

Filodiretto

2/3
numero

Anno XXVIII/ numero 2/3 marzo-giugno 2010 / 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



L'INFERMIERISTICA NELL'ERA GLACIALE

in evidenza

EDITORIALE

Un futuro incerto
per noi "Infermieri
congelati"

**PROFESSIONE
IN AZIONE**

Vecchi e nuovi rischi
occupazionali

NURSING & QUALITÀ

L'infermiere
e la fibrosi cistica



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e BAT
Anno XXVIII - N° 2/3 marzo - giugno 2010
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 BAT

Direzione/Redazione/Amministrazione

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

Impaginazione e Stampa

Azienda Grafica L'Immagine
Zona Industriale Lotto B12
T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51
www.limmagine.net - info@limmagine.net
Finito di stampare il 5 Luglio 2010

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco
Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

Saverio Andreula, Domenica Caldarola, Loredana Cappelli, Maria Caputo, Pasqualina Caramuscio, Idolo Cavaggon, Rosa Cipri, Biagio De Simone, Vincenza Anna Fusco, Michele Giacomantonio, Francesco Germini, Roberto Greco, Giuseppe Marangelli, Carmela Marseglia, Giuseppe Notarnicola, Bernardo Valente, Giulio Campanale, Clementina Sfregola, Savino Petruzzelli

Segreteria di Redazione

Saverio Andreula, Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo, Giuseppe Marangelli, Idolo Cavaggon, Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Giuseppe Chiodo, Giacomo Lomuscio, Ida Milella, Nunzio Ranieri, Francesco Uccelli
Foto di Raffaele De Candia, Vanessa Maghisi

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico dei Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT che pubblica articoli scientifici inerenti la teoria e la pratica infermieristica, la medicina, l'organizzazione e la politica sanitaria. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione. Il testo deve essere fornito sia stampato che come file di un programma di videoscrittura (word) e non deve superare le **7.300 battute** compresi gli interspazi. Le parole che gli autori desiderano evidenziare devono **essere in bold**. Eventuali tabelle devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica andrà sempre fornita una foto dell'autore con risoluzione di almeno **300 DPI in formato TIFF o JPEG**, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. 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 va 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. Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta del/degli autori, che dovranno firmare l'articolo stesso e fornire il loro indirizzo completo. L'autore dovrà altresì attestare, sotto la propria esclusiva responsabilità, l'autenticità ed originalità del testo inviato. Gli autori sono tenuti a dichiarare eventuali conflitti di interesse ed eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Redazione, che si riserva di pubblicarli.

numero **2/3**

EDITORIALE

3 UN FUTURO INCERTO PER NOI "INFERMIERI CONGELATI"

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

5 REGIONE PUGLIA: LA IX LEGISLATURA

Idolo Cavaggon

7 POSTA CERTIFICATA@ : ISTRUZIONI PER L'USO

Nunzio Ranieri

PROFESSIONE IN AZIONE

9 VECCHI E NUOVI RISCHI OCCUPAZIONALI

Vanessa Manghisi

13 KOMEN RACE FOR THE CURE

Il Comitato di Redazione

15 "IL SILENZIO DI LUIGI"

Giacomo Lomuscio

RICERCA INFERMIERISTICA

18 UN INCORAGGIAMENTO PER SVILUPPARE LA RICERCA

Giuseppe Chiodo

NURSING & QUALITÀ

21 L'INFERMIERE E LA FIBROSI CISTICA

Carmela Marseglia, Ida Milella

INFORMAZIONE

24 SPECCHI INVERSI

Francesco Uccelli

INSERTO 2 / 3

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Idolo Cavaggon

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



UN FUTURO INCERTO PER NOI “INFERMIERI CONGELATI”

Saverio
ANDREULA



Una certezza: gli effetti del blocco della contrattazione, per i rinnovi dei contratti nel pubblico impiego determineranno, secondo le stime dei più accreditati enti di ricerca, una perdita economica media, per noi infermieri, di oltre mille euro all'anno pro capite. Anche chi esercita la professione infermieristica nel settore privato subirà una considerevole perdita economica; le associazioni datoriali della sanità privata non hanno perso tempo nel dichiarare pubblicamente che, in tema di rinnovo contrattuale, “seguiranno l'esempio del pubblico impiego”. Tanto esprime, per aspetti economici, una situazione “rappresentativa” del momento che vive la nostra comunità professionale, già pesantemente penalizzata da una serie interminabile di criticità. Il primo mio pensiero sul congelamento dei contratti richiama alla memoria il 3° comma dell'art. 12 (norme finali) dell'ultimo vigente Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazio-

“La nostra professione continua a subire un ingiustificato ritardo applicativo delle norme in vigore e ciò incide sulle nostre energie professionali che ci “bruciano” emotivamente ed intellettualmente”

nale biennio economico 2008 – 2009 che di seguito si riporta:

“In considerazione della rilevanza e della complessità della materia degli incarichi di coordinamento e specialistici, di cui alla L. 43/2006, nonché di posizione organizzativa, le parti affronteranno in maniera organica e completa la tematica del sistema di valorizzazione della responsabilità e dell'autonomia professionale nella prossima tornata contrattuale”

In pratica, per definire compiutamente la declinazione contrattuale della Legge n. 43/2006, meglio nota come “Legge sulla istituzione degli Ordini Professionali e di riforma delle professioni sanitarie”, bisognerà aspettare la prossima tornata contrattuale, che, salvo ulteriori slittamenti, si avrà non prima di 3 anni.

E' assurdo rilevare che la legislazione italiana, che ha riguardato “Noi Infermieri” ha sviluppato due distinti binari: da una parte ci assegna una “valanga di nuove responsabilità” poiché ci riconosce/promuove a “professionista”, ovvero figura che sviluppa il suo agire in piena autonomia e responsabilità dettato unicamente dalle proprie competen-

ARAN: ANTEPRIMA DEL RAPPORTO SEMESTRALE SULLE RETRIBUZIONI DEL PUBBLICO IMPIEGO

L'anteprima del rapporto semestrale sulle retribuzioni evidenzia le dinamiche retributive del pubblico impiego degli ultimi dieci anni e le confronta con quelle del settore privato. Dall'esame dei dati risulta che le amministrazioni pubbliche hanno avuto una crescita delle retribuzioni pari a 39,7% mentre quelle del settore privato del 25,7%. Il rapporto inoltre dimostra come negli ultimi due anni i contratti di lavoro nel pubblico impiego si siano chiusi in linea con il tasso di inflazione programmata 3,2% nel biennio Omissis

con le prevedibili ricadute manifestamente negative nella quotidiana attività lavorativa.

Al danno si aggiunge la beffa: di fianco una sintesi, in box, del comunicato stampa dell'Aran che, irrispettamente, grazie alla sua tempestività (9 giugno '10), sembra voglia aiutare le forze politiche che governano il Paese, a "far passare per buone" le iniziative di blocco dei rinnovi

ze specifiche, e dall'altra ci relega in una dimensione contrattuale di basso profilo rispetto alle garanzie normative ed economiche che sviluppa il profilo professionale.

Siamo in una situazione di incertezza assoluta! La nostra professione, continua a subire un ingiustificato ritardo applicativo delle norme in vigore e ciò incide sulle nostre energie professionali che ci "bruciano" emotivamente ed intellettualmente,

vi contrattuali atteggiandosi ad un ruolo "Politico" e non tecnico: "alleluia"

Dopo la pausa estiva bisognerà che tutti noi ci rimbocchiamo le maniche. E' giunto il momento in cui: o ci si rende conto della crisi o si chiede l'impossibile e si arriva ad una crisi di identità, inconciliabili con le preminenti responsabilità della cura e dell'assistenza infermieristica da garantire ai cittadini.

SCUSATE IL RITARDO

Il secondo appuntamento annuale che FILODIRETTO ha con i suoi lettori non è stato rispettato. Una improvvisa decisione del governo Berlusconi ha di fatto bloccato l'invio del giornale già in allestimento. Infatti, un decreto interministeriale (ministri Scajola-Tremonti) del 30 marzo 2010 ha sospeso le agevolazioni tariffarie postali per la spedizione di quotidiani, periodici e libri, gettando nella confusione l'editoria. Un decreto che ha ignorato la volontà del Parlamento, che ha sempre deliberato per il sostegno all'editoria minore, la quale, invece, si trova ora ad affrontare difficoltà di bilancio. Infatti, con l'abolizione di tali agevolazioni, le spese di spedizione incrementano più del doppio. Sono circa 8mila, in Italia, le testate giornalistiche che sono penalizzate da tale decreto, subendo un insostenibile aggravio economico.

Il Comitato di redazione e il Direttivo del Collegio IPASVI di Bari hanno allo studio iniziative che, rispettando le poste del bilancio economico, consentano la prosecuzione delle pubblicazioni di FILODIRETTO, nonostante quello che sembra, con tale decreto, il tentativo da parte del Governo Berlusconi di penalizzare la stampa minore e far chiudere migliaia di piccole testate giornalistiche di Organizzazioni professionali, impegnate a veicolare informazioni e sapere ai propri abbonati.

Di fatto, un limite o un condizionamento all'informazione pluralista, cardine di una democrazia.



REGIONE PUGLIA: LA IX LEGISLATURA

Otto i gruppi politici e Giunta regionale con metà assessori esterni

Idolo
CAVAGGION



Con la proclamazione degli eletti e la celebrazione della prima seduta consigliare, il parlamentino pugliese ufficialmente riprende la sua attività legislativa.

A presiederlo, dopo non poche polemiche, l'ex assessore Onofrio Introna di "Sinistra e Libertà", il nuovo partito fondato dal presidente della giunta regionale, Nichi Vendola.

70 i consiglieri, in attesa che i vari ricorsi per un allargamento della platea dei componenti l'assemblea regionale diano risultati positivi o negativi nelle sedi giudiziarie e di questi più della metà sono nuovi visi che si affacciano alla politica regionale pugliese.

La suddivisione dei gruppi politici assegna 18 consiglieri al "Partito Democratico", 10 a "Sinistra Ecologia e Libertà", 5 a "La Puglia per Vendola", 4 a "L'Italia dei valori", 20 al Partito delle libertà (il più numeroso), 4 a "La Puglia prima di tutto", 1 consigliere alla lista "I Pugliesi per Rocco Palese", 4 alla "Unione di centro", 3 a "Moderati e Popolari" e 1 consigliere per il gruppo Misto.

La Corte di Appello di Bari (che ha proclamato gli eletti) ha deciso di non applicare il sistema del cosiddetto "tatarellum" che avrebbe garantito ai vincitori della coalizione di centrosinistra una più ampia mag-

gioranza di governo, applicando la norma statutaria regionale che stabilisce in 70 il numero massimo dei componenti il Consiglio regionale. Pertanto, la coalizione che ha sostenuto la candidatura del presidente Nichi Vendola può contare su 39 consiglieri, mentre l'opposizione di centrodestra su 27 consiglieri; (al momento in cui scriviamo) non ancora ufficialmente definita la collocazione dei quattro dell'UDC, se fra i consiglieri di maggioranza o di opposizione.

La provincia di Bari ha eletto 20 consiglieri, 13 quella di Lecce, 12 la provincia di Foggia, 9 quella di Brindisi così come Taranto, 5 consiglieri per la neonata provincia della BAT. A questi 68 consiglieri si aggiungono il presidente riconfermato Nichi Vendola e il candidato presidente non eletto Rocco Palese, proclamato invece eletto nella circoscrizione di Foggia, perchè candidato presidente più suffragato, tra i quattro che si sono presentati nella competizione elettorale.

LA NUOVA GIUNTA REGIONALE

La Giunta regionale pugliese, designata e nominata dal presidente Vendola, è composta da 14 assessori dei quali la metà non consiglieri eletti, e dunque esterni, suddivisa equamente fra donne e uomini. La nomina di esterni ha già suscitato molte polemiche, perchè, secondo l'accusa, invece di percorrere la strada delle economie di bilancio, il presidente Vendola per fini politici personali avrebbe aggravato con tali nomine le uscite di spesa di circa 10 milioni di euro all'anno.

Riconfermato alla Sanità l'uscente assessore Tommaso Fiore, che ha sul suo tavolo ancora numerose problematiche da anni in attesa di soluzione.

