legale di tale figura professionale, rende ogni volta l'inserimento di nuove unità, complicato da gestire per il coordinatore e difficile da affrontare per il nuovo inserito.

L'infermiere di anestesia deve essere in grado, attraverso l'analisi e l'attivazione del processo decisionale, di assumersi le responsabilità per il miglior benessere del paziente, a prescindere dalle scelte obbligate dell'azienda.

In definitiva, ciò che realmente è venuto a mancare fino ad oggi è il reale riconoscimento da un punto di vista legale di questa figura professionale.





INFERMIERISTICA DI PROTEZIONE CIVILE

Concluso corso di primo livello nella BAT



Il Nucleo del Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria (CIVES) della provincia Barletta-Andria-Trani ha concluso i lavori del “Corso di 1° livello di Infermieristica di Protezione Civile” che ha visto la partecipazione degli infermieri e in qualità di uditori gli studenti del Corso di Laurea

in Infermieristica e i volontari del soccorso. Strutturato in dodici giornate, l'evento formativo si è concluso il 21 ottobre con la consegna dei relativi attestati ai partecipanti. Il corso ha avuto riscontri positivi tra i discenti, arricchendo le conoscenze su quello che è il vasto mondo della protezione civile nel quale la nostra associazione opera.

La cerimonia si è svolta a Canosa di Puglia, città che ha ospitato l'evento, presso il Palazzetto dello Sport alla presenza del Sindaco Ernesto La Salvia, che ha partecipato anche al corso in qualità di relatore.

Nel suo discorso d'apertura il Sindaco ha voluto ringraziare il nucleo provinciale CIVES della BAT per aver scelto Canosa come sede formativa, promettendo maggiore im-

pegno e collaborazione con l'associazione, prospettando una collaborazione da parte del consiglio comunale nell'organizzare simulazioni di scenari calamitosi insieme ai Vigili del Fuoco, Polizia Municipale, Carabinieri ed alle altre Associazioni di Volontariato parti attive della Protezione Civile.

Il corso si è tenuto presso l'Auditorium del Centro Servizi Culturali e Patrocinato dallo stesso Comune attraverso l'Assessorato alla Cultura e ha suscitato un grande interesse ed entusiasmo nei partecipanti trattando argomenti sapientemente presentati grazie alla grande professionalità dei relatori, veri esperti delle specifiche materie trattate.

Il corso ha fornito nozioni specifiche alternando teoria a lezioni pratiche su una serie di tematiche e discipline inerenti al mondo del Sistema Nazionale di Protezione Civile quali: il Soccorso tecnico territoriale, il Corpo Nazionale Vigili del Fuoco, il concetto di Sicurezza, il territorio, la cartografia e i sistemi informativi geografici, la TAS (Topografia Applicata al Soccorso) e sua applicazione per la mappatura delle aree a rischio, il soccorso extraospedaliero e il ruolo infermieristico, la Centrale Operativa 118, la gestione dei soccorsi extraospedalieri, i mezzi mobili di soccorso.

Il Triage: l'infermiere nella gestione dell'emergenza, emergenza immigrazione, la tutela delle donne e dei minori, il contesto sociale e le emergenze, il supporto delle funzioni vitali (apprendimento grazie alle esercitazioni pratiche su manichino), la comunicazione e la telecomunicazione, mezzi, strumenti e tecniche di telecomunicazione



in emergenza, utilizzo delle radiotrasmettenti (con esercizi pratici), la Funzione 2 Sanità e l'assistenza sanitaria diretta e indiretta, interventi in ambito emergenziale le aree di accoglienza.

Workshop: La comunicazione e l'allarmismo sociale, le Strutture campali di Protezione Civile e le aree di ammassamento, il Posto Medico Avanzato di 1° e 2° livello, l'Ospedale da campo, il soccorso durante le maxiemergenze ai diversamente abili, gli aspetti psicologici nella gestione dell'emergenza.

Durante la cerimonia il Presidente del Nucleo CIVESBAT, Giuseppe Donativo ha vo-

luto ringraziare quanti hanno contribuito alla realizzazione e alla riuscita del Corso.



AVVOCATURA DI DIRITTO INFERMIERISTICO ONLUS

Un gruppo di infermieri, esperti di diritto, laureati in scienze giuridiche, giurisprudenza e specializzati alla Corte Suprema di Cassazione in Diritto sanitario e all'Università di Roma "Sapienza" in Diritto Disciplinare ed altre materie giuridico-sanitarie tra cui Infermieristica legale e valutativa, hanno fondato l'Associazione Avvocatura di Diritto Infermieristico. Scopo dell'A.A.D.I. è diffondere la cultura della legalità e del diritto di natura infermieristica quale unico mezzo per migliorare le condizioni professionali dell'infermiere. Siamo convinti che la maggior parte dello sfruttamento subito dagli infermieri nasce dall'ignoranza della legge.

La legge è forza; la legge è potere. Chi la conosce è padrone del proprio destino.

Dove gli infermieri studiano e si aggiornano sui propri diritti/doveri e sui diritti/doveri dell'amministrazione sanitaria, dei medici, dei pazienti, e del sistema sanitario pubblico o privato che sia, la vessazione e lo stress diminuiscono drasticamente; gli infermieri raggiungono un livello considerevole di auto ed eterostima.

Da uno studio scientifico condotto dagli studenti del Corso di Alta Formazione in Infermieristica legale e Diritto Disciplinare è emerso che neppure i dirigenti sanitari e i direttori delle unità operative conoscono le regole di base della procedura disciplinare. L'associazione intende diffondere il diritto, informando ogni infermiere della propria condizione professionale e degli strumenti legali per elevarsi.

L'associazione si chiama "Avvocatura di Diritto Infermieristico" perché ha creato una rete nazionale di studi legali con avvocati civilisti e penalisti di diritto infermieristico dedicati alla tutela ed alla difesa degli infermieri. L'associazione ha elaborato la B.D.I., la Biblioteca del Diritto Infermieristico.

Non si tratta di pubblicare le sentenze che ci interessano e che spesso non sono comprensibili agli infermieri, a questo ci pensano già tanti altri siti, ma di creare un sistema di ricerca monografica capace di spiegare per istituto e per materia, in linguaggio comprensibile, ogni singolo diritto che ci interessa oltre alla modulistica pratica per esercitare in concreto i nostri diritti.

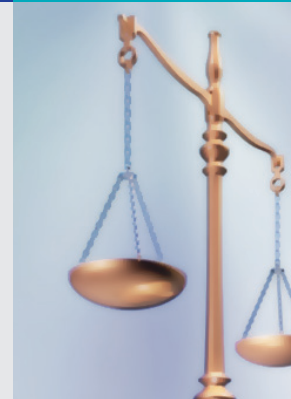
Chi volesse partecipare alla vita associativa in qualità di segretario regionale o della propria provincia o della propria azienda, deve far pervenire apposita domanda corredata di curriculum e dati anagrafici compreso il telefono, il domicilio, la professione e dove lavora. Il consiglio direttivo le valuterà e se deciderà di conferire l'incarico invierà il regolamento interno comprensivo di attività e impegni dei segretari che ognuno potrà valutare.

Email (mauro.difresco@libero.it); www.avvocaturadirittoinfermieristico.it; www.aadi.it

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*



CONGEDI PARENTALI

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 203 del 3 luglio 2013 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 42, comma 5, D.Lgs. n. 151/2001 (testo unico delle norme a tutela della maternità/paternità) nella parte in cui, in assenza di altri soggetti idonei a prendersi cura della persona disabile in situazione di gravità, non include nel novero dei soggetti legittimati a fruire del congedo straordinario il parente o l'affine entro il terzo grado convivente della persona in situazione di disabilità grave. Il diritto è stato così esteso seguendo un criterio di priorità. Il congedo può essere riconosciuto al familiare o affine entro il terzo grado convivente del disabile in situazione di gravità, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti degli altri soggetti individuati dalla norma, secondo il seguente ordine di priorità:

1. Il coniuge convivente della persona disabile in situazione di gravità;
2. Il padre o la madre, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità, in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente;
3. uno dei figli conviventi della persona disabile in situazione di gravità, nel caso in cui il coniuge convivente ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
4. uno dei fratelli o sorelle conviventi della persona disabile in situazione di gravità nel caso in cui il coniuge convivente, entrambi i genitori ed i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti;
5. un parente o affine di terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità nel caso in cui il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti.

I REQUISITI SOGGETTIVI PER POTER USUFRUIRE DEL CONGEDO STRAORDINARIO

Per quanto concerne la "mancanza", deve essere intesa non solo come situazione di assenza naturale e giuridica (celibato/stato di figlio naturale

non riconosciuto), ma deve ricomprendere anche ogni altra condizione ad essa giuridicamente assimilabile, continuativa e debitamente certificata dall'autorità giudiziaria o da altra pubblica autorità, quale: divorzio, separazione legale o abbandono. Per individuare le "patologie invalidanti", in assenza di un'esplicita definizione di legge si ritiene corretto prendere a riferimento soltanto quelle indicate dall'art. 2, comma 1, lett. d), n. 1, 2 e 3, decreto interministeriale n. 278/2000, che individua le ipotesi in cui è possibile accordare il congedo per gravi motivi. Per chi abbia interesse si ricorda che la presentazione delle domande di congedo straordinario deve essere effettuata esclusivamente in modalità telematica, attraverso uno dei seguenti tre canali: web, Patronati o numero verde. Le strutture territoriali dovranno riesaminare le richieste già pervenute relativamente ai rapporti non esauriti. Si ricorda che il diritto all'indennità economica connessa alla fruizione del beneficio si prescrive nel termine di un anno decorrente dal giorno successivo alla fine del periodo indennizzabile a titolo di congedo.

LA RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE E CAMBIAMENTO DI SEDE E LE TUTELE DI LEGGE 104/92

Il mutamento della sede aziendale, derivante da un processo di riorganizzazione del gruppo societario, con conseguente localizzazione delle attività facenti capo alla nuova società datrice di lavoro presso la diversa sede di quest'ultima, rende legittimo il trasferimento del lavoratore, non altrimenti impiegabile. Anche se questi possa usufruire delle tutele di cui alla Legge n. 104/1992. E il rifiuto del lavoratore al trasferimento presso la nuova sede di lavoro rende legittimo il licenziamento per giustificato motivo oggettivo. Principio, questo, affermato dalla Corte di Cassazione, sezione Lavoro, con la sentenza n. 25615, pubblicata il 14 novembre 2013. Il fatto: Una lavoratrice si rivolgeva al Tribunale del lavoro, chiedendo sia l'annullamento del trasferimento adottato nei suoi confronti dalla sede di lavoro sia del successivo licenziamento intimato per giustificato motivo oggettivo, stante l'impossibilità al suo impiego presso altre unità diverse dalla nuova e unica sede aziendale, costituitasi a seguito di un processo di



CLXII

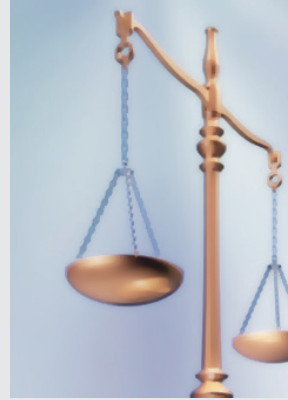
riorganizzazione delle società del gruppo. Il Tribunale in primo grado aveva respinto il ricorso. Proposto appello, la Corte d'Appello aveva rigettato il gravame, dichiarando la legittimità del trasferimento e del conseguente inevitabile licenziamento. Proponeva ricorso per Cassazione la lavoratrice che affermava il principio secondo cui il processo di riorganizzazione del gruppo societario determina l'effettivo trasferimento di sede lavorativa a maggior ragione quando l'originaria società datrice di lavoro si era trasformata in una nuova società a seguito di un processo di riorganizzazione delle società appartenenti al medesimo gruppo, con trasferimento della sede aziendale in altra località, fatto oggetto di accordo in sede sindacale, in ossequio a quanto stabilito dalla normativa di riferimento ed ossia la L. 428/1990. Le tutele derivanti dalla legge di cui sopra hanno un presupposto ineludibile ed ossia "ove possibile". Nel caso di specie, lamenta la lavoratrice ricorrente, la violazione del proprio diritto derivante dalla tutela della Legge n. 104/1992, dovendo prestare assistenza al proprio padre, portatore di handicap. Ma, affermano i giudici della Suprema Corte, non può ritenersi violato il disposto di cui all'art. 33, comma 5, della Legge 5 febbraio 1992 n. 104; lo stesso testo della norma prevede che il diritto di scelta della sede di lavoro viene esercitato "ove possibile", in applicazione del bilanciamento del reciproco interesse delle parti. Certamente non può essere fatto valere quando, come nel caso in esame, sia venuta meno l'originaria sede di lavoro, non essendovi altra soluzione possibile. Il rifiuto al trasferimento conseguente legittima il licenziamento. Ulteriore conseguenza è che il licenziamento per giustificato motivo oggettivo, successivamente intimato alla lavoratrice, debba essere considerato legittimo. Principio costante e non controverso della giurisprudenza è che il giustificato motivo di licenziamento determinato da ragioni inerenti l'attività produttiva è rimesso alla valutazione del datore di lavoro, senza che il giudice possa sindacare i criteri di scelta, ma unicamente accertare l'effettiva sussistenza delle ragioni addotte, nel caso in esame il licenziamento è stato intimato alla lavoratrice quale conseguenza del suo rifiuto a trasferirsi presso la nuova sede di lavoro. Ma era

emerso in giudizio che non vi era altra possibile soluzione perseguibile, era impossibile poter impiegare la ricorrente in mansioni equivalenti a quelle svolte, se non presso l'unica sede aziendale, dove aveva rifiutato di trasferirsi.