Dall'eliminazione delle liste di attesa per i ricoveri e gli esami strumentali, al potenziamento dei servizi di assistenza sul territorio; dalla riduzione dell'enorme disavanzo

capacità, genera spesso scarsa qualità della spesa sanitaria, pagata alla fine dai più bisognosi e dalle categorie più deboli.

CHIESTE LE DIMISSIONI DEI MANAGER

Non sorprende (ma di certo meraviglia), dunque, che nonostante il buco di bilancio denunciato dalla Sanità regionale, il direttore generale dell'Azienda "Ospedali Riuniti" di Foggia, Tommaso Moretti, con i suoi direttori amministrativi e sanitari si siano concessi un aumento del 20% dei loro emolumenti. "Stiamo parlando di manager" - ha ricordato Aldo Pugliese numero uno della UIL regionale in una lettera al presidente regionale Nichi Vendola - *che prenderanno uno stipendio annuo lordo di 182mila euro, che equivale a 15mila mensili. Non sembri facile demagogia, ma appare fin troppo stridente* - scrive Pugliese - *che di questi tempi, aumentarsi gli emolumenti in tale misura appare a dir poco scandaloso*". Da registrare, intanto, che in data 4 giugno scorso, il governatore Vendola ha inviato ai direttori generali delle ASL pugliesi e delle Aziende ospedaliere universitarie di Bari e Foggia una lettera con la quale chiede le loro dimissioni, *"per avviare un percorso - dice Vendola - che porterà al riposizionamento del rapporto tra la politica e la sanità in Puglia, permettendo alla Giunta regionale di esercitare le sue doverose scelte previste dalla legge nazionale, all'interno di una rosa di nomi selezionati al di fuori di qualsiasi indicazione partitica"*. Per concludere, la domanda che sorge

spontanea è: riuscirà questa IX legislatura regionale a segnare una inversione di tendenza per la salvaguardia della salute dei pugliesi (senza mettere ancora le mani nelle loro tasche) e per la valorizzazione delle professioni sanitarie? Non ci resta che augurarcelo!



Tommaso Fiore riconfermato assessore alle Politiche della Salute.

di bilancio della spesa sanitaria, alla riorganizzazione della rete ospedaliera: queste solo alcune delle questioni da risolvere per qualificare la cura della salute dei pugliesi. Per i problemi irrisolti del pianeta dell'infermieristica della nostra regione sono stati versati fiumi d'inchiostro su questo giornale e torrenti di parole in più occasioni di pubblici incontri. Finora inascoltate le rivendicazioni e le proposte più volte formulate dai Collegi IPASVI pugliesi, con buona pace per gli infermieri e per gli amministratori regionali da loro eletti.

Inoltre, il tempo delle cicale nella spesa sanitaria regionale è ormai agli sgoccioli, perchè è alle porte il federalismo che rischia di essere una tomba dell'art. 32 della Costituzione sull'universalità solidale del servizio sanitario pubblico, e non certo per sola colpa dell'egoismo nordista.

Perchè un sistema politico che affida la gestione e le dirigenze in ASL e Aziende ospedaliere a manager di sicura fede o devoluzione politica, ma non sempre di provata

“Riuscirà questa nuova legislatura regionale a valorizzare le professioni sanitarie e in particolare quella degli Infermieri?”

tra la politica e la sanità in Puglia, permettendo alla Giunta regionale di esercitare le sue doverose scelte previste dalla legge nazionale, all'interno di una rosa di nomi selezionati al di fuori di qualsiasi indicazione partitica". Per concludere, la domanda che sorge

spontanea è: riuscirà questa IX legislatura regionale a segnare una inversione di tendenza per la salvaguardia della salute dei pugliesi (senza mettere ancora le mani nelle loro tasche) e per la valorizzazione delle professioni sanitarie? Non ci resta che augurarcelo!



POSTA CERTIFICATA@: ISTRUZIONI PER L'USO

Nunzio
RANIERI



La **legge n. 2 del 28.01.2009** (G.U. del 28/01/2009) introduce una novità significativa per tutti i professionisti infermieri iscritti all'albo ed in particolare, ai commi 7 e 8 dell'art.16, recita:

7. i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata...omissis. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

8. le amministrazioni pubbliche di cui all'art.1, comma 2, del d. lgs 165/2001 istituiscono una casella di posta certificata... omissis... e ne danno comunicazione al centro nazionale per l'informatica nella pubblica amministrazione (DigitPA ndr), che provvede alla pubblicazione di tali caselle in un elenco consultabile per via telematica attraverso il sito www.indicepa.gov.it oppure www.paginepecpa.gov.it

Tale provvedimento è stato fortemente voluto dal governo ed in particolare dal Ministro per l'innovazione e la Pubblica Amministrazione Renato BRUNETTA, con lo scopo di velocizzare la burocrazia, far consumare meno tempo e denaro al cittadino e ridurre lo spreco di

materiale cartaceo.

Cosa è la Posta Elettronica Certificata? la Posta Certificat@ è un servizio che consente ai cittadini di dialogare con le Pubbliche Amministrazioni iscritte all'indice PA direttamente online; *è un sistema di comunicazione simile alla posta elettronica standard con in più le caratteristiche di sicurezza, certificazione e valore legale della trasmissione* (equiparata ad una raccomandata con ricevuta di ritorno); tale legalità è valida solo se il mittente ed il destinatario hanno caselle di posta elettronica certificata; in pratica se una delle caselle coinvolte nella trasmissione non è una PEC non viene fornita la ricevuta di avvenuta consegna; una volta inviato un messaggio tramite PEC ad un destinatario fornito di PEC il provider certificherà al mittente prova della consegna con data e ora e contenuto del messaggio; una volta inviato un documento tramite PEC ed ottenuta l'attestazione che il messaggio è stato consegnato all'altro indirizzo PEC la responsabilità per la mancata effettiva lettura del documento inviato ricade solo sul destinatario stesso; è raccomandabile una apertura giornaliera della propria PEC.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 06 Maggio 2009 stabilisce che, a ciascun cittadino che ne faccia richiesta, il Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e per l'innovazione tecnologica assegni a titolo non oneroso un indirizzo di Posta Elettronica Certificata, da utilizzare per i contatti con la Pubblica Amministrazione (ad es. richiedere informazioni, inviare istanze e documentazioni, ricevere documentazioni e comunicazioni) senza

doversi recare fisicamente negli uffici della medesima. Tale opportunità si è concretizzata dal 26/04/2010.

Procedura per ottenere la casella PEC:

1. collegarsi al portale www.postacertificata.gov.it;
2. inserire la richiesta con l'immissione di dati anagrafici, codice fiscale, numero del documento d'identità, indirizzo e-mail e recapito telefonico;
3. inserire una password e selezionare tre domande segrete predefinite cui dare altrettante risposte;
4. accettare le condizioni contrattuali e quelle sul trattamento dei dati personali (eventuali omonimie saranno gestite con l'attribuzione di codici numerici personali);
5. stampare la pagina internet che contiene userID e codice cliente;
6. trascorse 24 ore ed entro tre mesi recarsi in uno dei 6100 uffici postali elencati sul sito muniti di documento d'identità e codice fiscale (in originale ed in fotocopia);
7. dopo essere stati identificati dall'impiega-

to, firmare il modulo di adesione.

La casella personale di PEC è pienamente operativa.

Siti web di riferimento:

- www.postacertificata.gov.it
- www.renatobrunetta.it
- www.ipasvibari.it
- www.indicepa.gov.it
- www.paginepecpa.gov.it

INDIRIZZI PEC DEL COLLEGIO IPASVI DI BARI:

- bari@ipasvi.legamail.it
 - presidenza@ipasviba.postecert.it
 - vicepresidenza@ipasviba.postecert.it
 - tesoreria@ipasviba.postecert.it
 - segreteria@ipasviba.postecert.it
 - ufficiolegale@ipasviba.postecert.it
 - ufficioformazione@ipasviba.postecert.it
 - filodiretto@ipasviba.postecert.it
 - liberaprofessione@ipasviba.postecert.it
- INDIRIZZO PEC DELLA F.N.C.IPASVI:**
federazione@ipasvi.legamail.it

Implicazioni del Federalismo nel Processo Assistenziale

TERRASINI, 5-7 SETTEMBRE 2010 - Città del Mare Hotel Village

In collaborazione con i collegi IPASVI di:
 Agrigento, Avellino, Bari, Benevento, Bergamo, Cagliari, Campobasso, Caserta, Foggia, Lecce, Matera, Milano - Lodi, Napoli, Pavia, Potenza, Salerno, Trapani.



VECCHI E NUOVI RISCHI OCCUPAZIONALI

Lo stress: aspetto riemergente del rapporto tra lavoro e salute

Vanessa
MANGHISI



Secondo una ricerca dell'Agenda Europea per la Sicurezza, lo stress lavoro correlato arriverebbe ad interessare oltre 40 milioni di lavoratori in Europa. Difficile per le strutture sanitarie recepire

l'importanza dello Stress Lavoro Correlato, ritenuto fino a poco tempo fa un fenomeno generico. Nella nostra realtà lavorativa lo Stress Lavoro Correlato (SLC) si è iniziato a studiarlo tardi, proprio perché lo scenario lavorativo si è modificato notevolmente e sono cambiati i rischi a cui i lavoratori sono sottoposti; ad esempio, nel mondo del lavoro odierno esistono i videoterminali, l'ergonomia e le patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori. Quindi, non parliamo più solamente di "malattie professionali", ma anche di "malattie correlate al lavoro", ovvero possibili anche in assenza di una causa professionale, ma che sono più frequenti in persone direttamente esposte a determinati fattori di rischio professionali. Lo SLC è uno degli esempi, il più percepibile. Comunque, i sintomi, in realtà, non sono specificamente riconducibili alla sola attività di lavoro, pertanto, il problema critico è quello legato alla dimostrazione della patologia e della sua correlazione con l'attività lavorativa. Il D. Lgs 81/2008, con le modifiche apportate dal D. Lgs 106/2009,

infatti, evidenzia la necessità di fornire un riferimento alle incertezze insite nel processo di valutazione del rischio da SLC, affidando alla Commissione Consultiva Permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro, il compito di indicarne le modalità cioè di «elaborare le indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da SLC». L'obbligo di valutazione del rischio è stato rinviato al 31/12/2010 (D.L. n. 78 del 31/05/2010). Le teorie intorno alla genesi dello stress sono tante. Con il termine di stress viene comunemente indicata una condizione di sofferenza connessa ad uno squilibrio tra risorse psicofisiche dell'individuo e richieste del contesto. Da una parte è visto come un fenomeno strettamente fisiologico (strain) che segue il modello della reazione d'allarme (Seyle 1936 Sindrome di Adattamento Generale); cioè una reazione che consegue ad uno stimolo esterno di particolare intensità e che attiva la risposta di una serie di meccanismi e sistemi biologici (cardiovascolare, nervoso, endocrino, digerente, immunitario). *“Lo stress dovuto al lavoro può essere definito come un insieme di reazioni fisiche e emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore. Lo stress connesso al lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni”* (NIOSH, Stress at work, 1999). D'altro canto, nel complesso e mutabile contesto che caratterizza la società moderna, lo stress viene a connotarsi anche come fenomeno legato a sollecitazioni di natura psico-relazionale; sollecitazioni