AFFISSIONE DEL CODICE DISCIPLINARE

L'obbligo di affissione del codice disciplinare non vale per quei comportamenti di cui il lavoratore può autonomamente percepire il disvalore in quanto siano violativi di ciò che, nella coscienza sociale, è sentito come codice etico fondamentale. E' un principio granitico in giurisprudenza. Ed ossia, non occorre l'affissione del codice disciplinare per conoscere che determinate condotte siano illegittime. La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 25311/13 depositata l'11 novembre, si è espressa in merito alla mancata affissione del codice disciplinare sul luogo di lavoro. La questione prende spunto dal licenziamento intimato ad un lavoratore che si era assentato arbitrariamente e senza giustificazione dal servizio dal 1° agosto 1998 al settembre 1998. Licenziamento che era stato dichiarato illegittimo dai giudici di primo grado e, al contrario, ritenuto legittimo in appello. Obbligo di affissione del codice disciplinare?

I giudici territoriali, infatti, ricordano il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui «l'obbligo di affissione del codice disciplinare non vale per quei comportamenti, e per le corrispondenti sanzioni espulsive, di cui il lavoratore può autonomamente percepire il disvalore in quanto siano violativi di ciò che, nella coscienza sociale, è sentito come codice etico fondamentale (c.d. 'minimum etico') o comunque risultino contrapposti agli obblighi essenziali discendenti dal rapporto di lavoro». Sì, ma non vale per i comportamenti di cui il lavoratore può autonomamente percepire il disvalore. E non vi è dubbio che la condotta posta a base del licenziamento del lavoratore rientri tra tali comportamenti, «trattandosi di condotta chiaramente lesiva dei fondamentali obblighi di correttezza e buona fede nell'esecuzione del rapporto di lavoro». Tale decisione è stata confermata anche dalla Corte di Cassazione, che ha dunque rigettato il ricorso.



LICENZA PER GIUSTA CAUSA L'ONERE DELLA PROVA PER CHI

In tema di licenziamento per giusta causa l'onere probatorio, posto a carico del datore di lavoro, comporta che questi fornisca la prova completa di tutti gli elementi della fattispecie e richiede, altresì, che tale prova sia certa, non essendo previsto nel nostro ordinamento un licenziamento fondato esclusivamente su prove indiziarie non adeguatamente verificate. Ad affermarlo è la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 25203 del 8 novembre 2013. La Corte di Appello di Genova, confermando la pronuncia di primo grado, rigettava le domande con cui una lavoratrice lamentava l'illegittimità del licenziamento per giusta causa irrogatole per avere, nella ricostruzione aziendale, allegato a numerose richieste di rimborso biglietti ferroviari non corrispondenti alle trasferte autorizzate. Ad avviso della Corte la società aveva dato piena prova dell'inadempimento della ricorrente mentre, al contrario, era rimasta indimostrata la tesi difensiva di quest'ultima che i biglietti contestati fossero stati inseriti nelle proprie richieste di rimborso per errore dell'ufficio competente o, alternativamente, ad opera di terzi intenzionati a cagionarle un danno. Il comportamento addebitato alla lavoratrice risultava dunque proporzionato alla sanzione adottata, indipendentemente dall'assenza di precedenti disciplinari nella ultraventennale durata del rapporto. Contro tale pronuncia la lavoratrice ricorreva alla Corte di Cassazione, articolando vari motivi. La giusta causa è una norma elastica. La ricorrente lamentava come la documentazione posta a supporto dei rimborsi spese, dopo la consegna all'ufficio competente, fosse nella esclusiva responsabilità della società la quale, prima di autorizzare il rimborso, effettuava ben tre livelli di controllo. Era dunque onere del datore di lavoro verificare la correttezza della documentazione allegata e, se del caso, negarle il rimborso. Sotto altro profilo, la ricorrente lamentava l'errore della pronuncia impugnata nella parte in cui aveva di fatto considerato incontestabile l'allegazione alle numerose richieste di rimborso di documentazione inconferente o fittizia. Motivi che, ad avviso della Cassazione, risultano fondati. Preliminarmente, la Corte rileva come la giusta causa

di recesso sia una «norma elastica (che, per sua natura, si limita ad indicare un parametro generale)», rispetto alla quale il Giudice ha il compito di darvi concretezza dando conto del procedimento logico su cui fonda la propria decisione, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento. L'onere di provare la giusta causa grava sul datore di lavoro. Su tale premessa, la Corte rileva come l'onere di provare la giusta causa di licenziamento gravi integralmente sul datore di lavoro e riguardi «tutti gli elementi costitutivi della fattispecie posta a base del recesso». Onere che nemmeno può essere assolto attraverso presunzioni, atteso che il ricorso a tale istituto, inteso come conseguenza che si trae da un fatto noto per risalire ad un fatto ignoto, è ammesso solo a condizione che il fatto noto sia accertato ed univoco. La giusta causa di recesso richiede quindi l'accertamento, da parte del Giudice di merito, dell'entità dell'inadempimento e della colpa nonché della loro incidenza sul vincolo fiduciario. Per tali ragioni, la Cassazione ritiene che la Corte di merito sia incorsa in errore affermando che era onere della lavoratrice dimostrare che la documentazione allegata alle richieste di rimborso non corrispondesse a quella originale, «così attribuendo alla lavoratrice un onere che non solo non le spettava, ma era praticamente impossibile da assolvere visto che tutti gli elementi per fornire tale prova erano in possesso della datrice di lavoro». La Corte accoglie quindi il ricorso ritenendo, in estrema sintesi, che la società non avesse fornito alcuna prova dell'infondatezza delle eccezioni della lavoratrice con ciò gravandola di un onere.

NOVITÀ SUI LICENZIAMENTI ILLEGITTIMI

Il giudizio di proporzionalità tra violazione contestata e provvedimento adottato si sostanzia nella valutazione della gravità dell'inadempimento del lavoratore e della adeguatezza della sanzione. Lo ha ricordato la Corte di Cassazione con la sentenza n. 24586/2013, depositata il 31 ottobre scorso. Un lavoratore veniva licenziato da una Azienda Pubblica in quanto aveva inviato ad una serie di soggetti, estranei al rapporto di lavoro, una comunicazione relativa alla situazione di un presunto conflitto di interessi in cui si sareb-



CLXIV

be trovato un responsabile della stessa società. La condotta del lavoratore è impropria, ma non può giustificare la sanzione espulsiva. Il lavoratore, però, si rivolge all'autorità giudiziaria, ritenendo illegittimo il licenziamento, perché l'invio della segnalazione non conteneva, a suo dire, alcun valore denigratorio e, in ogni caso, la sanzione espulsiva appariva sproporzionata ed incongrua rispetto alla condotta addebitatagli. A pensarla alla stessa maniera sono sia i giudici di merito che quelli di Cassazione a cui ha presentato ricorso la società. Manca l'accertamento della malafede. Seppur lo strumento della denuncia del presunto conflitto di interessi sia da ritenersi improprio e non corretto, il licenziamento è comunque sproporzionato. La Cassazione, infatti, ribadisce che, in tema di verifica giudiziale della correttezza del procedimento disciplinare, il giudizio di proporzionalità tra violazione contestata e provvedimento adottato si sostanzia nella valutazione della gravità dell'inadempimento del lavoratore e della adeguatezza della sanzione. Apprezzamenti correttamente portati a termine dai giudici di merito. Per questo, il ricorso viene rigettato in toto.

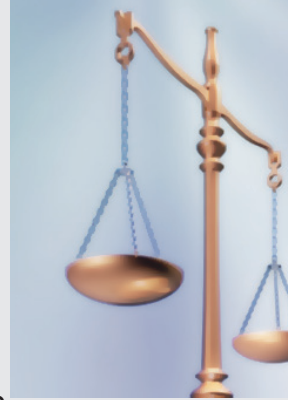
RECESSO DURANTE IL PERIODO DI PROVA NEL PUBBLICO IMPIEGO

In tema di lavoro in prova, il principio secondo il quale il recesso del datore di lavoro per esito negativo della prova ha natura discrezionale e dispensa dall'onere di provarne la giustificazione (differenziandosi, pertanto, dal recesso assoggettato alla disciplina limitativa dei licenziamenti) si applica anche al recesso della P.A. nel rapporto di lavoro privatizzato, cui non si estende l'obbligo di motivazione dei provvedimenti amministrativi previsto dall'art. 3 della legge 241/1990, trattandosi di atto gestionale del rapporto di lavoro adottato con le capacità e i poteri del privato datore di lavoro. In tema di obbligo di motivare il recesso in periodo di prova con riferimento al lavoro pubblico, è verificabile in giudizio la congruità delle ragioni rispetto, da un lato, alla finalità per legge della prova e, dall'altro, all'effettivo andamento della prova stessa, senza che resti escluso il potere di valutazione discrezionale dell'Amministrazione datrice di lavoro, non

potendo omologarsi la giustificazione del recesso per mancato superamento della prova alla giustificazione del licenziamento per giusta causa o giustificato motivo, e dovendosi escludere che l'obbligo di motivazione possa spostare l'onere delle prova sul datore di lavoro. Aggiunge la stessa Cassazione che il recesso del datore di lavoro pubblico nel corso del periodo di prova ha natura discrezionale e dispensa dall'onere di provarne la giustificazione, il che lo differenzia dal recesso assoggettato al regime della legge 604/1996, fermo restando che l'esercizio del potere di recesso deve essere coerente con la causa del patto di prova, che consiste nel consentire alle parti del rapporto di lavoro di verificarne la reciproca convenienza. Ne consegue che non sarebbero configurabili un esito negativo della prova ed un valido recesso qualora le modalità dell'esperimento non risultassero adeguate ad accertare la capacità lavorativa del prestatore in prova ovvero risultasse il perseguimento di finalità discriminatorie o altrimenti illecite, incombendo, comunque, sul lavoratore, l'onere di dimostrare la contraddizione tra recesso e funzione dell'esperimento medesimo.

LAVORO A PROGETTO E DISTINZIONE DAL LAVORO SUBORDINATO.

Il contratto di lavoro a progetto, disciplinato dall'art. 61 del d. lgs. 10 settembre 2003, n. 276, prevede una forma particolare di lavoro autonomo, caratterizzato da un rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, prevalentemente personale, riconducibile ad uno o più progetti specifici, funzionalmente collegati al raggiungimento di un risultato finale determinati dal committente, ma gestiti dal collaboratore senza soggezione al potere direttivo altrui e quindi senza vincolo di subordinazione. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza impugnata che, nonostante il "nomen juris" adottato dalle parti, aveva escluso la configurabilità di un lavoro a progetto e ravvisato la subordinazione del lavoratore, il quale era tenuto a promuovere e vendere quotidianamente un predeterminato numero minimo di prodotti, visitando dati clienti). Identico principio di diritto è affermato da Cassazione 13394/2013. In senso analogo si confronti anche Cassazione 5698/2002 per la quale perché sia configurabile un rapporto



di cosiddetta parasubordinazione ai sensi dell'art. 409 n. 3 cod. proc. civ., con conseguente devoluzione della controversia alla competenza per materia del tribunale quale giudice del lavoro, devono sussistere i seguenti tre requisiti: la continuità, che ricorre quando la prestazione non sia occasionale ma perduri nel tempo ed importi un impegno costante del prestatore a favore del committente; la coordinazione, intesa come connessione funzionale derivante da un protratto inserimento nell'organizzazione aziendale o, più in generale, nelle finalità perseguite dal committente e caratterizzata dall'ingerenza di quest'ultimo nell'attività del prestatore; la personalità, che si ha in caso di prevalenza del lavoro personale del preposto sull'opera svolta dai collaboratori e sull'utilizzazione di una struttura di natura materiale. Non è invece necessario che la prestazione consti di un'attività diversa da quella abitualmente esercitata dal prestatore, né che tale prestazione sia resa con totale esclusione di mezzi organizzati o personale subordinato, essendo peraltro irrilevante che il suddetto prestatore agisca in regime di autonomia o di subordinazione. Valutazione in concreto della gravità oggettiva e soggettiva del fatto addebitato al lavoratore. In materia di licenziamento per ragioni disciplinari, anche se la disciplina collettiva preveda un determinato comportamento come giusta causa o giustificato motivo soggettivo di recesso, il giudice investito dell'impugnativa della legittimità del licenziamento deve comunque verificare l'effettiva gravità della condotta addebitata al lavoratore. (Nella specie, il lavoratore, addetto alla vigilanza, in violazione dell'art. 140 del c.c.n.l. per la vigilanza privata, istituti, consorzi e cooperative del 2 maggio 2006 che prevede l'abbandono del posto di lavoro quale giusta causa di licenziamento, si era allontanato dal lavoro mezz'ora prima della fine del turno, contestualmente, peraltro, all'arrivo, con mezz'ora di anticipo, del collega del turno successivo; la corte territoriale, pertanto, ha ritenuto - con motivazione ritenuta adeguata dalla S.C. - sproporzionata la sanzione espulsiva irrogata, non essendo mai rimasto il luogo privo di vigilanza). La valutazione in ordine alla legittimità del licenziamento disciplinare di un lavoratore - cui si applichi l'art. 221 ccnl per i dipendenti da

aziende del terziario: distribuzione e servizi del 2 luglio 2004 -, motivato dalla ricorrenza dell'ipotesi del "diverbio litigioso seguito da vie di fatto, in servizio fra dipendenti, che comporti nocimento o turbativa al normale esercizio dell'attività aziendale" - contemplata dall'indicata norma contrattuale, a titolo esemplificativo, fra le ipotesi di licenziamento per giusta causa - deve essere in ogni caso effettuata attraverso un accertamento in concreto da parte del giudice del merito della reale entità e gravità del comportamento addebitato al dipendente nonché del rapporto di proporzionalità tra sanzione e infrazione, anche quando si riscontri la astratta corrispondenza del comportamento del lavoratore alla fattispecie tipizzata contrattualmente, occorrendo sempre che la condotta sanzionata sia riconducibile alla nozione legale di giusta causa, tenendo conto della gravità del comportamento in concreto del lavoratore, anche sotto il profilo soggettivo della colpa o del dolo, con valutazione in senso accenuativo rispetto alla regola generale della "non scarsa importanza" dettata dall'art. 1455 c.c.. Di seguito, buone notizie per i mariti separati e/o divorziati.

Assegno di divorzio: vivere con un altro uomo rescinde ogni presupposto per la riconoscibilità di un assegno divorzile. Lo ha ricordato la Corte di Cassazione con la sentenza n. 25845/13, depositata lo scorso 18 novembre. Dopo la sentenza definitiva di separazione, veniva imposto all'ex marito di contribuire al mantenimento dei 2 figli minori, con il pagamento sia dell'importo mensile di 1.600 euro complessivi annualmente rivalutabili, sia del 50% delle loro spese straordinarie. Solo in Corte di appello la donna riusciva ad ottenere un assegno divorzile di 200 euro mensili e il pagamento, da parte dell'ex, dei 2/3 delle spese straordinarie dei figli anziché il 50%. Questo perché la donna era disoccupata e a nulla rilevava la convivenza della stessa con altro uomo, da cui aveva avuto un altro figlio. A proporre ricorso per cassazione è l'ex marito, il quale riesce ad ottenere il rigetto della domanda di assegno divorzile proposta dalla donna in appello. La S.C., infatti, ha ricordato che (Cass., n. 3923/2012, n. 18195/2011), in tema di diritto di



CLXVI

corresponsione dell'assegno di divorzio in caso di cessazione degli effetti civili del matrimonio, «il parametro dell'adeguatezza dei mezzi rispetto al tenore di vita goduto durante la convivenza matrimoniale da uno dei coniugi viene meno di fronte all'instaurazione, da parte di questi, di una famiglia, ancorché di fatto, la quale rescinde, quand'anche non definitivamente, ogni connessione con il livello ed il modello di vita caratterizzanti la pregressa fase di convivenza matrimoniale e, conseguentemente, ogni presupposto per la riconoscibilità di un assegno divorzile». Niente da fare quindi per la donna, che non riceverà alcun assegno di divorzio. In caso di separazione dei beni è legittimo portar via i mobili da casa. Non sussiste reato di appropriazione indebita se il marito, prima della separazione, fa sparire i mobili da casa. È quanto affermato dalla Corte di Cassazione nella sentenza n. 46153 del 18 novembre 2013. L'imputato ricorre in Cassazione avverso la sentenza della Corte di Appello di Palermo che lo aveva dichiarato responsabile del reato di cui all'art. 392 c.p. per essersi fatto arbitrariamente ragione da sé, al fine di esercitare un preteso diritto, svuotando la casa coniugale di gran parte dei mobili e suppellettili e sostituendo la serratura, lasciandola inabitabile per moglie e figlia. Il ricorrente, in particolare, deduce vizio di motivazione della sentenza, in quanto, pur essendoci stata sottrazione dei beni, non si è verificato alcun tipo di violenza sugli stessi. Conseguentemente, non è configurabile furto ex art. 624 c.p., essendoci i presupposti per la non punibilità del fatto ai sensi dell'art. 649 c.p.. L'asportazione dei mobili dall'abitazione non ne ha danneggiato o trasformato la destinazione economica in quanto ha conservato intatte tutte le proprie connotazioni funzionali. Inoltre, poiché a lasciare l'appartamento è stata la moglie, il ricorrente, che ha continuato ad abitarvi, ha il possesso degli arredi. Non sussiste nemmeno appropriazione indebita senza separazione legale. Al più, si può contestare il reato di appropriazione indebita che sussiste quando l'agente ponga in essere atti di qualsiasi genere che eccedano le facoltà inerenti il possesso. Ed è proprio ciò che si è verificato nel caso di specie, avendo il coniuge trasportato il mobilio in una località ignota alla moglie. Tuttavia, poiché

«il fatto è stato commesso in danno della moglie non legalmente separata» è applicabile la causa di non punibilità di cui all'art. 649, co. I, n. I c.p., secondo il quale non è punibile che ha commesso reato a danno del coniuge non legalmente separato.

RESPONSABILITÀ DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

In tema di responsabilità sanitaria, l'inadempimento contrattuale del sanitario deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento professionale e non desumersi dal mancato riconoscimento del risultato utile avuto di mira dal cliente. Da notare come sia complesso l'iter che conduce alla quantificazione dei danni patiti di natura patrimoniale e non patrimoniale.

In tema di responsabilità medica, la Suprema Corte, nella sentenza n. 24801 del 5 novembre 2013, è nuovamente investita della questione delicata in ordine al profilo dell'inadempimento del sanitario nei confronti del cliente-paziente. In particolare, ci si domanda se l'inadempimento del sanitario debba essere parametrato sulla base degli interessi, dei bisogni e delle speranze del cliente-paziente (e quindi delle sue aspettative) o più sui doveri inerenti allo svolgimento professionale in riferimento al caso concreto. Un'anziana signora viene condotta all'Ospedale Oftalmico di Torino dopo un intervento alla cataratta dell'occhio destro, eseguito ventisei giorni prima in un clinica privata. Il suddetto intervento fallisce miseramente a seguito di un'emorragia espulsiva che comporta una totale e invalidante cecità dell'organo visivo. Già priva della funzionalità dell'occhio sinistro, in totale stato di cecità permanente ed invalidante, l'anziana donna decide di intervenire giudizialmente per chiedere un ristoro economico di natura risarcitoria (patrimoniale e non patrimoniale anche nei profili del danno morale ed esistenziale). Il primo grado di giudizio vede respingere la domanda, mentre il secondo grado vede vittoriosa la parte attorea. Nel corso del processo parte ricorrente muore e subentra la figlia. Errata la condanna al risarcimento dei danni in favore della figlia? Il primo profilo principale che emerge prepotente dall'analisi della Suprema Corte è di natura processuale. Infatti, emerge che



la condanna al risarcimento dei danni in favore della figlia è errata sotto tale analisi perché: «il legittimario pretermesso acquista la qualità di chiamato all'eredità solo dal momento della sentenza che accoglie la sua domanda di riduzione, rimuovendo l'efficacia preclusiva delle disposizioni testamentarie; ne deriva che, anteriormente alla domanda di riduzione, l'erede pretermesso non è legittimato a succedere al defunto nel rapporto processuale instaurato, poiché l'unico soggetto abilitato a proseguire il processo, ai sensi dell'art. 110 c.p.c. è il successore a titolo universale». A ciò ne deriva una questione nettamente secondaria e del tutto inutile da trattare per il caso in esame, in ordine al primo punto ed afferente al tentativo di farsi riconoscere delle spese mediche non contestualizzate e non oggetto della domanda, per questo non ammissibili.

Sul riconoscimento del quantum dei danni esistenziali patiti. Il secondo profilo principale che emerge è di natura squisitamente tecnica. Infatti, la questio iuris riguarda il riconoscimento del quantum dei danni esistenziali patiti dall'anziana signora: ad avviso della Corte, coerentemente con i precedenti indirizzi, non ci sono prove dedotte che consentano di far comprendere in che cosa consistano e quale possa essere la loro determinazione, tenuto conto che per danno esistenziale s'intende quella particolare (e recentissima) ricostruzione giurisprudenziale che individua il danno (esistenziale) nella più ampia categoria dei diritti costituzionalmente garantiti e riconosciuti dalla Carta Fondamentale e attinenti alla persona umana; in quest'ambito sarebbero, dunque, ricompresi il diritto alla corretta informazione, soprattutto in ambito medico, il diritto alla famiglia e tanti altri. Allo stato attuale è, tuttavia, dubbio quale sia il criterio idoneo a selezionare i beni-interessi idonei a giustificare la tutela giuridica e non è chiaro, poi, neanche quale sia il criterio da utilizzare per quantificare e qualificare la tipologia di danno alla persona in esame. Il danno esistenziale, in riferimento alle sentenze della Consulta (n. 233/2003) e della Cassazione (nn. 8827-8828 del 2003), «...consiste nella lesione di diritti o interessi, costituzionalmente protetti, inerenti alla persona umana, diversi dalla salute, sconvolgendo nel complesso le attività a-

reddituiali del soggetto leso». In sostanza, per la Corte non è centrale il mancato riconoscimento di un danno esistenziale (nel caso specifico) quanto la mancata prova di aver subito un danno, tale da aver comportato un radicale cambiamento in negativo negli stili di vita precedenti all'intervento infelice. Sulla responsabilità medica. Il terzo profilo principale che emerge è di natura giuridica. Infatti, emergono in chiave unitaria tutti i principi in tema di responsabilità medica partoriti dalla Suprema Corte negli ultimi anni. E proprio nell'ottica di rispondere al quesito se l'inadempimento del professionista debba essere o meno parametrato sui bisogni sulle necessità e sulle aspettative del cliente-paziente o più sugli standards qualitativi e sui doveri inerenti allo svolgimento dell'attività professionale in riferimento al caso concreto, la Corte segue un filo logico dettato da tutti i principi di diritto del tema in esame. Prima di tutto viene messa in risalto la centralità del dovere di diligenza ex art. 1176, comma 2, c.c. che (come un filo conduttore) segna tutto il percorso del rapporto di causalità tra azione (condotta) ed evento dannoso, tenuto debitamente conto che una causa autonoma e successiva che si inserisce nel processo causale in modo anomalo ed imprevedibile può spezzare il nesso e quindi far cadere l'imputazione, secondo il disposto degli artt. 40 e ss. c.p. e secondo il criterio della condicio sine qua non temperato dall'applicazione delle leggi scientifiche. In tal senso, infatti, come sancito dall'art. 40, comma 1, c.p., il nesso o rapporto di causalità è il legame di stretta connessione tra condotta ed evento, per cui: «Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione». Negli anni si sono succedute diverse teorie condizionalistiche, cioè teorie causali che legano la condotta di un determinato soggetto alla realizzazione di un determinato evento. Madre primordiale di tutte le teorie è rappresentata dalla teoria condizionalistica o teoria della condicio sine qua non, per cui c'è un legame causale se l'azione (condotta) A è causa dell'evento B e senza l'azione A, tenendo conto di tutte le circostanze del caso concreto, l'evento B non si sarebbe



mai verificato. Tale teoria muove dalla premessa che ogni evento è la conseguenza di molti fattori causali, che sono tutti egualmente necessari affinché l'evento si verifichi: causa dell'evento è ogni azione che non può essere eliminata mentalmente sulla base di leggi scientifiche, senza che l'evento concreto venga meno (cd. procedimento dell'eliminazione mentale).