ricondotte, di volta in volta dai diversi studiosi al rapporto tra domanda e latitudine decisionale (Karasek, 1987), alle relazioni interpersonali (Hurrell, 1987), ad elementi implicati nella sofferenza emotiva (Kasl, 1991) ed altro ancora. In entrambi i casi, comunque, ove la sollecitazione venga a superare le risorse psicofisiche dell'individuo, quest'ultimo potrà manifestare segni di malessere che possono andare da un generico stato di disagio lavorativo (disturbi neurovegetativi, insoddisfazione, astenia ...), anche di tipo collettivo (aumento dell'assenteismo, del conflitto ...), ad entità psicopatologiche ben più gravi e determinate, classificabili anche secondo DSM IV (il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali). In alcuni casi lo stress può esprimersi anche in forme del tutto particolari, prendendo le caratteristiche della sindrome da burn-out o del mobbing. Nodo oscuro ma fondamentale, della dinamica dello stress resta comunque la incontenibile variabilità del profilo individuale, inteso in senso fisico, psicologico, emozionale, culturale, di esperienza e così via: ciò spiega pienamente la diversa risposta, anche biologica, dell'individuo a fronte di medesimi stimoli di contesto. In questo filone si inserisce il tema dello stress lavoro-correlato ed il suo ruolo di fattore in grado di compromettere il "benessere psicofisico" del lavoratore. Benessere psicofisico che costituisce uno degli obiettivi principali dell'azione di prevenzione dell'OMS e della CE. L'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, definisce lo stress lavoro correlato come *"uno stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni, psicologiche o sociali e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare i gap rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti"*. L'accordo, tra le altre cose, ricorda anche come non "tutte" le manifestazioni di stress sul lavoro, siano da considerare come causate dal lavoro stesso. In un tale contesto il D. Lgs. 81/08, all'art. 28, richiama tutti i Datori di Lavoro a valutare, nelle proprie aziende, anche il rischio da stress lavoro correlato. Cioè, sulla *stima della possibilità che in determinate condizioni di lavoro si possano generare effetti avversi*. Un'impostazione, questa, che richiama il valutatore ad orientare le sue inferenze verso aspetti lavorativi

specifici, separandoli da aspetti da ritenere di altra origine o comunque generici. Ciò in piena armonia anche con l'accordo europeo sullo stress, che invita a distinguere tra lo stress lavoro correlato e quello che comunque si manifesta nei luoghi di lavoro; luogo dove ogni lavoratore trascorre circa 8 ore al giorno e dove, quindi, è anche alta la probabilità che si possano esprimere problematiche di natura non lavorativa. E' evidente come lo stress venga a perdere gran parte della sua connotazione di argomento di interesse sociologico, antropologico, medico, psicologico, giuridico, per diventare invece, ed alla pari di rumore, vibrazioni, sostanze cancerogene, caduta dall'alto, un *"agente di rischio lavorativo"*. Per la prima volta una situazione così immateriale ed indeterminata, viene ad essere ricollocata all'interno di un sistema normativo alquanto rigido, fatto di "obblighi, di "sanzioni", di "responsabilità penale" ed addirittura soggetto a "vigilanza" da parte di eventuali organi giudiziari. Un sistema, quindi, che può risultare di non agevole applicazione a fronte di un fattore di rischio squisitamente multifattoriale e che, diversamente da altre *noxae* lavorative, affonda le sue radici, sia in condizioni dipendenti dall'azienda, e come tali modulabili da quest'ultima, sia in questioni extralavorative e totalmente estranee ad essa ed alle sue possibilità di intervento. Ciò significa anche che, sul piano metodologico e di proposta preventiva, il valutatore dovrà essere in grado di cogliere, prioritariamente, quelle variabili che, in quanto "governabili" da Datore di Lavoro, andranno a dare corpo alle sue scelte preventive ed a delineare anche il suo spazio di responsabilità. Viceversa fattori esulanti dal potere decisionale e dalla volontà del Datore di Lavoro, ancorché interferenti con l'ambito lavorativo, non potranno che essere oggetto di azioni preventive indirette ed a limitato contenuto di responsabilità. Un altro aspetto interessante del nuovo adempimento è di natura metodologica. Infatti, ed analogamente a quanto succede per il rumore, dove il parametro che consente di stimare l'entità del rischio specifico non risiede tanto nei casi di ipoacusia, quanto nella determinazione del livello di esposizione al rumore, così nello stress, non si tratta tanto di andare alla ricerca di soggetti presumibilmente stressati, quanto di caratterizzare il contesto lavorativo



quale fonte di fenomeni da disagio. Il tutto rinviando ad approcci metodologici specifici atti a connotare anche gli aspetti tecnologico ambientali ed organizzativi del lavoro.

In entrambi i casi, infatti, delineata la condizione di esposizione, si potrà procedere alla stima del rischio, all'individuazione delle misure di prevenzione ed alla corretta interpretazione degli eventuali fenomeni di salute correlati. La legge impone uno sforzo per identificare se una certa organizzazione del lavoro induca in modo ragionevolmente prevedibile situazioni capaci di creare problematiche sull'individuo, cambiando il punto di vista dello studio: infatti, la prevenzione primaria deve essere incentrata sul lavoro, che quindi deve essere «valutato», non sull'individuo. Parlando di aspetti metodologici occorre ricordare come, anche nel caso dello stress lavoro correlato, la valutazione del rischio si presenti come un adempimento legato ad un doppio vincolo attuativo: da una parte il *vincolo normativo*, che impone al processo inemendabili passi anche formali, dall'altra il *vincolo tecnico*, che si sostanzia attraverso la scelta di metodologie, strumenti e criteri di valutazione il più possibile accurati e pertinenti. Tra i diversi vincoli di natura normativa di grande interesse è da ricordare il contesto "organizzativo" all'interno del quale si deve sviluppare il processo valutativo; un contesto che prevede non solo l'assunzione di responsabilità decisionale da parte del Datore di Lavoro, ma anche la piena e documentata collaborazione tecnica del Servizio di Prevenzione e Protezione e del suo Responsabile, quella specialistica del Medico Competente e la consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza. Soggetto, quest'ultimo, assolutamente insostituibile per inserire nel percorso valutativo anche il punto di vista dei lavoratori. Altri soggetti professionali (psicologi, psichiatri, sociologi ...) o "tecnici competenti", ancorché autorevoli dal punto di vista organizzativo e/o scientifico, non possono che essere di supporto alle figure sopradescritte e non possono in alcun modo sminuirne il ruolo e le conseguenti responsabilità. Passando ai tratti tecnici va innanzitutto ribadito come, anche nello stress lavoro correlato, il rischio (R) vada inteso come una variabile associata ad una probabilità (P) e gravità (G) del danno atteso (in tutta la sua

indeterminatezza e variabilità) e la sua valutazione come processo che ne definisce la grandezza e delinea conseguenti decisioni preventive. Partendo proprio dalla genesi multifattoriale dello stress e dalla sua forte relazione con le dimensioni del benessere organizzativo, gli ambiti da esplorare diventano i seguenti:

- **L'ambiente fisico e tecnologico;**
- **L'ambiente organizzativo;**
- **il lavoratore** (o per meglio dire la sua percezione, sia singola, che collettiva).

Rispetto *all'ambiente fisico e tecnologico* molte sono le variabili di interesse in quanto correlabili a fenomeni da stress. Spazi, condizioni igieniche (rumore, microclima, ergonomia, illuminazione ...), sicurezza, dotazione di impianti ed attrezzature, arredi e così via. Pertanto fonometrie, indagini microclimatiche, algoritmi per movimentazione di gravi e così via potranno anche entrare a far parte degli strumenti di valutazione del rischio da stress lavoro correlato, ovviamente rileggendone i risultati con criteri diversi. Tanto per fare un esempio, mentre una rumorosità di 75 dBA non profila rischi di danno uditivo, ai fini dello stress ed ove la mansione richieda silenzio e concentrazione il medesimo livello di rumore può esprimere rilevanti contenuti di rischio. Trattasi di una valutazione, quindi, che richiede una re-interpretazione del dato ambientale ed un suo confronto con standard di comfort o di benessere (ergonomici, microclimatici, di rumorosità, illuminotecnici ...).

L'ambiente organizzativo, inteso come complesso di contesti relazionali più o meno strutturati quali: lay out gerarchico, livelli decisionali e di responsabilità, sistema comunicazione, obiettivi aziendali ed individuali, contratti di lavoro, assegnazione di qualifiche e compiti, orari e turni, aspetti economici, carichi di lavoro e risorse, relazioni formali, attenzione all'ascolto, rappresentanza sindacale, rapporto lavoratore/prodotto e così via.

L'altro elemento da affrontare in termini valutativi è *il Lavoratore*, inteso come soggetto in grado di percepire in modo del tutto originale le diverse dimensioni della realtà occupazionale e di esprimere conseguenti sensazioni. Ciò, ancora una volta, nella consapevolezza che a parità di contesto occupazionale, la percezione dei lavoro-



ratori potrà anche essere molto diversa, in relazione al loro diverso profilo psicologico, contesto sociale, affettivo, economico, culturale, religioso e di salute. In questo caso la metodologia di valutazione prevede la raccolta della soggettività dei lavoratori e segue strade largamente studiate dalla psicologia e della psicomotricità; strade che prevedono misure di percezione di tipo descrittivo, scale di valutazione standardizzate corredate da test psicometrici per arrivare, attraverso l'analisi delle componenti principali e dei fattori, allo studio delle dimensioni latenti ed altro ancora. Lo strumento di valutazione è costituito prevalentemente da un questionario, con contenuti variabili in relazione all'ambito organizzativo o tematico da esplorare. Attraverso il questionario, che ovviamente dovrà avere contenuti tali da non andare in conflitto con le indicazioni sindacali in materia, è possibile raccogliere la percezione dei lavoratori circa le diverse dimensioni del contesto aziendale ed analizzarne le tendenze, sia generali, che in sottogruppi omogenei di lavoratori, per trarne indicazioni sugli spazi di miglioramento e le priorità da perseguire. Ciò anche confrontando il livello di concordanza tra percezione collettiva dei lavoratori e grado di conformità aziendale agli standard ambientali ed organizzativi prescelti. Va anche ricordato che per lo studio del rapporto tra stress e lavoro, vengono proposti criteri, metodi e strumenti di valutazione del carico di lavoro mentale, che utilizzano anche *indicatori biochimici* di stress (Modificazioni delle sottopopolazioni linfocitarie, Catecolamine ematiche, Profilo del Cortisolo, Profilo ACTH, TSH, FT4, Anticorpi antitiroidei, Melatonina ...), *indicatori fisiologici* (tensione muscolare, indici di attivazione cardiovascolare tipo

ipertensione e coronaropatia, affezioni gastrointestinali...), *indicatori comportamentali e psicofisiologici* (abuso di sostanze alcoliche, tabagismo, scarsa concentrazione, facilità a dimenticare, diminuzione dell'autostima, calo del rendimento, alterazioni posturali, turbe del comportamento alimentare, infortuni sul lavoro, comportamenti a rischio, uso eccessivo di farmaci, assenteismo, insonnia, mutamenti nello stile di vita con possibili atteggiamenti aggressivi, possibile suicidio in casi estremi), *metodi soggettivi* (interviste, questionari, autovalutazione). Comunque, come accade per tutte le altre situazioni lavorative (es. per l'ergonomia), l'impegno deve consistere sempre nell'adattare il lavoro all'uomo e non viceversa, non perdendo di vista quanto affermato dalla funzione pubblica circa il benessere organizzativo evidenziando in particolar modo alcuni aspetti come la collaborazione, l'ambiente collaborativo e positivo, il sentirsi a proprio agio nell'ambiente di lavoro, aver voglia di andare a lavorare ogni giorno, rispettare e porre attenzione alle persone, il senso di appartenenza al gruppo di lavoro, il dare importanza al contributo di tutti, attuare un buon coordinamento, non portarsi a casa il lavoro, avere la possibilità di crescere professionalmente, l'autostima, la buona comunicazione all'interno del contesto lavorativo, ... *“La completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si pensa di solito, noi non dobbiamo, e in realtà non possiamo, evitare lo stress, ma possiamo farvi fronte in modo efficace e trarne vantaggio imparando di più sui suoi meccanismi ed adattando la nostra filosofia (... e del lavoro...) dell'esistenza ad esso”* (H. Seyle: Stress without distress, 1974).

BIBLIOGRAFIA

- Accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 sullo stress sul lavoro.
- Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica del 24/03/2004 sulle misure finalizzate al miglioramento organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni.
- Linee guida ISPESL, lo stress in ambiente di lavoro.
- Giuseppe De Falco, Agostino Messineo, Silvia Vescuso “Stress da lavoro e mobbing” EPC libri, 2008.
- Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro “Lavorare con stress. Prevenzione pratica dei rischi psicosociali e dello stress sul lavoro”, Spagna 2003.



KOMEN RACE FOR THE CURE

Di corsa contro i tumori del seno

Comitato di
REDAZIONE



La RACE FOR THE CURE è l'evento simbolo della Susan G. Komen Italia, organizzazione senza scopo di lucro basata sul volontariato che opera dal 2000 nella lotta ai tumori al seno.