Il giudice, per accertare la sussistenza del nesso causalità, dovrà effettuare un giudizio controfattuale: verificherà se, eliminando quel comportamento umano, l'evento concretamente realizzatosi si sarebbe verificato ugualmente (se la risposta è positiva, il nesso causale è escluso e quindi non ci sarà modo di addebitare alcuna responsabilità giuridica; se è negativo, il nesso causale è affermato e quindi è anche confermata la responsabilità giuridica addebitata in sede processuale). I corollari della teoria in esame sono: a) il concorso di fattori causali preesistenti, simultanei o sopravvenuti non esclude il rapporto di causalità tra l'azione e l'evento, quando l'azione è una condizione necessaria dell'evento (e ciò vale anche se i fattori estranei all'opera dell'uomo sono anormali o rari); b) il rapporto di causalità non è escluso nemmeno se il fattore causale ulteriore rispetto all'azione dell'uomo consiste in un fatto illecito di un terzo; c) il rapporto di causalità non sussiste quando tra l'azione e l'evento si è inserita una serie causale autonoma, che è stata da sola sufficiente a causare l'evento: in tal caso, l'azione (se tale azione costituisce per sé reato si applica la pena per questo stabilita) è solo un antecedente temporale, e non unacondicio sine qua non dell'evento.

Null'altro, nei temi fin'ora affrontati dal presente commento, la Suprema Corte si sente di poter esprimere essendo di legittimità e non di merito. Continuando il percorso tracciato dal testo letterale, si consolida l'indirizzo secondo cui la responsabilità dell'ente ospedaliero è responsabilità di natura contrattuale (c.d. Contratto di Spedalità, Cass. n. 577/2008) e a sua volta l'obbligazione del professionista sanitario è della stessa natura (quindi, contrattuale), sia esso dipendente di una struttura pubblica o di una struttura privata. Pertanto, in base alla regola sancita dall'art. 1218 c.c.: «il cliente-paziente-creditore ha il mero onere di

allegare il contratto e il relativo inadempimento o inesatto adempimento, non essendo tenuto a provare la colpa del medico o della struttura sanitaria o la relativa gravità» (Cass. n. 12274/2011). Al debitore, invece, incombe l'onere di provare che l'inesattezza della prestazione dipende da causa a lui non imputabile, secondo il principio di vicinanza della prova, cioè il professionista è tenuto ad una prestazione improntata alla diligenza qualificata della specifica attività esercitata (artt. 1176, comma 2, e 2236 c.c.), secondo i profili della colpa grave o del dolo, nel cui ambito va distinta una diligenza professionale generica e una diligenza professionale qualificata (quest'ultima sicuramente afferente alle prestazioni offerte da un professionista sanitario specializzato).

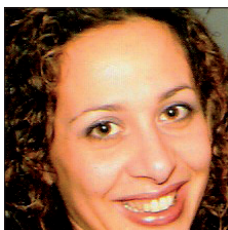
Ed è palese, secondo la Corte e secondo il parere dello scrivente che la condotta del primario di Oftalmologia, nell'occasione specifica di un intervento di routine, è stata gravemente colposa, sia sotto il profilo della negligenza grave sia sotto il profilo dell'imperizia e delle regole normali di cautela, potendo intervenire con una vitrectomia che sul piano diagnostico postumo avrebbe potuto comportare la rimozione dei residui del cristallino e il recupero per lo meno parziale del visus da parte del paziente, tenuta conto della completa cecità dell'occhio sinistro. L'inadempimento contrattuale del sanitario va valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento della professione. A fronte di quanto espresso e del palese concorso tra struttura sanitaria e professionista nell'aggravamento degli esiti infausti dell'evento verificatosi in corso di intervento chirurgico, con la conseguente irreversibilità del danno fisico e psicologico patito, la Corte ritiene soddisfatti i requisiti che confermano la negligenza e l'imperizia e, quindi, la fondatezza del profilo di colpa nella condotta in esame. E' chiaro così ritenere che l'inadempimento contrattuale del sanitario deve essere valutato alla stregua dei doveri inerenti allo svolgimento professionale e non desumersi dal mancato riconoscimento del risultato utile avuto di mira dal cliente, anche se questi ultimi profili possono aiutare ad adempiere l'obbligazione nel modo migliore secondo i criteri di diligenza specializzata e diligenza qualificata dell'art. 2236 c.c. già richiamata.



CURE PRIMARIE E TERRITORIALI

L'infermiere specialista

Angelica
MISINO



Gli infermieri sostengono il diritto alla salute e il diritto all'assistenza sanitaria promuovendo la salute individuale e di gruppi di persone. La presa di posizione (ICN, Assistenza sanitaria e qualità di vita 1986), indica che gli infermieri sono i primi patrocinatori dei diritti di ognuno alla salute e ai servizi di assistenza sanitaria. I nuovi scenari sanitari stanno ridisegnando, oggi, nuove esigenze del cittadino e dell'intera comunità. Sempre più si evitano ricoveri ospedalieri a vantaggio di prestazioni ad alta specialità che non richiedono degenza. Il moderno S.S.N. Italiano prevede dei servizi territoriali a vario titolo: dall'Assistenza Domiciliare Integrata, arrivando alle RSA, in un ventaglio variegato di servizi e strutture correlate. In queste tipologie di servizi, l'infermiere si trova a dover gestire molteplici processi legati all'assistenza ed alla cura; con questo evento innovativo ci accingiamo ad affrontare le situazioni a tutto tondo, analizzando le problematiche, e proponendo soluzioni etiche, pianificative e gestionali all'infermiere che lavora sul territorio. In questo momento di crescente autonomia della professione, non solo teorica e legislativa, ma con una ricaduta pratica, il campo in cui giocare le carte migliori è sicuramente il territorio.

Ed è proprio in questo contesto, associato alla politica "salute per tutti" perseguita dall'OMS, nel quale assume un ruolo di cruciale importanza la figura professionale dell'Infermiere di Famiglia. Questa figura è chiamata ad offrire un significativo contributo nel perseguire gli obiettivi volti a promuovere e a conservare la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita. Con questo tipo di lavoro, flessibile e polivalente, gli infermieri di famiglia possono, da un lato individuare precocemente l'insorgenza di problemi di salute e garantire la cura sin dal loro insorgere, dall'altro facilitare le dimissioni precoci dei pazienti dalle altre strutture sanitarie, reinserendo tempestivamente l'individuo nel proprio contesto naturale: la propria casa. Il nucleo familiare torna ad essere il centro di raccordo dove, chi si occupa di assistenza, è effettivamente in grado di gestire le situazioni tenendo conto degli aspetti psicologici e sociali del singolo individuo, adattandosi a queste e non pretendendo di applicare soluzioni prefissate per ogni tipo di paziente. L'infermiere di famiglia è un professionista che opera in collaborazione con il medico di medicina generale, la sua funzione primaria è quella di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare, che in quello ambulatoriale, fornendo tutti i servizi di maggior richiesta degli utenti e diventando un punto di riferimento per la comunità anche per quanto attiene l'informazione sanitaria, la prevenzione, la promozione della salute e l'accesso ai servizi che la ASL mette a disposizione dei cittadini.



MISURIAMO L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il SIPI rappresenta la complessità del nostro lavoro

Roberto
GRECO



Maryeta
WALTEROVA



La performance infermieristica, intesa come misurazione dei profili di complessità dell'assistenza infermieristica, definita dalle prestazioni infermieristiche maggiormente rappresentate, dovrebbe essere correttamente rilevata e registrata, non solo per dimostrare

l'importanza e vero valore del nostro lavoro, ma anche per essere uno strumento che ci aiuta nel nostro lavoro di equipe. Tutti i giorni noi infermieri risolviamo i bisogni assistenziali (insieme di manifestazioni di natura biofisica, psicologica e socio-culturale che si verificano nella persona in condizione di necessità di conoscenze e/o capacità e/o motivazione per soddisfare propri bisogni e che richiedono l'intervento dell'infermiere) dei nostri pazienti, perciò mettiamo in atto, alcune volte anche inconsapevolmente, un processo decisionale per ogni nostra azione. Il medesimo processo si basa sull'analisi del problema, sulla pianificazione, sull'azione e successiva valutazione dei risultati ottenuti. Purtroppo questo percorso mentale e il successivo agire non è facilmente rilevabile e misurabile, quindi, molto spesso al nostro lavoro non viene

dato il peso che merita. Forse solo utilizzando un sistema che permette di registrare delle informazioni standardizzate condivise da tutti gli infermieri, potrebbe far sì che il nostro lavoro diventi misurabile sia in termini di qualità che in termini di quantità. Un sistema che va oltre la cartella infermieristica, ovviamente, non sminuendo la sua importanza, ma utilizzandola in gran parte. Un sistema che raccoglie dati rilevati dall'infermiere, il quale è capace di stabilire il valore della complessità assistenziale prestata a ciascun degente assistito dal medesimo professionista. Il SIPI (Sistema Informatico delle Prestazioni Infermieristiche) si basa sull'elaborazione della Scheda di rilevazione della Performance Infermieristica. La scheda di rilevazione del SIPI è il risultato di cinque anni d'impegno da parte di numerosi infermieri delle aziende ospedaliere San Gerardo di Monza, Sant'Anna di Como e Ospedale di Lecco. Questo sistema cerca di essere uno strumento rappresentativo della reale complessità dell'assistenza infermieristica, ma nello stesso tempo deve risultare pratico e snello, per poter essere utilizzato nel lavoro quotidiano degli infermieri. Esso permette a ciascun professionista, grazie alla propria matricola e ad una password, una registrazione riassuntiva delle prestazioni fornite al paziente. La rilevazione della complessità assistenziale attraverso le schede dovrebbe avvenire entro le 24 ore dal ricovero; nel caso delle degenze chirurgiche si esegue una seconda rilevazione nel postoperatorio e in fine al momento della dimissione. Quando si riscontrano i casi di



lunga degenza, la complessità assistenziale viene registrata almeno una volta a settimana. La scheda si distingue in due parti: nella prima parte vengono compilati alcuni elementi informativi come: il numero di codifica dell'Azienda Ospedaliera, la denominazione della struttura, la classificazione dei settori (equipe), il numero di matricola del rilevatore, la data di rilevazione, il numero di ricovero della persona assistita, l'anno di nascita della persona assistita e il sesso.

Nella seconda parte viene registrata la complessità assistenziale percepita dall'infermiere rilevatore, che viene fornita al paziente, cioè le prestazioni infermieristiche significative a loro volta distinte in ITEM (azioni e atti relativi a ciascuna prestazione considerata). ITEM possono essere positivi oppure negativi (sì o no). Ad ogni ITEM rilevato viene attribuito un peso relativo alla complessità assistenziale infermieristica espresso in punteggi e percentuali, secondo i quali si può distinguere il grado di complessità, (può essere basso, medio-basso, medio-alto ed alto).

ITEM riguardano in gran parte bisogni assistenziali utilizzati nella compilazione della cartella infermieristica, ma ci sono alcune differenze. Dalla rilevazione della complessità assistenziale vengono esclusi: il bisogno di riposo e sonno, il bisogno dell'ambiente sicuro ed il bisogno della comunicazione.