È una corsa di 5 km o una passeggiata di 2 km, aperta a tutti, per sensibilizzare sull'importanza della prevenzione, raccogliere fondi ed esprimere solidarietà alle Donne in Rosa, donne che si confrontano con questa malattia.

La "Race For The Cure" è ormai uno degli eventi sportivi e sociali nella Regione Puglia e dal 2007 ha assunto un profilo Nazionale raggiungendo traguardi sempre più importanti. Dopo i successi di Roma del 16 Maggio e di Bari del 23 Maggio, le prossime tappe previste sono: Bologna il 26 Settembre e Napoli il 10 Ottobre 2010.

L'evento ha avuto inizio con l'apertura del "Villaggio Race" in Piazza Prefettura a Bari dalle ore 15,00 del 21 maggio per proseguire il giorno dopo 22 maggio con:

- Villaggio della Prevenzione, con iniziative

di sensibilizzazione, esecuzione di visite ed esami senologici (su prenotazione effettuata dall'Assessore al Welfare del Comune di Bari);

- Info Point e Spazio Educativo con medici specialisti e infermieri a disposizione del pubblico per rispondere alle eventuali domande.

Nella prevenzione e nella lotta contro i tumori del seno gli infermieri giocano un ruolo fondamentale: la qualità di vita delle pazienti, che devono affrontare un percorso terapeutico e assistenziale spesso complesso e difficile, dipende in gran parte dalle loro competenze, dalla loro capacità relazionale e da una disponibilità umana, che molte vol-



te supera lo stesso mandato professionale. A testimoniare il meritato riconoscimento del ruolo degli infermieri nel Sistema Salute del Paese, il 16 maggio è stato emesso uno





speciale francobollo dedicato alla professione infermieristica e all'IPASVI. A lavorare al progetto promosso dal Ministero dello Sviluppo Economico insieme a Poste Italiane, la Susan G. Komen Italia, la Federazione Nazionale Collegi IPASVI, l'Università Cattolica e la Federazione Italiana Tabaccai. Il francobollo riporta l'immagine di un'infermiera a fianco di una paziente, accompagnata dal messaggio "Affranca la vita!".

"Affranca la vita è il giusto slogan che rappresenta la professione infermieristica nella quotidianità assistenziale"

Per testimoniare una volta di più la vicinanza umana e professionale alle Donne in Rosa, una NUMEROSA rappresentanza degli infermieri e degli studenti del corso di laurea in Infermieristica della Puglia (mobilitati dal Collegio IPASVI di Bari), sono stati ai nastri di partenza. Anche a Bari, la manifestazione si è conclusa con l'affrancatura (anche da parte del Presidente del Collegio IPASVI di Bari - Saverio Andreula) del francobollo speciale, ricordando come gli infermieri italiani ogni giorno si facciano carico di molteplici e variegati processi assistenziali. Gli Infermieri sono presenti in ogni struttura, servizio, unità operativa del sistema sanitario nell'arco delle 24 ore e per 365 giorni all'anno, ma anche nelle case dei loro concittadini. Al fianco di tutte le persone malate, ogni giorno, gli infermieri offrono il loro supporto a chi deve affrontare percorsi di cura spesso complessi e difficili, come le donne colpite da tumore del seno.

Per questo gesto rappresentativo si ringrazia il Prof. Enzo Lattanzio - direttore del S.A.R.I.S. - Servizio Autonomo di Radiologia del Policlinico di Bari e Presidente del Comitato Regionale Puglia della Komen Italia, il Prof. Riccardo Masetti - Direttore Centro di Senologia del Policlinico Gemelli di Roma e Presidente della Komen Italia e le Poste Italiane.

Grazie ai fondi raccolti durante le edizioni della "RACE", sono finanziati alcuni specifici progetti di assistenza e formazione nella nostra Regione quali:

- 1) "Alimentazione e Chemioterapia", consulenza ed assistenza nutrizionale rivolta alle donne operate al seno e sottoposte a chemioterapia ed endocrinoterapia; con sede al SARIS - Servizio di Radiologia ad Indirizzo Senologico - c/o Policlinico di Bari e Centro Salute Donna c/o Medicina Moderna di Mesagne (BR);
- 2) "Spazio Vitale", sportello di consulenza psicologica rivolta alle donne affette da tumore mammario e alle loro famiglie. Con sede sempre al SARIS - Servizio di Radiologia ad Indirizzo Senologico - c/o Policlinico di Bari e c/o il Comune di Cassano Murge

Le bandiere dell'IPASVI hanno sventolato numerosissime nel corso di tutta la manifestazione.

Un sentito grazie a tutti i partecipanti ed in particolar modo agli infermieri e gli studenti del corso di laurea in Infermieristica con l'augurio e la certezza che l'anno prossimo saremo sempre più numerosi.

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*

LE ASSENZE ALLE VISITE FISCALI

Una nuova e interessante pronuncia inerente l'assenza alle visite fiscali. Il caso ha riguardato un lavoratore che in corso di malattia adduceva, come giustificazione, della mancata presenza alla visita fiscale, per essere rimasto bloccato nel traffico dopo che aveva fatto visita alla madre gravemente ammalata. La Corte di Cassazione giustificava l'assenza, sulla base delle motivazioni addotte con le relative prove documentali, che poteva configurarsi come un'esigenza di solidarietà e vicinanza familiare, senz'altro meritevole di tutela nell'ambito dei rapporti etico sociali garantiti e tutelati dalla Costituzione.

Tale orientamento si discosta da precedenti pronunce consolidatisi nel tempo, secondo il quale ove il lavoratore assente per malattia, deduca un giustificato motivo della non reperibilità alla visita domiciliare di controllo, deve provare che la causa del suo allontanamento dal domicilio durante le fasce orarie, pur senza necessariamente integrare una causa di forza maggiore, costituisca al fine della tutela di altri interessi, una necessità determinata da situazioni comportanti adempimenti non effettuabili in ore diverse da quelle delle reperibilità.

Di seguito si riporta la massima: "il lavoratore assente dal lavoro per malattia, ove deduca un giustificato motivo della non reperibilità alla visita domiciliare di controllo, deve provare che la causa del suo allontanamento dal domicilio durante le previste fasce orarie, pur senza necessariamente integrare una causa di forza maggiore, costituisca, al fine della tutela di altri interessi, una necessità determinata da situazioni comportanti adempimenti non effettuabili in ore diverse da quelle di reperibilità. In particolare, l'assenza alla visita di controllo, per non essere sanzionata dalla perdita del trattamento economico di malattia, può essere giustificata, oltre che dal caso di forza maggiore, da ogni situazione la quale, ancorché non insuperabile e nemmeno tale da determinare, ove non osservata, la lesione di beni primari, abbia reso indifferibile altrove la presenza personale dell'assicurato, secondo un accertamento riservato al giudice del merito. Nella specie, la situazione addotta dal lavoratore,

e accertata dalla sentenza impugnata, configura un'esigenza di solidarietà e di vicinanza familiare (consistita, in particolare, nell'assistenza alla propria madre, ricoverata in un centro specialistico di riabilitazione e priva di altro sostegno morale poiché divorziata e senza altri familiari), senz'altro meritevole di tutela nell'ambito dei rapporti etico - sociali garantiti dalla Costituzione.

Quanto all'oggettiva indifferibilità della presenza del lavoratore, durante l'orario di reperibilità, si tratta di circostanza pacificamente acquisita in base all'accertamento compiuto in giudizio, essendo emerso che il lavoratore si era recato presso il centro di riabilitazione, ove era ricoverata la madre, in coincidenza con l'orario delle visite dei familiari ed era rientrato in ritardo al proprio domicilio a causa di un blocco del traffico stradale".

LA PROVA DEL DEMANSIONAMENTO, LA QUANTIFICAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE E LA REGGENZA NEL PUBBLICO IMPIEGO

Numerosi quesiti mi giungono a riguardo dell'argomento: "demansionamento nel pubblico impiego". La giurisprudenza (da ultimo Cass. Civ. Sez. Un., n. 4063/10) afferma che una volta accertato il demansionamento professionale del lavoratore, il giudice del merito deve desumere l'esistenza del relativo danno in base ad una valutazione presuntiva, riferendosi alle circostanze concrete dell'operata de qualificazione conformemente al principio enunciato dalla Corte Suprema secondo cui il danno conseguente al demansionamento va dimostrato in giudizio con tutti i mezzi consentiti dall'ordinamento, assumendo peraltro precipuo rilievo la prova per presunzioni, per cui dalla complessiva valutazione di precisi elementi dedotti (caratteristiche, durata, gravità, frustrazione professionale) si possa, attraverso un prudente apprezzamento, coerentemente risalire al fatto ignoto, ossia all'esistenza del danno, facendo ricorso, a quelle nozioni generali derivanti dall'esperienza, della quale ci si serve nel ragionamento presuntivo e nella valutazione delle prove.





TRASFERIMENTO DEL LAVORATORE ED ORDINE DI REINTEGRO

La giurisprudenza di legittimità è costante nel ritenere che, l'ottemperanza del datore di lavoro all'ordine giudiziale di riammissione in servizio a seguito di accertamento della nullità dell'apposizione di un termine al contratto di lavoro, implichi il ripristino della posizione di lavoro del dipendente, il cui reinserimento nell'attività lavorativa deve quindi avvenire nel luogo e nelle mansioni originarie, atteso che il rapporto contrattuale s'intende come mai cessato e quindi la continuità dello stesso implica che la prestazione deve persistere nella medesima sede, salvo che il datore di lavoro non intenda disporre il trasferimento del lavoratore ad altra unità produttiva, sempre che il mutamento della sede sia giustificato da sufficienti ragioni tecniche, organizzative e produttive (art. 2103 c.c.). Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza impugnata che aveva ritenuto privo di sufficiente giustificazione il disposto trasferimento e, come tale, illegittimo e, per converso, legittimo il comportamento di autotutela attuato dal lavoratore, rifiutatosi di aderirvi. La Corte ha valutato l'organigramma predisposto dall'azienda in occasione del dedotto processo di riorganizzazione, prendendo atto del suo contenuto, secondo cui il dipendente avrebbe dovuto continuare a operare presso la sede originaria. Ha valutato, altresì, in maniera adeguata e pertinente l'anomalia rappresentata dal trasferimento del dipendente adottato per occupare un posto di lavoro, affidato in precedenza ad altro collega.

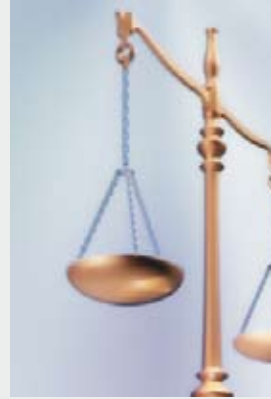
La strumentante di tale condotta è stata ritenuta dalla Corte d'Appello sufficientemente provata e come tale idonea a dare fondamento alla tesi del lavoratore. Pertanto il provvedimento del datore di lavoro di trasferimento di sede di un lavoratore che non sia adeguatamente giustificato, a norma dell'art. 2103 c.c., è affetto da nullità e integra un inadempimento parziale dei contratti di lavoro, con la conseguenza che la mancata ottemperanza allo stesso provvedimento da parte del lavoratore trova giustificazione sia quale attuazione di un'ec-

cezione d'inadempimento (art. 1460 c.c.), sia sulla base del rilievo che gli atti nulli non producono effetti; non si può invece ritenere che sussista una presunzione di legittimità dei provvedimenti aziendali, che imponga l'ottemperanza agli stessi fino a un contrario accertamento in giudizio. Il principio enunciato, dal quale il Collegio non ha ragione di discostarsi, è certamente applicabile al caso di specie, tenuto conto che il trasferimento ad altra sede è stato accertato prima e dichiarato poi illegittimo. Non vi è dubbio, pertanto, che tale illegittimità - rientrando nel novero delle nullità - renda altrettanto illegittimo il licenziamento, intimato a titolo di giusta causa, non sussistendo, nel rifiuto di raggiungere la nuova sede da parte del lavoratore, alcun comportamento sanzionato.

DANNO ESISTENZIALE E MOBBING

Continuano a giungere quesiti a proposito della fattispecie mobbing e considerata l'evoluzione continua della giurisprudenza, in assenza di una normativa precisa a riguardo credo sia opportuno nuovamente soffermarsi sull'argomento.

Nel nostro ordinamento, il c.d. mobbing si configura ora come fattispecie a condotta libera e connotabile soltanto come riferimento ai suoi effetti, che devono consistere in una coartazione, diretta o indiretta, della libertà psichica del lavoratore, così da costringerlo a una certa azione, tolleranza o omissione. Come recentemente riproposto dalla Suprema Corte di legittimità (cfr. Cass. n. 22858 del 2008), la nozione di mobbing è, infatti, integrata da una condotta del datore di lavoro protratta nel tempo e consistente nel compimento di una pluralità di atti diretti alla persecuzione o all'emarginazione del dipendente, del quale è lesa - in violazione dell'obbligo di sicurezza posto dall'art. 2087 c.c. - la sfera professionale o personale, intesa nella pluralità delle sue espressioni (sessuale, morale, psicologica o fisica). L'elemento connotante il mobbing si rinviene, dal punto di vista oggettivo, nella ripetersi e/o reiterazione delle condotte prevaricatrici, che - giusta le indicazioni della letteratura sociologica e di psi-



cologia del lavoro - devono avere una durata di almeno sei mesi e consistere in episodi vessatori costanti nel tempo, pressoché quotidiani. Dal punto di vista soggettivo, invece, rileva la finalità persecutoria, che deve orientare in un unico programma vessatorio, connotandoli d'illiceità, i vari atti o comportamenti i quali, se analizzati isolatamente, possono anche apparire neutri (ad es., semplici atti di amministrazione del rapporto di lavoro) ovvero addirittura rappresentare esercizio di diritti o potestà (cfr. Cass. n. 475 del 1999). D'altra parte, se è vero che l'obiettivo vessatorio o persecutorio nei confronti del lavoratore permette di unificare in un'unica condotta atti perfino legittimi e azioni o omissioni in sé del tutto lecite, come è tipico delle condotte a dolo specifico, è non meno vero che l'azione intenzionalmente orientata a danno del lavoratore deve costituire il precipuo obiettivo a cui tende (e che ha mosso) la volontà dell'agente.

Non basta, in altri termini, che gli effetti potenzialmente dannosi cadano nel raggio di cognizione di chi agisce, ma occorre che essi costituiscano l'elemento polarizzante della sua volontà, per modo che si potrà ritenere sussistente l'illecito solo se si accerti che l'unica ragione della condotta è consistita nel procurare un danno al lavoratore, mentre bisognerà escluderlo in caso contrario, indipendentemente dall'eventuale prevedibilità e occorrenza in concreto di simili effetti nel qual caso ci si troverebbe innanzi al demansionamento.

Conseguenza del mobbing è il c.d. danno esistenziale. E' un danno che si configura come un'azione che minacci la futura esistenza della controparte. Tale tipologia di danno deve intendersi certamente sia dal punto di vista del lavoratore sia dal punto vista datoriale. E' implicita in tale interpretazione l'elemento dimensionale di entrambe le controparti. Tale danno psicologicamente invalidante può tanto più essere ritenuto grave quando più lunga, ingiusta e disdicevole sia stata la fattispecie. Allo stesso modo dalla parte datoriale può essere riconosciuto un proprio danno esistenziale quando il comportamento del lavoratore possa configura-

re, antropomorfizzando la figura datoriale, un pericolo per l'esistenza della struttura stessa. In altre parole il comportamento doloso di un lavoratore infedele, in una piccola azienda, può minacciare l'esistenza della stessa qualora tale comportamento mini la fiducia dei clienti della stessa. Tale visione non ha valenza nel raffronto fra le parti in giudizio ma in rapporto al danno arrecato alla parte debole in rapporto alla rilevanza del danno commisurato alla rilevanza sociale dello stesso. Occorre, infine, osservare che il cosiddetto "danno da mobbing" consiste in una condotta del datore di lavoro sistematica e protratta nel tempo, connotata dal carattere della persecuzione, finalizzata all'emarginazione del lavoratore ed idonea a concretare una lesione dell'integrità psicofisica e della personalità del prestatore.

La sussistenza di tale lesione scaturisce da una valutazione complessiva degli episodi lamentati dal lavoratore che deve tenere conto, da un lato, dell'idoneità offensiva della condotta datoriale (come desumibile dalle sue caratteristiche oggettive di persecuzione e discriminazione) e, dall'altro, della connotazione univocamente emulativa e pretestuosa della richiamata condotta. Ne consegue che la ricorrenza di un'ipotesi di condotta mobbizzante deve essere esclusa quante volte la valutazione complessiva dell'insieme di circostanze addotte (ed accertate nella loro materialità), pur se idonea a palesare singolarmente elementi ed episodi di conflitto sul luogo di lavoro, non consenta di individuare, secondo un giudizio di verosimiglianza, il carattere unitariamente persecutorio e discriminante nei confronti del singolo del complesso delle condotte poste in essere sul luogo di lavoro. La giurisprudenza in relazione al danno esistenziale che è diretta conseguenza del mobbing unitamente al danno biologico ed al danno morale ha enunciato e specificato quali siano le sue caratteristiche. Si sostanzia in un non poter più fare, un dover agire altrimenti, la prova della sola lesione di un diritto fondamentale dell'individuo (nella specie la lesione del diritto alla salute ed alla solidarietà familiare)

XCI

»»



non è sufficiente a giustificare il risarcimento, costituendo invero la stessa un semplice indizio di danno; la sua esistenza deve, perciò, essere dimostrata mediante elementi che confermino il carattere permanente del pregiudizio, risolvendosi altrimenti lo stesso in un "patimento" transitorio risarcibile solo sotto il diverso profilo del danno morale, il quale infatti, traducendosi in un sentire ed attenendo alla sfera dell'emozionalità, può essere accertato anche in via presuntiva.

In tema di risarcimento del danno non patrimoniale, il cosiddetto danno alla vita di relazione ed i pregiudizi di tipo esistenziale concernenti aspetti relazionali della vita, conseguenti a lesioni dell'integrità psicofisica possono costituire solo voci del danno biologico (al quale va riconosciuta portata tendenzialmente onnicomprensiva) nel suo aspetto dinamico, sicché darebbe luogo a duplicazione la loro distinta riparazione.

Il danno c.d. esistenziale non costituendo una categoria autonoma di pregiudizio perchè rientrante nell'ambito del danno non patrimoniale di cui all'art. 2059 c.c., potrà essere risarcito soltanto allorchè l'interesse che si assume leso è un diritto inviolabile della persona, oppure l'offesa arrecata al diritto è seria, oltre la soglia della tollerabilità. Tale danno è, quindi, individuabile ove sia accertata una modificazione peggiorativa, apprezzabile per intensità e qualità, nella sfera del soggetto leso, tra cui va fatta rientrare l'alterazione. In tal caso, l'onere della prova grava sul danneggiato e la liquidazione può essere fatta anche equitativamente tramite presunzioni. (Giudice di pace Salerno, 12 novembre 2009).

Il danno esistenziale non costituisce una autonoma categoria del danno non patrimoniale; affinché poi una lesione possa connotarsi in termini di ingiustizia costituzionalmente qualificata, è necessaria la gravità dell'offesa, e cioè la serietà di pregiudizio.

Alla luce del nuovo orientamento giurisprudenziale, devono essere ricapitolati alcuni principi: il danno non patrimoniale costituisce una categoria

risarcitoria di carattere unitario, all'interno della quale si possono distinguere diverse voci di danno solo riconoscendo alle stesse una valenza descrittiva, senza costituire diverse poste risarcitorie; così si potrà parlare di danno non patrimoniale, di danno estetico, alla vita di relazione, di danno esistenziale solo con un valore descrittivo, ma all'interno dell'unica categoria del danno non patrimoniale, come diversi aspetti del medesimo pregiudizio variamente apprezzabili in relazione alle particolarità del caso concreto.

Tuttavia, la lesione di valori costituzionalmente protetti può accedere alla tutela risarcitoria solo ove valichi una certa soglia di gravità, per cui non sarà accolta la domanda di tutela relativa ad illeciti di poco conto. Le ultime pronunce giurisprudenziali sul mobbing sono del seguente tenore: il mobbing, inteso come atteggiamento di carattere persecutorio e discriminatorio da parte del datore di lavoro nei confronti di un lavoratore che è frustrato nelle sue aspettative umane e professionali, può provocare un danno biologico, morale ed esistenziale.

Tali danni vanno separatamente provati e risarciti. Il demansionamento può dare luogo al danno professionale, inteso come concreto depauperamento della professionalità acquisita, il quale può essere riconosciuto solo in presenza di adeguata allegazione (Trib. Milano, 30 luglio 2009).

Ed ancora in tema di "mobbing" nel pubblico impiego non privatizzato ove sia stata accertata, nei confronti del dipendente, la coesistenza e/o la concorrenza della responsabilità extracontrattuale e contrattuale della P. A., rispettivamente, per la condotta vessatoria ed ostile di colleghi o superiori gerarchici, e per la "colpa in vigilando" dell'Amministrazione che, consapevole di tale condotta, nulla ha posto in essere perché cessasse il lamentato atteggiamento di ostilità, deve ritenersi che la controversia promossa dal dipendente per ottenere il risarcimento del danno biologico, alla professionalità, ed esistenziale subito, appartenga alla giurisdizione del G. A. (T.A.R. Abruzzo Pescara Sez. I, 23-03-2007, n. 339).



“IL SILENZIO DI LUIGI”

Racconto inedito per il “Il Concorso Letterario Collegio Ipasvi di Ragusa”

Giacomo
LOMUSCIO



Howard S. Becker nel libro “The Planning of Chance” analizza il concetto di impegno, definendo una persona impegnata colei che, attraverso una serie di situazioni varie e durante un certo periodo di tempo, persegue la sua attività in modo coerente. Impegnarsi è un concetto ampio da porre in relazione ad altri quali: la diligenza, la responsabilità, l'interesse attivo, buona volontà, elasticità, costanza e disponibilità; condurre qualcosa a buon fine ne è l'obiettivo. Ciascuno di noi si impegna a suo modo e ciò sicuramente deriva dalla concezione che si ha della professione e della comprensione del proprio ruolo. Molto spesso non si riesce ad esprimere con delle parole l'immagine mentale che si ha della propria attività lavorativa; l'immagine non è abbastanza chiara, netta, precisa per poterla verbalizzare. Io, come tanti colleghi, ho cercato negli anni di consolidare la mia esperienza di lavoro attraverso l'impegno quotidiano, impegno che si è rivelato sotto forme disparate ma la cui essenza è rintracciabile in quel momento fondamentale che diventa cardine delle nostre attività quotidiane: *l'incontro con l'altro*. Infatti quando decisi che questa sarebbe stata la mia professione ero ovviamente consapevole che avrei espletato un'attività

dove era del tutto naturale un rapporto costante e inevitabile con l'altro. Ciò mi ha posto e mi pone tuttora in una continua riflessione su ciò che rappresenta la professione di infermiere; una professione che non è nata come una vera e propria vocazione ma che nel tempo ha assunto un valore intrinseco di forte responsabilità. Ogni giorno quando entro in punta di piedi nella vita delle persone, nella loro realtà – realtà di dolore, di sofferenza, di paura ma anche di fiducia, di totale affidamento e di auspicata serenità – scopro in loro una persistente ricerca di aiuto concreto, disinteressato, autentico, competente che si esplica in un incontro sempre ricco di sfumature che richiedono un continuo impegno professionale ed emozionale. Se volessi paragonare il mio percorso professionale con la magia della nascita di un bimbo, ebbene nella fase embrionale ero soprattutto preparato a curare con le azioni e con il saper fare come se la competenza si esplicasse solo con le abilità tecniche; nella fase fetale ho iniziato - anche se non ero ancora del tutto pronto - a misurarmi con l'altro da Uomo che tra le varie peculiarità è anche un Professionista. Ora credo di essere nella fase neonatale (e spero di restarci per molto tempo), cerco di imparare, di comprendere e di creare un mio modello di infermiere partendo dallo stesso presupposto che guida un bimbo durante il suo viaggio nella vita: curiosità, desiderio di conoscere. Se volessi cromaticamente rappresentarlo su una tavolozza, il colore grigio ed uniforme della fase fetale si è con il tempo vivacizzato: Amalia (la mi-