Il primo item riguarda assicurazione della respirazione attraverso il mantenimento della pervietà delle vie aeree con i metodi invasivi e non, e il monitoraggio della respirazione. Il secondo item tratta l'alimentazione e l'idratazione, ove è possibile favorendo l'assunzione di alimenti e/o bevande con vari interventi ed educazione, oppure alimentazione e idratazione per via enterale naturale o artificiale in base alle difficoltà e problematiche dell'assistito. Il terzo item coincide con il bisogno di eliminazione urinaria e intestinale, qui è possibile favorire l'eliminazione volontaria spontanea fornendo degli ausili o mantenere il deflusso di urine, feci e gas e/o ottenere l'evacuazione di urine, feci e gas mediante strumenti. Il quarto item assicura l'igiene dell'assistito fornendo solo un aiuto parziale e l'istruzione, oppure eseguendola interamente, compreso l'esecuzione della tricotomia. ITEM numero cinque fornisce grande peso nella

rilevazione della complessità assistenziale all'ammalato, poiché rileva assicurazione del movimento favorendo la deambulazione e la mobilitazione spontanea, fornendo un aiuto parziale per la deambulazione e/o mobilitazione e/o posizionamento. Ma anche movimentazione e posizionamento dell'assistito dipendente, compresa la prevenzione di LDD posizionando e gestendo il MAD.

Assicurare la funzione cardiocircolatoria rappresenta l'ITEM numero sei. Esso si riferisce al monitoraggio della funzionalità cardiocircolatoria (intesa come PA, FC, TC, SPO2) e dolore almeno 6 rilevazioni nelle 24 ore (la somma). Infine vengono valutate le procedure che rappresentano gli ITEM numeri sette e otto nell'eseguire le procedure diagnostiche con il prelievo del materiale biologico e il monitoraggio dello stato di coscienza utilizzando Glasgow Coma Scale. Nell'applicare le procedure terapeutiche parliamo della somministrazione delle sostanze terapeutiche, introduzione e/o mantenimento - funzionalità delle sonde, cateteri (escluso catetere vescicale, ovviamente se non utilizzato per lavaggio vescicale continuo) e drenaggi. Posizionamento o rimozione di presidi ortopedici ed esecuzione di fasciature e medicazioni, compresa la VAC THERAPY.

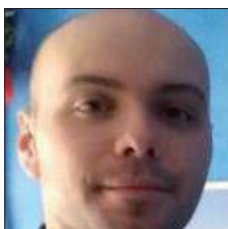
Quindi rilevando gli otto ITEM viene calcolata la complessità assistenziale. Tale risultato memorizzato per ogni degente viene registrato e successivamente utilizzato per valutare il grado di complessità del reparto o settore interessato. E' quindi di vitale importanza che gli infermieri rilevatori vengano formati al corretto compilare della scheda, poiché si tratta di una valutazione abbastanza soggettiva, con possibili variabili se la compilazione non avviene in modo uniforme. E' utile seguire e conoscere uno schema che descrive ogni ITEM in maniera esaustiva, capace di fornire risposte e risolvere eventuali dubbi nella compilazione. In base al grado di complessità rilevato viene calcolato anche il bisogno effettivo del personale nel medesimo reparto e/o settore, quindi deve essere di nostro primario interesse registrare e quantificare correttamente il nostro operato. Siamo noi stessi che in questo modo possiamo garantirci giusta distribuzione del lavoro.



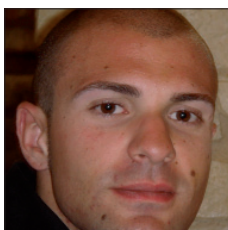
LA MEDICINA NARRATIVA NELLA PRATICA ASSISTENZIALE

L'esperienza della malattia e il valore terapeutico nella narrazione

Nicola
BIANCO*



Vincenzo
INGLESE



Tutt'oggi risultano circa 7000-8000 malattie o patologie definite rare, numero che si basa su una frequenza di popolazione (in Europa ad esempio una malattia viene considerata rara se non supera i cinque abitanti su 10.000, frequenza che varia a seconda di

decisioni sanitarie prese in vari Stati e a seconda del numero della popolazione). Tali malattie possono avere esordi variabili, anche se sembrano concentrarsi in due fasi dello sviluppo, quella pediatrica e quella giovanile-adulta, e colpire ogni tipo di organo, ogni possibile parte del corpo e come se non bastasse hanno un decorso cronico, lento ed invalidante. Per quanto riguarda i pazienti affetti da malattie rare o i loro familiari oggi giorno si possono trovare miriadi informazioni inerenti la malattia ovunque e ben dettagliate, e centri sanitari con medici e operatori teoricamente e professionalmente pronti ad affrontare tutte le problematiche dei problemi derivanti da quanto su detto. L'unica difficoltà in cui il paziente può incappare e in cui l'operatore socio-sanitario può peccare è la necessità/importanza di una relazione "terapeutica",

di fiducia, significativa, in parole povere di approccio/supporto più specificatamente psicologico che l'operatore stesso dovrebbe sapere e cercare di instaurare col paziente. Quel vissuto di isolamento da parte del paziente e dei suoi familiari, quel senso di impotenza dell'operatore socio-sanitario dinanzi a determinate reazioni emotive e domande dei pazienti, a diverse e spesso contrastanti diagnosi o programmi terapeutici, sono una barriera, limiti che la "Medicina Narrativa" mira ad eliminare. Essa si basa sulla "Narrative Based Care" che non è una nuova tecnica curativa ma bensì una delle tecniche e delle basi fondamentali degli approcci psicologici terapeutici, che non necessitano di particolari setting o di lunghi percorsi formativi, ma di alcune caratteristiche squisitamente umane e da un punto di vista deontologico prevalentemente professionali ossia "l'ascolto" che diversamente da quello strettamente medico deve essere più empatico e più ampio, quindi, più tipicamente psicologico.

Se partiamo dal presupposto che ogni caso clinico ha alle sue spalle una storia, un vissuto differente, così come ogni paziente è differente dall'altro, possiamo ben capire che ogni storia a questo punto è di grande importanza e capirla meglio, decifrarla, ascoltarla non potrà che migliorare il rapporto tra l'operatore socio-sanitario e il paziente e di conseguenza anche la problematica stessa. Bisogna tenere presente non solo le diversità biologiche di ogni singolo individuo ma anche quelle psicologiche, sociali e culturali. È di vitale importanza cono-



scere la storia pregressa del paziente non solo medica, ma anche familiare e sociale, capire come sta vivendo la malattia e tutti i cambiamenti inevitabili a livello sociale, lavorativo e personale che essa comporta. Lo scopo della Medicina Narrativa è quindi quello di amplificare la capacità relazionale tra operatore sociosanitario e paziente, e ciò lo si mette in atto attraverso i “racconti” non solo dei pazienti e del loro vissuto, ma anche dei medici stessi. Racconti che non prendono posizioni di parte ma che sono, se vogliamo definirli in qualche modo, “laici”, che rappresentano le emozioni di entrambe le parti, dei pazienti e sui pazienti, degli operatori e sugli operatori, sulla malattia e sulla salute, con lo scopo di aiutare a capire, comprendere, entrare in sintonia, empatia, distaccarsi dal ruolo che si ricopre ed inoltre poter esprimere ciò che solitamente si reprime, o per una incapacità a farlo o perchè il ruolo coperto nella relazione spesso lo richiede. Entrambi “narrano”, in modo laico, qualcosa: sia l’operatore che il paziente, entrambi conoscono così oggettivamente e soggettivamente l’altra parte, e ciò che sta provando, ed in questo modo la semplice “narrazione” diventa “cura”. Ciò diventa cura perché entrambe le parti hanno guadagnato qualcosa e capito qualcos’altro che altrimenti sarebbe rimasto nascosto da normali e spesso eccessivi meccanismi di difesa psichici. Il paziente riesce finalmente ed esprimere quello che realmente prova, dalla rabbia nei confronti della malattia e di ciò che si aspettava come cura e come guarigione, allo sconforto di tutto ciò che essa comporta e della sua impossibilità a reagire se non con la propria forza di volontà, mentre l’operatore può finalmente sfogare i suoi sentimenti sia di rabbia che allo stesso tempo di incapacità spesso a poter affrontare certe problematiche esterne ma ancor di più interne. Questi racconti possono essere esposti in modo autobiografico, letterario, cinematografico, fotografico, e in qualsiasi modo si possa e si sia capaci di esprimere al meglio i propri sentimenti, si possono anche riportare storie, novelle, racconti passati di altri pazienti in modo da esorcizzare ed affrontare certe naturali paure, testimonianze, riflessioni e ogni tipo di pensiero. Così facendo si possono avere dei grandi vantaggi nel percorso

terapeutico di entrambe le parti della relazione, il paziente otterrebbe la possibilità di non affrontare per esempio determinati percorsi terapeutici che in realtà aumenterebbero la sua paura, le sue ansie, le sue preoccupazioni, vedrebbe l’operatore non come una figura distaccata, indifferente ma come un amico, un familiare, una persona di cui potersi fidare, e ciò è un aspetto positivo per l’operatore perché saprebbe per esempio interpretare meglio i sintomi del paziente (che non avrebbe mai espresso in precedenza per svariati motivi come vergogna, paura, ecc.), scegliere di conseguenza anche una terapia farmacologica più adeguata (che non vada ad esempio a creare determinati effetti collaterali che adesso sa peggiorerebbero la situazione più che fisica, psicologica del paziente), oltre che migliorare la sua preparazione professionale ma ancor di più umana. Bisogna però far attenzione a non utilizzare la narrazione contro il paziente stesso ed è per questo che è importante conoscere se stessi, fare un percorso introspettivo, perché spesso, inconsciamente, si rischia di utilizzare le emozioni, le paure, le angosce degli altri come arma e contro gli altri stessi, alle volte per dei meccanismi o delle strutture di personalità di se stessi di cui non si era, consciamente, a conoscenza.

È per questo che bisognerebbe avere delle conoscenze in psico-linguistica, in psicologia, in ermeneutica (saper tradurre, interpretare, chiarire, spiegare ciò che è difficile da comprendere solitamente, es. le emozioni). La “Narrative Based Medicine” non ha lo scopo di sostituire la “Evidence Based Medicine” ma quello di completare ciò che dovrebbe essere un rapporto terapeutico e di fiducia, aumentarne la capacità relazionale tra le parti, aiutare la formazione professionale e umana degli operatori, coinvolgere il paziente nel suo percorso terapeutico e renderlo più partecipe nella responsabilità che egli stesso ha nei confronti di se stesso. La capacità di parlare, di narrare, di comprendere ed empatizzare l’altro è alla base dell’essere umano. Esistono relazioni senza l’utilizzo della parola, ma la parola, se utilizzata bene, può rendere tutto più facile, comprensibile, bello e meno doloroso.

* *Laurea Specialistica in Psicologia Clinica*



L'APPROCCIO OLISTICO INFERMIERISTICO NELLE RR.SS.AA.

La valenza terapeutica dell'animazione nella cura degli anziani



Beatrice
DIBENEDETTO

La geriatria in questi ultimi anni si è notevolmente sviluppata con l'aumento della vita media ed il conseguente fiorire di istituzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti. Le ne-

cessità terapeutiche degli anziani risultano molteplici e l'utilizzo di approcci terapeutici e di promozione del benessere alternativi, accanto a quelli tradizionali, garantiscono un risultato molto più efficace poiché, ne deriva, una visione di tipo olistico.

Ed è proprio il concetto di olistismo, inteso come visione completa dell'essere umano, sotto il profilo sociale, culturale, fisico, psichico e spirituale che ha permesso l'incontro ed il dialogo tra la medicina convenzionale e quella non-convenzionale.

Una fondamentale attività che il professionista sanitario infermiere può e deve garantire all'interno di strutture come ad esempio le R.S.A., (al fianco di altri professionisti sanitari quali lo psicologo, l'educatore ed il terapeuta occupazionale), è l'animazione, intesa come attività che favorisce lo scambio, il movimento, l'incontro, l'attività, la discussione, insomma le relazioni tra più soggetti. Fare animazione con gli anziani non significa riempire il tempo "vuoto" con un calendario settimanale di proposte ricreative che tengano occupati i "vecchietti" sviandoli

dai pensieri depressivi, che diano un buon nome alla casa di riposo e contemporaneamente tranquillizzino i parenti.

Significa invece, operare sulla complessità della persona e sul suo rapporto con l'ambiente al fine di migliorare la qualità di vita dei residenti, proporre loro di costruire insieme una immagine di sé diversa, dallo stereotipo dell'anziano in cui spesso la società e la persona stessa si relega, aiutarli a liberarsi dall'apatia per riaprirsi agli altri e per richiamare su di sé l'attenzione della comunità.

Per questo l'animazione va considerata una pratica sociale che ha anche valenze terapeutiche, attraverso la quale la persona anziana può ancora esprimere le capacità sopite e mantenere attive quelle ancora disponibili.

L'intervento mira ad interrompere il circolo vizioso del disagio psico-fisico, il quale crea un giudizio sociale negativo e, a sua volta aggrava il disagio, ristabilendo un "circolo di benessere".

L'animazione assume una valenza terapeutica, quando favorisce l'instaurarsi di uno scambio positivo tra l'anziano e il mondo in cui vive: se l'ambiente che circonda la persona anziana è ricco di stimoli interessanti, allora sarà più facile la conservazione dei processi cognitivi, della sfera emotiva ed affettiva, della motricità e della manualità.

Questo significa che le attività devono risultare interessanti e congeniali alle sue capacità residue e restituire un senso di utilità. Alcune fra le attività più semplici e realizzabili sono: laboratori di attività manuali,



laboratori di attività espressive, musica e canto, gruppi di lettura e di dialogo, giochi di società, danza e ginnastica, scambi intergenerazionali.

Affinchè l'animazione possa esplicare tutte le sue potenzialità è necessario che al centro ci sia l'utente, piuttosto che le attività; questo richiede che il professionista infermiere sia in grado di adattare le sue competenze e le sue tecniche alla situazione, partendo da una reale e profonda conoscenza dell'altro, ottenibile solo se il punto di partenza è il dialogo.

A tal proposito risulta fondamentale il lavoro multidisciplinare attraverso la Validation Therapy, tecnica proposta da Feil nel 1967, attraverso cui il terapeuta occupazionale assieme allo psicologo, cercano di conoscere la visione della realtà da parte del paziente (la cui memoria può portarlo a vivere in periodi antecedenti della sua esperienza vitale), al fine di creare contatti emotivi significativi.

Il principale obiettivo non consiste nel ricondurre il paziente nella realtà attuale, ma al contrario è quello di immedesimarsi, in modo empatico nel suo "mondo", per capirne comportamenti, sentimenti ed emozioni. La validation therapy può essere applicata sia individualmente sia in gruppi che si incontrano regolarmente.

Tramite la verbalizzazione dei propri senti-



menti e delle proprie emozioni, che vengono condivise dal terapeuta e dai compagni di gruppo, il paziente, può recuperare l'autostima accanto alla percezione di essere accettato come soggetto capace di espletare relazioni significative.

Pertanto, il confronto multidisciplinare garantisce l'efficacia degli interventi di ani-

mazione, i cui obiettivi sono centrati sulla persona, migliorandone il benessere, sviluppandone le possibilità di espressione, stimolandone le abilità manuali e migliorandone il tono

... l'animazione va considerata una pratica sociale che ha anche valenze terapeutiche, attraverso la quale la persona anziana può ancora esprimere le capacità sopite e mantenere attive quelle ancora disponibili

dell'umore.

Ma gli obiettivi sono centrati anche sull'ambiente, creando un ambiente favorevole in cui l'anziano può sentirsi a proprio agio, contrastandone la passività e favorendone le decisioni che lo riguardano maggiormente.

Il tratto fondamentale del professionista sanitario infermiere, in una struttura per anziani, deve sicuramente essere una grande flessibilità e una apertura di cuore e di mente: occorre saper mettere in discussione tutti gli stereotipi che circondano la vecchiaia, le rigidità delle istituzioni, per sapersi avvicinare, rispettosamente ma con autenticità, all'anima della persona anziana, utilizzando consapevolmente sia le tante tecniche a disposizione, sia le semplici occasioni del quotidiano, il professionista deve per tanto possedere molteplici competenze sia psicologiche che sociologiche ma anche tecniche e riabilitative in senso generale e capacità organizzative che gli permettano di realizzare attività in collaborazione con altre figure professionali, sulla base delle esigenze degli anziani e delle possibilità ambientali.

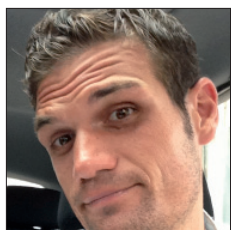
D'altra parte: "la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo" come recita il Codice Deontologico Cap I, art. 3.



LA DONAZIONE È UN ATTO DI GENEROSITÀ

Anche l'infermiere ha un ruolo di
informatore-formatore

Federico
RUTA



La donazione è un atto di generosità a titolo gratuito, attraverso il quale vengono ceduti organi o tessuti a scopo di trapianto terapeutico.

La motivazione che spinge a

compiere tale gesto è riassunta in una sola parola: "spirito di solidarietà". Infatti, la donazione da cadavere di organi e tessuti a scopo terapeutico è, a tutti gli effetti, un'azione di grande altruismo e solidarietà che coinvolge la società nel suo globalità e nella quale i singoli cittadini ne sono la concretezza attiva.

I singoli gesti compiuti dovrebbero ottenere maggiore riconoscimento sociale, essere adeguatamente organizzati a livello istituzionale con lo scopo di diffonderli sotto forma di bene comune e di valore inestimabile. Parlare con il cittadino di consenso alla donazione dei propri organi e tessuti implica il coinvolgimento di molteplici fattori (culturali, religiosi, psicologici, ecc.), che spesso non vengono presi in considerazione, perché gli "addetti ai lavori" non sono quasi sempre adeguatamente qualificati determinando una non corretta informazione che potrebbe solo lasciar spazio a dubbi e a molteplici interrogativi senza risposta.

In occasione del congresso regionale dell'AVIS celebrato ad Andria, si è tenuto un in-

contro di sensibilizzazione alla donazione in collaborazione con l'AIDO, nel corso del quale è stato il direttore regionale dei trapianti, il dott. Paolo Schena ad evidenziare come, ancora oggi, in Puglia si registri il 50% di dinieghi alla donazione di organi. In quell'occasione è stato anche siglato un protocollo d'intesa tra il centro regionale trapianti e l'AVIS per far crescere la cultura della donazione.

Il protocollo con i relativi incontri formativi, sarà esteso a tutto il territorio pugliese.

L'informazione dovrebbe convogliare in almeno due concetti:

- la reciprocità della donazione, visto che si tende a ritenere la donazione una possibilità estranea alla nostra vita mentre si ritiene ovvio il ricevere organi in caso di malattia;
- la responsabilità di dare, preventivamente in vita, almeno un'indicazione o meglio ancora, una risposta precisa al dilemma.

Ognuno dovrebbe scegliere in vita di essere donatore senza derogare la scelta a terze persone. Inoltre, come in molte scelte cruciali, quella di donare i propri organi e tessuti, dovrebbe essere considerata in un unico modo: "scelta consapevole" anche se non vi può essere piena consapevolezza in difetto di una corretta informazione. Nel ruolo di informatore-formatore trova ampio spazio il Medico di Famiglia che è fonte ufficiale e fiduciaria per tutto ciò che concerne la salute della collettività, ma trova anche ampio spazio la figura dell'infermiere. Solo in apparenza questa può sembrare una



competenza nuova, ma di nuovo c'è solamente il contesto nel quale questi vengono svolti, in quanto rispecchiano dettagliatamente ciò che viene individuato dal Profilo Professionale sancito dal D.M. n. 739 del 1994 che definisce l'assistenza infermieristica di natura tecnica, relazionale

ed educativa e dal codice deontologico al capo IV articolo 40 che dice che l'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere. Tutti noi siamo potenziali donatori, ma diventiamo tali solo nel momento in cui il nostro cervello (e quindi l'individuo) perde irreversibilmente tutte le proprie funzioni (decesso). In altre parole viene ufficialmente riconosciuto che la morte di tutto il tessuto encefalico, che da origine a tutti i processi vitali, coincide con la morte dell'individuo. Potremmo pertanto definire l'evento senza alcun aggettivo distintivo poiché la morte dell'intero encefalo coincide con la perdita irreversibile di qualsiasi capacità di regolazione e coordinamento di tutte le funzioni necessarie alla vita, come la respirazione, il controllo della circolazione, la temperatura, le funzioni vegetative, la regolazione ormonale e la sensibilità al dolore.

Tale situazione, anche in presenza di un

trattamento intensivo massiccio, porterebbe in breve tempo all'arresto anche del cuore.

Gli organi che si possono donare sono: cuore sino a 65 anni di età, reni senza limite di età, fegato senza limite di età, polmoni (50 anni), pancreas (45 anni) e intestino. I tessuti che comunemente possono essere donati sono invece:

valvole cardiache (sino a 50 anni di età), cornee (75 anni), tessuto osseo (75 anni), tessuto cutaneo (75 anni). Gli organi e i tessuti vengono prelevati nelle sale operatorie degli ospedali accreditati da équipe chirurgiche che operano nel più grande rispetto del corpo del defunto.

Dopo il prelievo, il corpo del defunto viene ricomposto accuratamente e messo a disposizione dei congiunti. Nel processo di donazione, la peculiarità maggiore è che il donatore e ricevente non si conoscono, in quanto non c'è alcun rapporto diretto tra di loro, inoltre il gesto è rivolto alla collettività, la quale secondo regole certe, stabilisce chi sarà il beneficiario. L'impegno è quello di vincere l'indifferenza e prendere una decisione in vita tenuto conto che tutti possiamo diventare potenziali donatori e tutti possiamo diventare potenziali riceventi, ma soprattutto è preferibile non lasciare decidere i propri cari in un momento di dolore e di angoscia.

“... l’infermiere favorisce l’informazione e l’educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere”



IL BIMESTRALE DEI COLLEGI IPASVI DELLA PROVINCIA DI BARI E BAT, INVIATO IN ABBONAMENTO POSTALE, HA SUPERATO IL TRAGUARDO DELLE 13.000 COPIE





LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La riforma psichiatrica re-inventa la professione infermieristica oltre le mura

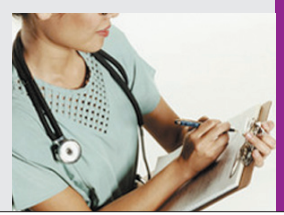
Antonella
PERRUCCI



La professione infermieristica entra in ambito psichiatrico tardivamente. Prima della riforma psichiatrica, il personale che lavorava in tale contesto svolgeva funzioni di custodia, era se-