grante), Carlo (il carabiniere in pensione), Antonio (il pittore ginevrino), Ermanno (il "vecchio" lettore), sono solo alcune delle persone che hanno reso la tela multicolore, che hanno ravvivato il mio divenire infermiere. "Se l'Essere Umano è un mondo in miniatura vorrei avere la fortuna e la sapienza di conoscerne sempre la parola chiave per comprenderlo affinché il mio cammino da Uomo e da Infermiere sia il più costruttivo e soddisfacente possibile. Umanità non significa tralasciare competenza ed efficienza, ma esprimere lo spirito con il quale occorre sentire l'Altro, lo spirito con il quale Noi professionisti della salute dovremmo sentire l'Altro. Io e Luigi abbiamo cercato e trovato nelle nostre conversazioni e nel silenzio della riflessione

le parole giuste per conoscerci, capirci e condividere momenti di sofferenza e di ritrovata serenità". Così ha inizio il racconto di un incontro con una persona che ha donato a quella tela alcune delle sfumature più belle. *"Ho conosciuto Luigi in una giornata uggiosa di fine ottobre. Arrivò con qualche minuto di anticipo rispetto all'orario convenuto per le visite sedendosi in disparte e incrociando le mani, quelle grandi mani, disarmoniose per un corpo gracile come il suo". "Luigi era un tipo taciturno e la malattia non è che l'avesse cambiato più di tanto, tacere era la sua virtù, il silenzio il suo orto dove coltivare i suoi pensieri. Non*

fu facile entrare nel suo spazio, ma gli incontri quasi quotidiani in quelle giornate di inizio autunno melanconiche e per questo evocative, lo incoraggiarono: le parole formali ed i gesti sterili cedettero lentamente ma inevitabilmente il posto ad una lunga conversazione, un sincero ed autentico dialogo fraterno "Il Nursing è una disciplina che comporta necessariamente una relazione con l'altro la cui efficacia non può che dipendere dalla qualità dell'incontro che si esplica nella conoscenza del paziente. Co-

noscere il paziente permette di applicare le migliori decisioni, adattandole di volta in volta consentendo di mantenere fede all'impegno che è quello di considerare l'altro come unico. Per conoscere il paziente e creare una relazione valida sono rilevanti l'esperienza dell'infermiere, il tempo a di-

**"Fang Chi interrogò il Maestro
sulla virtù dell'umanità. Il Maestro disse:
" Amare il prossimo".**

**Fang Chi interrogò il Maestro sulla conoscenza:
il Maestro disse:**

**" Conoscere e comprendere il prossimo"
"Non mi preoccupo perché gli uomini
non mi conoscono.**

**Mi preoccupo perché io non conosco
gli uomini" (Confucio)**

sposizione e la costruzione di una vicinanza. "Un tipo caparbio Luigi anche nel rapporto con la malattia. Quando entravo nella sua stanza durante il ciclo di chemioterapia gli chiedevo di raccontarmi di come il suo corpo stesse reagendo ai farmaci, se avesse avuto dei problemi, domande che a volte sembravano risuonare come una nenia, una languida nenia accompagnata spesso da risposte ovvie da appuntare poi in un anonimo registro di consegne. Luigi respirava profondamente prima di parlarmi e poi mi raccontava di come dal suo piccolo potere riusciva a scorgere di lontano il cemento dei palazzi di periferia che piano piano si



avvicinavano, rosicchiando giorno per giorno, metro sopra metro la campagna: cemento freddo, irragionevole e spietato, cemento incomprensibile, alieno come...come..." la malattia, la tua malattia Luigi"? A questa domanda Luigi non mi ha mai risposto, probabilmente non ce n'era bisogno. Una cruda metafora che comunque non celava rassegnazione. Luigi lottava, a suo modo ma lottava e, credeva, confidava in quello che lui definiva " il definitivo sfratto di quell'inquilino scomodo ed inopportuno". La relazione interpersonale, componente essenziale dell'assistenza infermieristica, non è semplicemente frutto di intuizione, buona volontà e buon senso; rappresenta un valore acquisito specialmente attraverso una riflessione e una costante esperienza quotidiana nell'incontro con l'altro che affina la sensibilità e l'interiore disponibilità dell'infermiere coinvolgendolo nella sua interezza. L'emozione dell'incontro è questo: lo sconvolgimento, lo stupore, la sorpresa derivate dall'apparizione dell'altro. Vivere l'emozione dell'incontro vuol dire scoprirsi d'un colpo dentro la relazione, vuol dire scoprire di colpo l'esistenza dell'altro, vuol dire esperienza del sentire l'altro che si completa nella comprensione dell'altro: questo slancio, questo movimento non è che la relazione. *"Luigi era cresciuto con lo zio, sarò anche lui e che gli insegnò i rudimenti di quello che sarebbe diventato il suo lavoro; di suo padre l'unico ricordo tangibile era un ulivo piantato nel podere quando lui era piccolo, l'unico segnale di un'assenza più che di una presenza. Quell'albero ed i suoi rami lo avevano protetto e fatto compagnia in molti momenti di solitudine, anche il giorno in cui seppe del suo male. Di quel giorno ricordava solo il volto del medico, il cigolio della porta dello studio, l'odore*

*della corsia, sensazioni che sarebbero diventate familiari ma che in quell'istante non appartenevano alla sua dimensione: in quei momenti c'erano Lui, l'inquilino scomodo e il pensiero della sua vita ad un bivio"... Un tipo caparbio Luigi durante tutto l'iter diagnostico e terapeutico, un tipo ligio, meticoloso anche in questo. Pensai che forse la costanza - questo continuo ricercare anche la più piccola circostanza positiva nel mare delle incertezze che solo l'incontro con la malattia può rendere - per Luigi possa essere stata la parola chiave del percorso che ha sostenuto coraggiosamente e risolto positivamente. Prima che giungesse Natale gli incontri con Luigi si diradarono per poi terminare in una tipica mattina dicembrina. Ci salutammo senza dire quasi nulla, soltanto una stretta di mano, mani che non avevano perso la forza di lottare, mani che sapevano ringraziare; ci scambiammo solo una promessa che se ci fossimo casomai rivisti sarebbe bastato un cenno di saluto, ancora il silenzio per non cadere nella banalità di frasi convenzionali. Sostegno tecnico-relazionale, comunicazione empatica, relazione di aiuto, parole, gesti, pause, ascolto attivo, assertività: tutto ciò è rilevante per un professionista che si occupa di salute. Tuttavia, se non si riesce per inesperienza, tecnicismo esasperato, frustrazione professionale, burocratizzazione, distacco emotivo a scoprire con umiltà e pazienza la parola chiave, la password per entrare in quel mondo che è l'Uomo, non potremmo mai godere appieno della Sua unicità soprattutto in una fase delicata della vita: l'incontro con la malattia e la sofferenza. *"E ciò che con Luigi ho imparato, ciò che Luigi mi ha insegnato e donato".**

Grazie Luigi.

BIBLIOGRAFIA

- Santangelo P. (a cura di), " Confucio. Massime. ", Tascabili Economici Newton, 1995, Roma.
- Adam E., " Essere infermiera ", Vita e Pensiero Ed., 1993 Milano.
- Boella L., " Sentire l'altro ", Raffaello Cortina Editore, 2006, Milano.
- I brani sono tratti da " Il silenzio di Luigi " Racconto vincitore del Primo Premio al Concorso Letterario indetto dal collegio IPASVI di Ragusa" scritto da: Giacomo Lomuscio.

UN INCORAGGIAMENTO PER SVILUPPARE LA RICERCA

Assegnato il primo premio IPASVI BAT

Giuseppe
CHIODO



In esecuzione della Delibera del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi della Provincia di Barletta-Andria-Trani n° 48 del 21/12/2009 si è svolto il primo concorso per l'assegnazione del **Premio IPASVI-BAT**, riservato agli Infermieri neo laureati dei corsi triennali iscritti nell'anno 2009 al medesimo Collegio. Lo scopo del concorso è quello di favorire e stimolare nei giovani colleghi infermieri l'impegno nella ricerca infermieristica, quale elemento essenziale per lo sviluppo della nostra professione.

La commissione esaminatrice, ha valutato i lavori prodotti e rispondenti ai criteri indicati nel bando ed ha proceduto all'assegnazione del premio.

All'autore del lavoro prescelto è stato assegnato un premio del valore di euro 300,00, vincolato alla partecipazione a iniziative di formazione, aggiornamento e approfondimento nel campo infermieristico che saranno individuate congiuntamente dal Collegio e dal vincitore del premio.

La premiazione è stata effettuata nel corso della celebrazione della giornata Internazionale dell'Infermiere 2010 che si è svolta in concomitanza della presentazione del francobollo celebrativo della profes-

sione infermieristica e della prima edizione del corso di formazione promosso dal Collegio BAT: "IL CODICE DEONTOLOGICO IPASVI: L'INFERMIERE TRA SCIENZA E COSCIENZA" che si è tenuto ad Andria il 14 maggio scorso.

Il lavoro risultato vincitore, dal titolo VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ADULTO SEDATO PRIVO DI COSCIENZA IN TERAPIA INTENSIVA, è stato prodotto dal collega dott. Nicola Covelli. A parere del Comitato Scientifico del Collegio, il lavoro ha il merito di affrontare in maniera approfondita, la valutazione del dolore nel paziente adulto sedato privo di coscienza in terapia intensiva. Il collega Covelli ha ricercato nella letteratura italiana e internazionale gli strumenti che possono essere utilizzati in questi casi per rispondere alle domande più ricorrenti sulla percezione del dolore in tali pazienti e, attraverso la codifica delle sensazioni dolorose, cercare di garantire una migliore assistenza al paziente. Con il suo lavoro il collega Covelli ha ulteriormente dimostrato come, su questo argomento, finora la ricerca sia stata molto avara e come, invece, ci sia la necessità di un maggiore approfondimento.

Quella che viene riportata di seguito (alle pagg 19-20) è una breve sintesi del lavoro di tesi presentata.

Al collega Covelli le felicitazioni e i complimenti del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI BAT e a tutti i partecipanti al concorso l'invito a sviluppare, anche nella vita professionale, i temi della ricerca infermieristica.



VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ADULTO SEDATO E PRIVO DI COSCIENZA IN TERAPIA INTENSIVA

Il dolore è considerato uno dei cinque parametri vitali che l'infermiere deve rilevare per una presa in carico completa di un paziente, costituisce inoltre un ulteriore "campanello d'allarme", che ci segnala una situazione di stress, che il soggetto prova in quel determinato momento. Gli esperti sono d'accordo sul fatto che il miglior metodo di valutazione dell'intensità del dolore sia ciò che il paziente riferisce, cioè il "self-report". Kathleen Puntillo, una delle massime esperte mondiali delle tematiche riguardanti la classificazione del dolore, sostiene, in un suo studio pubblicato sulla rivista *Chest* nel 2009, che bisogna mettere a disposizione del paziente strumenti che possano permettere di individuare e descrivere l'intensità del dolore provato, in modo che questo possa essere monitorato dagli operatori e considerato un dato oggettivabile. Appare quindi evidente come l'autovalutazione del paziente sia l'indicatore più attendibile di intensità del dolore. Per far fronte alla necessità di quantificare oggettivamente il dolore e garantire una migliore presa in carico del paziente sono state sviluppate le scale di valutazione del dolore, che vengono utilizzate dai clinici durante la loro attività lavorativa. Queste sono: la Scala Analogica Visiva (VAS), la Scala Numerica Non Verbale (NRS), la Scala Verbale di Valutazione (VRS), la Scala delle Espressioni Facciali o Scala di Bieri. Esse però si basano su domande, che vengono formulate dai clinici e che richiedono una risposta da parte del paziente. Com'è possibile, allora, valutare il dolore dei pazienti critici di terapia intensiva, impossibilitati nella comunicazione per vari motivi quali l'intubazione endotracheale, il ridotto livello di coscienza, le restrizioni, la sedazione farmacologica e la somministrazione di farmaci paralizzanti? Gli infermieri di queste Unità Operative, il più delle volte, tendono a



Nicola Covelli U.O. Ematologia-Trapianto Midollo Osseo
IRCCS San Raffaele di Milano