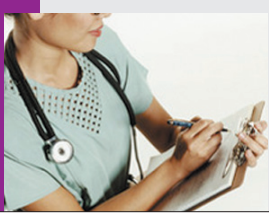
lezionato sulla base di requisiti quali la forza fisica e la corporatura robusta, svolgeva anche lavoro di tipo domestico e alloggiava sul posto di lavoro. Sino al 1934 chi si sposava era licenziato. Il personale assisteva il medico nel corso dei trattamenti, in caso di isolamento controllava il malato ogni quarto d'ora attraverso uno spioncino, o lo sottoponeva al trattamento di bagni caldi alternati a bagni freddi. Sino al 1945 i turni si basavano sull'alternanza di una settimana di lavoro ed una di riposo. Dal 1945 sino al 1963, il turno di servizio durava ventiquattro ore ed era seguito da ventiquattro ore di riposo. Le ferie annue ammontavano a quindici giorni. La divisa per gli uomini consisteva in un lungo camice a righe, cravatta, cappello e mazzo di chiavi alla cinta. La divisa delle donne era monacale. Si dovette aspettare la Legge 180 per vedere riconosciuta l'esigenza di acquisire infermieri in ambito psichiatrico. Così, già alla fine degli anni Settanta a Trieste, si trovarono per la prima volta a lavorare insieme operatori psichiatrici della Provincia, che stavano realizzando la riforma psichiatrica e

avevano riconosciute sul campo competenze di infermieri psichiatrici, e infermieri diplomati delle Unità Sanitarie Locali. Le due realtà professionali avevano culture, modelli assistenziali, retribuzioni e contratti molto diversi. Gli infermieri psichiatrici, sin dall'arrivo di Franco Basaglia nel 1971, avevano potuto emanciparsi dal modello biomedico meccanicistico (anche se non tutti colsero questa chance) per adottarne uno olistico flessibile, creativo e di presa in carico. L'integrazione e la contaminazione culturale tra infermieri psichiatrici, con riconosciute e innovative competenze sul campo, e infermieri diplomati ancora concettualmente ancorati al modello biomedico fu tutt'altro che semplice e richiese molto tempo. Il processo di deistituzionalizzazione dei malati psichiatrici (ma anche degli operatori), il modello organizzativo territoriale e le nuove e complesse modalità dell'agire psicoterapeutico attivati dalla Legge 180 sollevarono anche la questione della formazione infermieristica in ambito psichiatrico. La normativa regionale definisce il Dipartimento di salute mentale come la struttura operativa finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e alla promozione dei pieni e completi diritti di cittadinanza. Le finalità di un'organizzazione sancite da una norma lasciano margini di discrezionalità sul tipo di organizzazione che tali finalità deve perseguire. La storia triestina ha prodotto una struttura dipartimentale scarsamente verticistica, integrata con il contesto, una cultura multiprofessionale orientata all'integrazione delle attività e il modello as-



sistenziale della presa in carico che trova modalità diverse di applicazione in rapporto alla specificità delle situazioni. La presa in carico prevede la stesura di un progetto terapeutico individuale articolato in una serie di interventi formulati a seguito dei colloqui con la persona, i suoi familiari e gli attori che rappresentano i nodi della rete della storia dell'assistito. Il progetto non è statico ma flessibile in rapporto allo sviluppo delle dinamiche relazionali, del contesto e dei risultati ottenuti. Gli assistiti presi in carico partecipano alla vita e alle attività del Centro di salute mentale; raramente è necessario ricorrere allo strumento del ricovero. Il ricovero è infatti uno strumento terapeutico necessario in pochi casi e rappresenta solo una delle tappe del progetto terapeutico. Deve essere breve per evitare che si trasformi in strumento di esclusione e abbandono. La richiesta di ricovero può venire dall'interessato, dai suoi familiari, dal suo medico di famiglia o da altri servizi. Il ricovero è finalizzato a garantire alla persona in fase acuta condizioni di vita che a casa sono impossibili, terapia farmacologica, relazioni interpersonali, sicurezza, supporto e autorealizzazione. In casi di assoluta gravità, il ricovero può essere attuato contro la volontà del soggetto secondo le modalità previste dalla normativa (Trattamento sanitario obbligatorio). In questi casi spesso la persona rifiuta le cure e il ricovero. Gli operatori si trovano così a gestire il conflitto tra azioni terapeutiche e di controllo. L'approccio anche in questi casi è finalizzato a stabilire un rapporto di fiducia e garantire la presa in carico. Il ricovero è un evento drammatico, per questo uno degli obiettivi prioritari è ridurre l'ansia e il disorientamento dell'assistito. Per essere terapeutico deve rispettare alcune caratteristiche. L'ambiente in cui si realizza deve essere decoroso, confortevole e personalizzato. È essenziale garantire tranquillità, privacy e spazio vitale ad ogni assistito. La struttura deve avere un dimensione domestica ed è bene che non superi gli otto posti letto. Sono da preferire in assoluto le camere singole. Ci devono essere spazi sociali che incoraggino le relazioni, la solidarietà, le riunioni e le discussioni collettive spontanee o condotte dal personale. L'ambiente terapeutico è costituito dalla qualità dei rapporti interpersonali tra l'équipe e l'assistito e in ge-

nerale dalla qualità del clima organizzativo. L'Infermiere ricopre un ruolo chiave nella gestione del ricovero e del progetto terapeutico, ha un contatto stretto e continuato con le persone, funge da collante rispetto alla necessità di garantire un approccio globale teso a soddisfare i bisogni psicofisici e sociali della persona. La relazione può essere metaforicamente definita come un lavoro di ri-ossigenazione delle potenzialità della persona attraverso la comunicazione terapeutica. È necessario farsi carico della sua sopravvivenza quando egli smette di occuparsene, ma restituirgli le redini non appena sarà in grado di tenerle in mano. Lo strumento tecnico più importante è la nostra personalità, "si cura con ciò che si è". Utilizzare se stessi come strumento terapeutico significa avere buone capacità di comunicazione verbale e non verbale. L'incontro con la persona presuppone l'uso delle facoltà proprie dell'intelligenza emotiva. L'obiettivo è mettersi nei panni del malato per re-indossare i propri successivamente. Gli aspetti psicologici sono approfonditi nel tempo anche attraverso ogni atto di assistenza che si inserisce nella dinamica relazionale. Gli assistiti psicotici gravi e ormai cronici generalmente vivono in famiglia e per poterli assistere è importante comprendere la tipologia delle relazioni parentali. Essi hanno inoltre relazioni con gli operatori di altre strutture: cooperative sociali, laboratori, gruppi di auto-aiuto, volontari. È essenziale supportarli nel mantenere le relazioni chiarendo le aspettative e gli interventi reciproci. Dopo un periodo iniziale di ambientamento nel servizio, l'assistito inizia a muoversi secondo le sue necessità e ad instaurare rapporti con altri ospiti e il personale. In seguito il rapporto con alcuni diventa più intenso e strutturato e prelude all'individuazione precisa del case manager (colei o colui che ha la responsabilità di tenere insieme i nodi del progetto terapeutico individuale). L'animazione, ovvero l'insieme di rapporti e tecniche atti a sviluppare le potenzialità che l'individuo ha perso o non ha mai avuto, è essenziale, e si inserisce nel progetto terapeutico rappresentando di per se un valido intervento psicoterapico. Il malato psichiatrico in crisi rappresenta certamente una delle situazioni più difficili che l'infermiere si trova ad affrontare. La richiesta di intervento ur-



gente che ne consegue rende spesso manifesti elementi di una cultura psichiatrica perennemente in bilico tra il riconoscimento di una esistenza malata da comprendere e da curare e la certificazione di un comportamento deviante da controllare.

I termini urgenza ed emergenza sovente vengono equiparati nel loro significato ed utilizzati come equipollenti. È necessario invece operare una distinzione tra i due termini: per emergenza si intende tutto ciò che emerge, ovvero l'insieme di avvenimenti, storie di vita, contraddizioni sociali e psicologiche, patologia e disagio che in qualche modo si presentano al servizio e vengono decodificati e accolti dal personale. Per urgenza si intende essenzialmente il derivato delle incapacità/impossibilità del servizio di accogliere l'emergenza, di farsene carico e di organizzare una risposta. Di fronte alla crisi e all'emergenza psichiatrica non esistono risposte univoche, bisogna al contrario costruire caso per caso una risposta differenziata. La risposta tende ad essere più pertinente e qualificata quando l'operatore o l'intera équipe hanno alle spalle una ricca esperienza professionale e formativa in ambito psichiatrico. Un problema psichiatrico si configura come urgente in relazione al contesto nel quale si verifica, pertanto qualunque stato di crisi può divenire potenzialmente oggetto di intervento psichiatrico urgente.

Varie ricerche sono concordi nel riferire che quasi sempre ai fini del rilevamento delle emergenze in psichiatria pare essere rilevante il contesto, familiare e ambientale. Il luogo fisico in cui avviene l'intervento può essere molto vario, si può essere chiamati a intervenire in una abitazione, in un luogo di lavoro, in un bar o in una piazza oppure in un ospedale, al servizio di pronto soccorso o al servizio di diagnosi e cura o altrove ancora. In rapporto al luogo fisico possiamo distinguere due tipi diversi di approccio. In ambito istituzionale, ad esempio in un reparto di degenza, il malato è spesso consapevole di essere assoggettato alle regole che governano l'istituzione con le quali, gli piaccia o no deve fare i conti. L'operatore, in questo contesto, è supportato dall'équipe, dalle pareti, dalle porte che gli consentono di dominare più agevolmente l'intervento. Oltre alle mura istituzionali questo non ac-

cade e all'operatore è richiesto un livello maggiore di professionalità che gli consenta di affrontare situazioni complesse e senza rete. Spesso infatti lo scenario in cui interviene sono i luoghi affollati dove è necessario fare i conti con i giudizi e le domande della gente che aumentano la tensione e la confusione del momento.

È importante, già nell'accogliere la richiesta di intervento, verificare se l'assistito è già noto al servizio, in tal caso è essenziale recuperare i dati che lo riguardano attraverso la lettura della cartella clinica e la memoria storica dei colleghi anziani che rappresentano una banca dati formidabile e immediatamente disponibile: si potranno così identificare meglio i problemi. Quando si raggiunge il luogo da cui è partita la richiesta di intervento quasi sempre si deve affrontare una situazione di confusione e allarme. In questi casi è utile rassicurare le persone, sdrammatizzare la situazione e separare gli attori occupandosi ciascuno di un familiare, di un vicino e dell'utente. Le informazioni raccolte separatamente devono essere successivamente ricomposte come in un puzzle che consentirà la presa in carico e la definizione del progetto terapeutico individuale. Non bisogna avere fretta di concludere l'intervento, di agire, di proporre farmaci o il ricovero.

Bisogna invece saper ascoltare, ricercare spazi, anche minimi, per instaurare con il malato un rapporto di conoscenza e fiducia. È essenziale mantenere un atteggiamento cordiale e neutrale rispetto agli attori e creare una situazione rassicurante che dimostri al soggetto in crisi che siete in grado di gestire per lui (e con lui) le sue angosce. Se il malato è aggressivo o tenda la fuga per proteggersi, si potrà offrirgli la possibilità di allontanarsi/separarsi temporaneamente da una situazione che lui considera minacciosa, offrendogli ospitalità presso il Centro di salute mentale. L'ospitalità presso il Centro ha la finalità di liberare e potenziare le energie della persona nascoste sotto i sintomi, rinforzare i comportamenti positivi e renderlo partecipe del progetto di cambiamento della sua vita. Avviene così la presa in carico, cessa l'emergenza ed inizia il lavoro terapeutico di recupero. Del resto l'arte del comprometersi è intraprendere una strada sempre in salita che non ha fine.



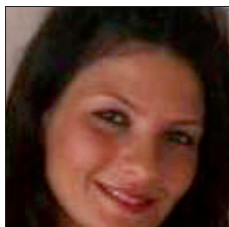
LA DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE

È importante informare su questa opportunità

Altomare
LOCANTORE



Nicoletta
SGARRA



Sono passati venticinque anni da che Eliane Glukman, nel 1988, esegui il primo trapianto con cellule staminali provenienti dal sangue cordonale su un bambino affetto da una forma fulminante di anemia, l'anemia di Fanconi.

Da allora i progressi nel campo dei trapianti

sono stati degni di nota e le cellule staminali contenute nel sangue cordonale oggi giorno rappresentano la nuova frontiera della medicina e la nuova speranza di vincere patologie tumorali e non tumorali del sangue che fino a poco tempo fa sembravano incurabili.

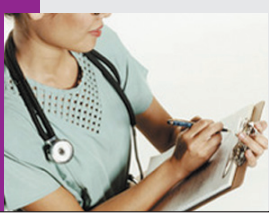
Nonostante ciò la possibilità di donare il sangue cordonale appare ancora poco conosciuta o accompagnata da dubbi e incertezze. L'informazione dunque rappresenta il primo passo da compiere per far luce su una tematica di così grande interesse, permettendo così di ampliare a tutti la conoscenza che donare il sangue cordonale è un gesto d'amore che non lede né la madre né il bambino. Informare ed educare è un compito che l'infermiere deve attuare in tut-

ti i campi, compreso quello della donazione, come dettato dal codice deontologico all'art. 40 che recita: "L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, organi e tessuti quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere".

La donazione del sangue cordonale, può essere classificata in base al tipo di trapianto. C'è la donazione allogenica, chiamata anche eterologa o solidaristica: consiste nel mettere gratuitamente, volontariamente e in maniera anonima a disposizione della collettività le cellule staminali emopoietiche del sangue cordonale per chiunque ne abbia la necessità e risulti HLA compatibile. Il sangue cordonale in questo caso viene conservato presso Banche pubbliche con oneri a carico del SSN.