“Trovarsi soli, al cospetto di una persona che è impossibilitata a comunicare nella maniera a cui siamo abituati, getta l'operatore in una sorta di sconcertante disorientamento.”

sottovalutare il dolore che il proprio assistito prova durante le manovre invasive e non, oppure confondono il concetto di sedazione con il quello di analgesia. Con il termine *sedazione* intendiamo una *condizione in cui un soggetto, sottoposto a terapia farmacologica tale da indurre lieve depressione del sistema nervoso centrale e diminuita eccitabilità, è meno reattivo agli stimoli esterni, benché continui a essere sveglio e cosciente*. Nel caso, però, dei pazienti di Terapia Intensiva gravemente compromessi, si parlerà di sedazione ma di sedazione profonda (incosciente) con la quale intendiamo uno *stato medicalmente controllato di depressione della coscienza o di incoscienza da cui il paziente non è facilmente risvegliabile. Può essere accompagnata da parziale o completa perdita dei riflessi protettivi e includere l'incapacità del paziente di mantenere la pervietà delle vie aeree autonomamente*. In entrambe le definizioni appare evidente che non si parli affatto di analgesia o di privazione del dolore, quindi non è assolutamente deducibile che il paziente, pur essendo sedato ed incosciente, non provi dolore. Argomento di questo elaborato di tesi è stato ricercare nella letteratura mondiale alcuni strumenti da utilizzare per la valutazione del dolore in questo tipo di pazienti. Trovarsi soli, al cospetto di una persona che è impossibilitata a comunicare nella maniera a cui siamo abituati, getta l'operatore in una sorta di sconcertante disorientamento. La sensibilità personale e un certo livello di esperienza possono far affrontare il dubbio che il paziente di cui ci stiamo prendendo carico provi sensazioni

spiacevoli, anche per il solo fatto della postura obbligata, non sempre corrispondente a quella preferita. Dai risultati sono emerse tre scale di valutazione: la BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS), la BEHAVIORAL PAIN SCALE – NON INTUBATED (BPS-NI) e la CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT). Questi strumenti si basano sull'osservazione di alcuni "indicatori di comportamento" come i movimenti, le espressioni facciali e la postura che i pazienti ricoverati in Terapia intensiva assumono, a riposo e durante le manovre a cui vengono sottoposti dagli operatori. Ulteriore indicatore è la compliance del paziente con la ventilazione meccanica. Si potrebbero, facilmente valutare, durante l'assistenza infermieristica quotidiana, senza la necessità, quindi, di effettuare apposite e ulteriori stimolazioni. Al termine di questo lavoro di studio, appare evidente come il problema della valutazione del dolore nei pazienti sedati e privi di coscienza in Terapia Intensiva, sia un argomento che negli ultimi dieci anni ha avuto un notevole sviluppo. Si è potuto ricostruire una sorta di cronologia degli strumenti di valutazione per questi pazienti. Si parte dalla scala BPS di Payen, per poi proseguire con lo sviluppo successivo della BPS-NI di Chanques. In ultimo si arriva allo sviluppo della CPOT che racchiude in essa le altre due scale; possiamo quindi affermare che una scala sia figlia dell'altra. Tutti questi strumenti si sono verificati validi ed affidabili ma da denunciare è come la letteratura mondiale sia alquanto povera su questo

argomento e come, vista l'importanza della valutazione del dolore, sia necessaria una continua ricerca ed un continuo sviluppo di ulteriori strumenti di valutazione, atti ad affinare quelli fin ad ora elaborati.

La scala che risulta più completa ed affidabile e che quindi potrebbe essere adottata più agevolmente nel contesto italiano, è la Clinical-care Pain Observation Tool, in quanto è l'ultimo strumento sviluppato e quindi racchiude in sé gli altri al suo interno. Basti osservare come la CPOT ponga come ultimo indicatore la Compliance con la ventilazione meccanica o la vocalizzazione, andando a fondere la BPS e la successiva BPS-NI.

Inoltre gli indicatori della CPOT prevedono un punteggio da 0 a 2, differenziandosi dalla BPS che va da 1 a 4. Si auspica quindi che vengano intrapresi studi, anche a livello nazionale, atti a testare l'utilizzo e la validità di questi strumenti su campioni numericamente estesi, anche perchè Puntillo nel 2002 affermava già che l'utilizzo quotidiano delle scale per la valutazione e registrazione del dolore è strettamente associato a maggiori livelli di pain management che indica l'effetto positivo sulla gestione del dolore ottenuto dal sistematico utilizzo di uno strumento per la sua valutazione.

Come conseguenza, attraverso un buon controllo del dolore, potremmo incidere sull'outcome dei pazienti, riducendo i tempi di ventilazione meccanica e i tassi di infezione nosocomiale, oltre a naturalmente migliorare il benessere dei nostri assistiti.



IL BIMESTRALE DEL COLLEGIO IPASVI DELLA PROVINCIA DI BARI E BAT, INVIATO IN ABBONAMENTO POSTALE, HA TAGLIATO IL TRAGUARDO DELLE OLTRE 10.000 COPIE





L'INFERMIERE E LA FIBROSI CISTICA

Carmela
MARSEGLIA



Ida
MILELLA



La fibrosi cistica (FC) o “mucoviscidosi” è una malattia (Tab.1) congenita, cronica, evolutiva, il cui difetto di base consiste nella produzione di una proteina alterata chiamata CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator) localizzata nella membrana apicale delle cellule degli epitelii; la sua funzione è quella

di regolare gli scambi idroelettrolitici. All'alterazione della proteina consegue un'anomalia del trasporto di sali che determina principalmente una produzione di secrezioni per così dire “disidratate”: il sudore è molto ricco in sodio e cloro, il muco è denso e vischioso e tende a ostruire i dotti nei quali viene a trovarsi. La malattia coinvolge numerosi organi e apparati: quello respiratorio, dalle prime vie aeree al tessuto polmonare; il pancreas, nella produzione di enzimi digestivi; il fegato, l'intestino e l'apparato riproduttivo, soprattutto nei maschi. La malattia può manifestarsi precocemente, in età neonatale o nelle prime settimane o mesi di vita, con gravità diversa. Più raramente la malattia può evidenziar-

si nell'età adolescenziale o adulta con quadri clinici meno gravi. In Puglia, il “Centro Regionale Pugliese Specializzato di Riferimento per la Fibrosi Cistica”*, accoglie le famiglie e i piccoli sin dall'esordio della malattia e segue la persona affetta da FC nel corso di tutta la sua vita, pertanto, le infermiere del centro (il centro di Bari è avvantaggiato per la presenza di infermiere pediatriche) debbono conoscere a fondo alcuni aspetti importanti quali: empatia e gestione comunicativa-relazionale. Nei momenti immediatamente successivi alla comunicazione della diagnosi di fibrosi cistica, l'infermiera è la figura sanitaria che da quel momento passerà la maggior parte del tempo con il bambino e la sua famiglia e avrà un rapporto continuativo con essi garantendo loro una relazione d'aiuto. Determinante è combinare gli aspetti negativi legati alla patologia con gli aspetti positivi e con le potenzialità del bambino: bisogna cercare di mettere in luce l'individualità del bambino, trasmettendo così ai genitori le potenzialità del loro figlio e le caratteristiche che lo rendono quel bambino, E non uguale ad un altro. E' indispensabile che il processo che l'infermiera intende mettere in atto, venga chiaramente socializzato e condiviso con l'équipe curante per consentire a ciascun operatore sanitario di:

- conoscere la tipicità e specificità degli interventi infermieristici;
- individuare le modalità organizzative per ottimizzare i risultati e gli obiettivi assistenziali.

Ci sono degli obiettivi da cui non si può prescindere, perché informare, educare e sostenere sono parte integrante della propria pro-



fessione come evidenziato nel codice deontologico dell'infermiere:

- Art. 20 "l'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte"
- Art.23 "l'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita"

È importante soprattutto sostenere emotivamente la diade MAMMA/BAMBINO favorendo il contatto fisico, visivo, l'allattamento al seno e ogni forma di relazione tra le due figure. In questa fase il ruolo dell'infermiera è fondamentale perché nel bambino piccolo (0-3 anni) non c'è ancora una consapevolezza della malattia ed è proprio attraverso il rapporto con la mamma che si svilupperà il vissuto rispetto a essa. La mamma diviene per il bambino contenitore di ansie, disagi e paure, quindi più la mamma vivrà serenamente questo momento e meno il bambino ne risentirà nel suo percorso di crescita. Il bambino sarà in grado di affrontare le proprie esperienze, anche di dolore, proprio attraverso la relazione con la madre. I genitori hanno, o ritengono di avere, un "canale privilegiato" con il personale infermieristico che appare loro più accessibile e "vicino". L'efficacia del rapporto umano che si stabilisce spesso tra bambino/famiglia e infermiere fa sentire i primi "sostenuti" e "accolti". Non ci sono protocolli o linee guida da poter seguire per affiancare le famiglie in questi momenti, ma il proprio vissuto, la formazione e la professionalità portano gli infermieri a dare le risposte più idonee. È fondamentale che l'infermiere sia in grado di leggere e interpretare correttamente alcuni comportamenti o parole della coppia genitoriale:

- Corretto: "A quella mamma abbiamo già ripetuto più volte come deve fare... ma glielo dobbiamo spiegare ancora, la sua mente è satura di preoccupazioni, non

c'è lucidità e spazio mentale per nuove cose..."

- Sbagliato: "A quella mamma abbiamo già ripetuto più volte come deve fare... ma non capisce niente e non vuole accettare la realtà ..."
- Corretto: " Quel papà è sempre arrabbiato, la sua è una reazione dovuta a una rabbia profonda, io in quel momento sono solo il suo capro espiatorio..."
- Sbagliato: "Quel papà è sempre arrabbiato, c'è l'ha con me!" Molti autori assimilano il vissuto di una comunicazione di diagnosi al vissuto d'un lutto e come tale la sua elaborazione passa attraverso una serie di fasi:
- Negazione: "...non è vero, c'è un errore, si sono sbagliati, meglio andare da un'altra parte..."
- Chiusura: desiderio di rimanere soli nel proprio disagio, distacco da amici e parenti.
- Rabbia: verso i medici che hanno comunicato la diagnosi, verso se stessi, verso il coniuge perché responsabile della malattia e a volte anche verso il bambino stesso che non è ciò che doveva essere.
- Senso di colpa: perché la fibrosi cistica è una malattia genetica trasmessa da entrambi i genitori.
- Depressione: contatto con il dolore e la tristezza; non riuscire a vedere una via d'uscita.

- Accettazione: avvicinamento alla malattia, convivenza con essa, contrattazione interna con limiti e risorse che la situazione rappresenta. Ovviamente ci sono delle differenze fondamentali rispetto alle fasi del lutto:

**"In Puglia, il Centro Regionale
Pugliese Specializzato di Riferimento
per la Fibrosi Cistica, accoglie le
famiglie e i piccoli sin dall'esordio della
malattia
e segue la persona affetta da FC
nel corso di tutta la sua vita"**

non si è perso realmente qualcuno, si è perso il desiderio di un bambino sano, non c'è un cadavere su cui piangere, al posto del bambino sano atteso per nove mesi c'è un altro bambino, reale e presente, con i suoi bisogni e la sua malattia! Questo "percorso" di elaborazione e accettazione dura in media un anno dalla prima comunicazione di diagnosi. Durante questo periodo sono molto spesso gli



infermieri a confrontarsi con i genitori durante le varie fasi ed è in questi momenti di confronto fondamentale che occorre attuare quei processi di contenimento e fornire le risposte giuste ed appropriate.

L'infermiere spesso è quel "qualcuno" che si prende carico di loro, li incoraggia e li motiva al proseguire del loro percorso.

È un processo lungo e graduale dove la prima comunicazione è solo la partenza e dove anche il bambino (quando l'età lo permette) deve diventare interlocutore privilegiato. Il bambi-

no intorno ai tre-quattro anni inizia ad avere maggiore consapevolezza e maggiore percezione del proprio corpo, incomincia ad essere sensibile alle spiegazioni che gli vengono offerte sulla necessità delle visite, delle terapie o dei ricoveri. Esso deve essere messo al corrente del suo stato di salute, evitando così il rischio che possa vivere la malattia come una colpa e le terapie come maltrattamenti o punizioni.