Un altro tipo di donazione è quella dedicata. In questo tipo di donazione il sangue del cordone può essere conservato esclusivamente per il neonato o per la famiglia. I casi in cui è possibile effettuarla, previa certificazione rilasciata dal medico specialista, possono essere, o quando il neonato sia affetto da patologia congenita evidenziata in epoca prenatale o quando in ambito familiare siano presenti patologie maligne, genetiche o disordini immunologici, trattabili con tali cellule. Anche in questo gli oneri sono a carico del SSN.

Infine la donazione autologa: è quella procedura in cui la mamma decide di conservare il sangue cordonale, presso banche private, per il neonato o per uso intra-familiare, utilizzandolo qualora fosse necessario. >>



In Italia attualmente tale procedura non è permessa ed è considerata eticamente non corretta.

Molte società scientifiche e comitati etici hanno evidenziato la non eticità del gesto che va a scapito della donazione, ma soprattutto che l'utilizzo autologo di tali cellule non è supportato da evidenze scientifiche e molto spesso rischiano di

rimanere inutilizzate (il bassissimo utilizzo è di 1:2700 individui).

Nel nostro ordinamento sono consentiti i primi due modelli di donazione citati, poiché il DM 18 novembre 2009 vieta palesemente l'istituzione sul territorio nazionale di banche private e ogni forma di pubblicità ad essa correlata, ma prevede secondo le modalità descritte dall'Accordo Stato-Regioni n. 62 del 29 aprile 2010 l'esportazione all'estero del campione di sangue cordonale previa autorizzazione e counselling. Tale possibilità è consentita solo a spese a carico del richiedente non rappresentando un LEA.

Dunque il Governo promuove la diffusione del modello solidaristico in tema di sangue prelevato dal cordone ombelicale.

L'uso delle cellule staminali del sangue cordonale non solo ha portato alla cura di numerose patologie, ma ha fatto in modo che si superassero anche quei problemi di carattere etico che da sempre hanno sollevato le cellule embrionali, dal momento che queste cellule cordonali sono definite staminali "adulte" e sono facilmente ottenibili senza procedure invasive.

La Chiesa accetta e perfino incoraggia la ricerca sulle cellule staminali adulte mentre rinnega quella sulle cellule stami-

nali embrionali.

Di contro se la metodica di prelievo di tali cellule non suscita dibattiti etici, la scelta di donare il sangue ad una banca pubblica o conservare tali cellule per se ne crea molti. Si vengono così a creare conflitti tra

i principi morali e interessi economici che causano molti dilemmi nella pratica clinica di conservazione del sangue

“...ampliare a tutti la conoscenza che donare il sangue cordonale è un gesto d'amore che non lede nè la madre nè il bambino”

cordonale.

La conservazione autologa non è considerata da molti un gesto etico in quanto turba il concetto di donazione volontaria, gratuita, anonima e consapevole, intesa come patrimonio sociale per la vita e questa possibilità di utilizzare cellule cordonali verrebbe a mancare a famiglie meno agiate per effetto del "bancaggio" per uso autologo.

I dati riportano che le esportazioni all'estero per la conservazione autologa negli ultimi anni sono cresciute passando dalle 10.458 unità esportate nel 2008 a 12.000 nel 2010.

Quanto appena detto fa trapelare una vera e propria crisi della comunità nella cultura della gratuità e del dono.

Chi conserva il sangue cordonale per il proprio figlio agisce indubbiamente pensando al suo futuro, ma dietro ciò si potrebbe nascondere una cultura individualistica vista come una proprietà privata alla quale attingere senza aspettare le liste d'attesa per trovare un donatore compatibile.

Bisogna quindi tentare di far cambiare la logica della conservazione e orientare le future mamme verso la logica del dono.

Donare il sangue cordonale ad una banca pubblica è un gesto di grande amore gratuito che sicuramente può contribuire a creare una società migliore.





PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Pasquale Nicola Bianco

■ Viviamo molto, ma non abbiamo infermieri

L'OCSE mette sotto la lente la Sanità dell'Italia, scoprendo che abbiamo più medici della media, ma meno infermieri; spendiamo poco per la salute, ma siamo tra i più longevi; fumiamo di meno degli anni passati, ma siamo più grassi. Si tratta del report con il quale l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico stila una classifica per paragonare i sistemi sanitari e i dati di salute degli abitanti dei paesi più sviluppati. Gli italiani spendono poco in salute: 3.012 dollari all'anno contro gli 8.500 degli americani, i quasi 5.700 dei norvegesi e degli svizzeri o i 4.500 di austriaci, tedeschi e danesi. Il dato riflette il fatto che la spesa sanitaria, facente capo soprattutto al settore pubblico come in tutti i paesi OCSE (ma l'Italia è sopra la media), è in netta diminuzione, dopo una crescita negli anni passati. Il suo peso rispetto al Pil è più basso di molti paesi (9,2% contro 11% di Olanda, Francia e Germania). I medici però, nel nostro Paese, sono tanti: 4,1 dottori ogni 1000 abitanti (dati 2011) ci fanno risaltare nel panorama OCSE, dove la media dei professionisti della salute è 3,2. Gli infermieri pro capite invece sono pochi: 6,3 ogni mille abitanti contro una media OCSE di 8,7. Le statistiche rivelano poi, pur senza pronunciarsi sulla causa, che viviamo di più. Come già hanno evidenziato altri report, i più longevi con noi, sono i giapponesi (82,7 anni). Ma l'OCSE - nei cui paesi la speranza di vita è mediamente di 80,2 anni - quest'anno rivela che sono gli svizzeri coloro che possono sperare di più di stare in vita (82,8 anni). Nel report OCSE una buona notizia: diminuiscono i fattori di rischio legati al fumo. Calano infatti i fumatori quotidiani (22,5% nel 2011 dal 27,8% del 1990) ma il tasso di obesità tra gli adulti nel 2011 si è alzato al 10%, rispetto al 7% del 1994. **(Il report OCSE: www.quotidianosanita.it)**

■ Femminicidio

Femminicidio è per Marcela Lagarde «La forma estrema di violenza di genere contro le donne, prodotto della violazione dei suoi diritti umani in ambito pubblico e privato, attraverso varie condotte misogine - maltrattamenti, violenza fisica, psicologica, sessuale, educativa, sul lavoro, economica, patrimoniale, familiare, comunitaria, istituzionale - che comportano

l'impunità delle condotte poste in essere tanto a livello sociale quanto dallo Stato e che, ponendo la donna in una posizione indifesa e di rischio, possono culminare con l'uccisione o il tentativo di uccisione della donna stessa, o in altre forme di morte violenta di donne e bambine: suicidi, incidenti, morti o sofferenze fisiche e psichiche comunque evitabili, dovute all'insicurezza, al disinteresse delle Istituzioni e alla esclusione dallo sviluppo e dalla democrazia». Il concetto di femminicidio si estende al di là della definizione giuridica di assassinio ed include quelle situazioni in cui la morte della donna rappresenta l'esito, la conseguenza di atteggiamenti o pratiche sociali misogine. E' una categoria di analisi socio-criminologica delle discriminazioni e violenze nei confronti delle donne per la loro appartenenza al genere femminile. Occorre denunciare qualsiasi sopruso e forma di violenza e come diceva Paolo Borsellino *“Chi ha paura muore ogni giorno, Chi non ha paura muore una volta sola”*. (Sabina Pistillo, psicologo)

■ Binge Eating Disorder

Il disturbo da alimentazione incontrollata, detto anche BED (acronimo dell'inglese Binge Eating Disorder) è un disturbo del comportamento alimentare che si presenta clinicamente con episodi di abbuffate tipici della bulimia nervosa, senza però mostrare i comportamenti compensatori tipici di quest'ultima, quali vomito, abuso di lassativi o diuretici, digiuno successivo. È una patologia diffusa soprattutto tra le adolescenti che, in seguito ad una dieta eccessivamente restrittiva o a problemi personali, cercano un rimedio alla loro sofferenza nel cibo, fino ad arrivare a perdere il controllo. Le periodiche abbuffate possono riguardare sia alimenti dolci che salati, con successive coliche addominali. L'individuo affetto da tale sindrome ha come unico pensiero quello di ingerire qualsiasi tipo di alimento per calmare le proprie ansie, anche se è consapevole che potrebbe recare danni alla sua salute, perché troppo poco sano ed eccessivamente calorico. Di solito è una persona sofferente, isolata, ha scarsa considerazione di sé ed è piena di sensi di colpa perché si sente goffa e brutta. L'insoddisfazione e la depressione sembra potersi risolvere solo con il cibo, ma l'aumento ponderale rende ancora più difficile l'integrazione sociale e il disagio di questo soggetto.

■ **ASPETTI LEGISLATIVI, BUROCRATICI E PSICOLOGI NELL'ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE:**

consulente e paziente a confronto
Bari, 11 gennaio 2014
INFO: Segreteria Nazionale Aistom
Tel: 080 5093389 fax. 080 5619181

■ **È ORA DI PREMIARE LA QUALITÀ**

14 gennaio 2014
INFO: Progea consulenza
Tel: 02 58302994
email: info@progeaconsulenza.it
www.progeaconsulenza.it

■ **LA RECIDIVA LEUCEMICA DOPO TRAPIANTO ALLOGENICO: MARCATORI, DIAGNOSI E TERAPIA**

16 gennaio 2014
INFO: Accademia Nazionale di Medicina
Tel: 010 83794254 - Fax 010 83794260
email: registration@accmed.org
www.accmed.org

■ **CORSO DI ESPERTO IN EDUCAZIONE SESSUALE**

17 gennaio 2014
INFO: Aispa - Tel: 333 9014987
email: info@aispa.it - www.aispa.it

■ **18° CORSO BIENNALE IN PSICOLOGIA ONCOLOGICA**

20 gennaio 2014
INFO: Segreteria del corso
Tel./fax: 06 52665923
email: fcaruso@ifo.it

■ **IL PAZIENTE ANZIANO, FRAGILE E PSICHIATRICO**

22 gennaio 2014
INFO: Ideas Group
Tel: 055 2302663 - Fax 055 5609427
email: info@ideasgroup.it - www.ideasgroup.it

■ **BARI PNEUMOLOGICA 2014**

23 gennaio 2014
INFO: E20 e convegni
Tel: 0883 954886 - Fax 0883 954388
email: info@e20convegni.it
www.e20convegni.it

■ **MASTER IN HOSPITAL RISK MANAGEMENT**

24 gennaio 2014
INFO: Cineas
Tel: 02 36635006 - Fax 02 36635019
email: info@cineas.it - www.cineas.it

■ **LA RESPONSABILITÀ GIURIDICA NELLA PRESCRIZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

28 gennaio 2014
INFO: Ideas Group
Tel: 055 2302663 - Fax 055 5609427
email: info@ideasgroup.it - www.ideasgroup.it

■ **ASSISTENZA AL NEONATO IN SALA PARTO E L'USO DELLA MASCHERA LARINGEA**

28 gennaio 2014
INFO: Aicip
Tel: 02 91636436
email: aicipcorsi@libero.it - www.careinperinatologia.it

■ **LA PROMOZIONE SALUTE: FERTILITÀ, BENESSERE, PRESERVAZIONE**

Bari, 20 dicembre 2013
INFO: Meeting Planner
Tel: 080 9905360

■ **LA PREVENZIONE DEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E L'OBESITÀ COME ELABORARE STRATEGIE EFFICACI**

Lecce, 20 dicembre 2013
INFO: Caterina Renna
Tel: 3333893135

■ **GESTIONE DELLE PRESTAZIONI E USO DELLE ATTREZZATURE MODULO TECNICO**

Lecce, 16 -20 dicembre 2013
INFO: Motus Animi
Tel: 08325211300

■ **IL MASSAGGIO SPORTIVO**

Taranto, 21-22 Dicembre 2013
INFO: Studiogest - Tel: 800416321

■ **L'UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA E IL SORRISO COME STRUMENTO SALUTE**

Cerignola, 21 Dicembre 2013
INFO: CNAI - Puglia - Tel: 0258325428

■ **ATTIVITÀ E PROSPETTIVE: LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE - RUOLO E COMPETENZE DEGLI OPERATORI DEL I18**

Torre Maggiore, 21 dicembre 2013
INFO: Motus Animi - Tel: 0832 2521300

■ **IPERTENSIONE & SCOMPENSO 2014**

Bari, 17-18 Gennaio 2014
INFO: Communication Laboratory
Tel: 080 5061372