Il non sapere, per il bambino, è fonte di ansia

e può facilitare fantasie paurose.

Anche in queste fasi il ruolo dell'infermiera è fondamentale, importante è infatti spiega-

re sempre al bambino cosa si farà, mai ingannarlo e mai delegare completamente alla famiglia ogni spiegazione. Questo non significa dare spiegazioni scientifiche, ma utilizzare un linguaggio adatto all'età del bambino facendogli capire cosa sta accadendo. Creare con lui un rapporto di fiducia!

Occorre considerare i "sentimenti" dei genitori, del bambino e degli operatori, come una risorsa piuttosto che un problema, imparando a "coltivarli" come una preziosa, indispensabile ricchezza

nelle situazioni del prendersi cura:

"Se qualcuno è disposto ad ascoltare le lacrime della madre, quello sarà anche il momento in cui la madre sarà in grado di ascoltare il pianto del suo bambino"

(Selma Fraiberg)

*Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico - Bari - Direttore Prof. Lucio Armenio - Responsabile Dott. Antonio Manca

Tab. 1 Diagnosi Fibrosi Cistica

La diagnosi di FC allo stato attuale delle conoscenze può essere sospettata e formulata in presenza di:

- Uno o più sintomi evocativi o compatibili con la malattia.

oppure

- Diagnosi di FC accertata in un fratello o in un parente consanguineo.

oppure

- Screening neonatale per la FC positivo.

E di almeno:

- Test del sudore positivo.

oppure

- Presenza di due mutazioni associate a FC.

oppure

- Differenza dei potenziali nasali positivi.

BIBLIOGRAFIA

- Artioli G., Montanari R., Saffioti A., Counselling e professione infermieristica, 2004.
- Bert G., Quadrino S., L'arte di comunicare, 2005.
- Buckman R., La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi, 2003.
- Codice deontologico dell'infermiere, Testo approvato dal Comitato centrale della Federazione IPASVI. 2009.
- Jankovic M., Come parlare ai bambini della loro malattia. Prospettive in pediatria, 1999.
- Mantegazza R., Impazienti di crescere. I bambini in ospedale: ricerche e riflessioni, 2005.
- Restrepo L.C., Il diritto alla tenerezza, 2007 situato c/o Unità Operativa "Salvatore Maggiore".



SPECCHI INVERSI

Francesco
UCCELLI



24

...Entro in servizio, e come ogni notte arrivo col mio solito anticipo; indosso le scarpe nuove che mi ha regalato mia moglie. Mentre entro in reparto mi accorgo all'ultimo momento che stanno sbarellando un "nuovo ricovero", è messo male...

...entro per la prima volta in una terapia intensiva a bordo di una barella, il mio viso è coperto da una maschera che mi da ossigeno, il mio respiro è difficoltoso, gente vestita di verde mi circonda, mi osserva, mi studia. Ho paura, vedo sangue scendere lungo il mio viso. Ma cosa mi è successo? non ricordo più nulla...

...Indosso quella divisa verde che mi sta sempre più stretta... mi sto impoltronendo sempre più, ricordo i primi giorni qui dentro, ero agile, pronto a tutto, disposto a rimanere a disposizione fino a tardi, rinunciando anche alla cena pur di imparare. Ci stavo veramente bene, ed ora invece, dopo tanti anni qui, poco a poco non riesco più a vedermi le punte degli zoccoli...

...sono nudo, mi hanno tolto tutto, la collana

che mi ha regalato la mia Gloria per il compleanno, la mia fede nuziale, i miei vestiti, la mia dignità...

...Il reparto è tranquillo, prendo le consegne dal mio collega ed amico di tante partite a golf. E' da tanto che non ne facciamo una. Visito i pazienti, dopo aver stabilizzato l'ultimo arrivato, guardo con cura gli esami e le radiografie; la serata si prospetta tranquilla, sembra proprio uno di quei turni di notte da ricordare, ormai non ne capitano quasi più così. Mi accomodo quindi nella stanza relax, e mi faccio traghettare nel mio viaggio di notte da un televisore che non trasmette mai niente di interessante, sono solo rumori e luci che rimbombano e si riflettono su di me mentre col telecomando continuo a cercare qualcosa che non so, il mio corpo è seduto in quella poltrona ma la mia mente è lì tra i miei malati...

...aiuto... mi sento inebetito dai farmaci, resto ad occhi chiusi, non ho più la forza di aprirli, ma rimango in ascolto, vigile ad ogni minimo rumore, ogni parola mi ferisce, mi allarma, mi impaurisce. Sento un allarme squillante rimbombare nella stanza, ho paura possa essere il preannunciarsi di qualcosa che peggiori la mia situazione già di per sé critica.

...Quel telefono stasera non smette di squillare, cercano urgentemente un posto letto per



un paziente grave, ma stasera la nostra nave viaggia "a pieno carico"... ci si ferma un attimo con i miei infermieri vicino al paziente appena arrivato, è sedato, non ci sentirà nemmeno. Mi confido con Giulio, l'infermiere più anziano, mi ha visto crescere in questo reparto, da quando ero uno giovane specializzando fino ad oggi. Gli racconto della mia storia con la sua collega, quella che ha cambiato reparto qualche mese fa... Nessuno ancora sa che aspetta un figlio da me. Solo lui. Forse.



...hanno dovuto infilarmi un tubo ch  mi aiuti a respirare, mi hanno attaccato ad un aggeg-
gio di metallo che soffia aria ed ossigeno, han-
no dovuto sedarmi per far s  che non entrassi
in contrasto con i suoi ritmi, con i suoi soffi
di vita...e mi sento come un palloncino da
gonfiare per il divertimento di qualche bim-
bo... per distrarmi da questo ritmo, costante e
snervante, allungo il mio udito altrove, verso
tutto quello che mi circonda, verso chi mi gira
attorno, alle loro chiacchiere, ascolto i loro di-
scorsi frivoli, le loro preoccupazioni per quel-
lo che gli aspetta fuori a fine nottata, le loro
scappatelle, i loro progetti...

...Ho voglia di mangiare qualcosa di buono,
come un fantasma mi aggiro per le stanze e
per i corridoi della terapia intensiva e rag-
giungo la cucina buia, ormai abbandonata da
voci e sorrisi, manca il profumo dei cibi e il
rumore della moka... e infatti   proprio quello
che cerco... un goccio di caff  per dare un po'
di sapore all'amaro che ho in bocca, un caff 
bello zuccherato per addolcirmi... questi anni
mi han reso rigido, distaccato nei confronti
di chi   su quel letto, malato, ma soprattutto
freddo nei confronti di colei che trovo ogni
giorno nel mio letto... e anche il caff  che
butto gi  adesso   sempre pi  gelido...

...E' notte fonda... ci mancava anche il tele-
fonino a rompere il silenzio di questo tur-
no di guardia a cui mi ci stavo pian piano
abituando. Ma chi  !? Ah, s , mia moglie. Ma
cosa vorr  da me a quest'ora!? Non le basta lo
stress che ogni giorno ci si regala a vicenda.
Anche la notte deve rovinare i miei timpani
con i suoi acuti e i suoi pianti?! Per fortuna
stasera   tranquilla. Forse l'avergli raccontato
del mio nuovo paziente malconco l'ha fatta
ridimensionare dei suoi problemi, dei nostri
problemi...

...ho la bocca secca, vorrei sentire scendere
una goccia d'acqua fresca lungo le mie labbra
fino a dissetarmi o almeno a cancellare per
un attimo quest'arsura che mi sta massacran-
do... ho lo stomaco vuoto, vorrei tanto man-
giare qualcosa... ma cosa!? E come faccio con
questo tubo in bocca?! Posso solo fantasticare
ed immaginarmi disteso sul mio letto matri-
moniale e aprendo gli occhi vedo mia mo-
glie che mi ha preparato per colazione quel
dolce di pera e cioccolato che ci piace tanto
mangiare insieme... mmm... riesco a sentirne
il profumo...

...vorrei rivedere i miei cari, vorrei sentire la
voce di mia moglie che mi sussurra che le
manco, di quanto mi ama, vorrei sentire l'en-
tusiasmo di mia figlia Gloria che gira attorno
a me con la sua bici nuova, vorrei riabbrac-
ciare i miei genitori che non vedo da Natale
scorso, e quasi quasi vorrei stringere la mano
al mio capoufficio e chiedergli scusa per
quell'ultima volta che son uscito dall'ufficio
sbattendo la porta, in fondo eravamo buoni
amici prima che il potere ci allontanasse de-
finitivamente...

...Torno nel letto della mia stanza, il televi-
sore continua a proiettare sulla parete colori,
ormai i suoni son stati cancellati da un ra-
pido gesto sul telecomando. Resto immobile
con gli occhi fissi al soffitto, non ho pensieri
particolari, so solo che vorrei essere altrove,
magari in qualche isola sperduta, senza tutti
questi miei problemi che si son accumulati





anno dopo anno, senza questo lavoro che mi sta consumando sempre di più, senza questa gente che vedo soffrire e morire sotto le mie braccia inermi...

...vorrei stendermi comodo sul mio letto di casa, abbracciato tutto il tempo alla mia giovane moglie e alla mia piccola bimba ed invece son qui disteso su un letto freddo, con delle sbarre che sembrano volermi impedire qualsiasi fuga, qualsiasi mia reazione. Son qui supino e non posso nemmeno girarmi, i miei occhi sono forzatamente puntati verso quel soffitto illuminato come un cielo a mezzogiorno. Finalmente qualche infermiere di buona volontà (o stanco anche lui) ha pensato bene di spegnere tutto... riesco solo ora a rilassarmi sul serio...



qualche ora prima. Per fortuna questa notte di guardia è finita! Adesso mi attende una mattina pesante sì, ma sicuramente mai come quella che passeranno queste povere anime che continuano ad aggrapparsi alla vita fino all'ultimo istante. Vorrei avere la loro forza, vorrei vincere la mia sfida con la vita, come se la sudano loro tutti i giorni, ma mi manca la loro volontà, la loro tenacia...

...pian piano torna la luce del giorno, è passata la mia prima notte qua dentro, chissà quante altre me ne aspettano. Inizio ad avere però meno paura, inizio a prendere confidenza con questo posto, con questa gente, e ancor più con questa mia malattia. Ho

deciso... non voglio perdere questa sfida... voglio uscirne vincitore, per l'amore che sento per mia moglie, per la mia piccola bimba che aspetta il suo papà, ma soprattutto per me stesso.

...Bussano alla porta. E' il collega della mattina. La mia stanchezza mi ha fatto svegliare nella stessa posizione in cui mi ero disteso

...**Notte torna pure, non mi troverai con la guardia abbassata, son pronto a lottare e a vincere!!!**



NASCE L'AILPI

L'associazione si pone vari obiettivi per il miglioramento della propria organizzazione e dei servizi erogati. In particolare:

- Promuovere la formazione professionale dell'infermiere libero professionista in tutte le sue forme ritenute più funzionali al miglioramento ed al puntuale aggiornamento delle proprie capacità;
- Svolgere attività di sensibilizzazione e diffusione della cultura infermieristica libero professionale in Italia, anche con altre associazioni professionali nazionali e straniere, pubbliche e private;
- Sviluppare la professione, favorendone l'aggiornamento e la presentazione in tutti gli ambiti che, a livello nazionale e internazionale, ne sostengono lo sviluppo e la crescita;
- Favorire l'attività scientifica e divulgativa della libera professione infermieristica, per mezzo della pubblicazione di testi e di riviste specializzate, che contengano con la promozione di proposte, progetti, ricerche relative all'area infermieristica, nonché congressi, seminari, giornate di studi, progetti di formazione a distanza;
- Ricercare forme di collaborazione con le rappresentanze professionali;
- Divulgare la cultura previdenziale in sinergia con ENPAPI.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Idolo **CAVAGGION**

■ I conti della Sanità

I disavanzi delle spese della Sanità italiana sono in crescendo dal 2003. Secondo un'indagine de "Il Sole 24 Ore", assommano a 25.177.390 euro, con il Lazio come regione più indebitata, seguita dalla Campania, Sicilia e Puglia, quest'ultima con poco più di un milione di euro di deficit fino al 2008. Le stime per il 2009 parlano di un bilancio in rosso di 3,4 miliardi di euro, dei quali quasi 300mila solo in Puglia (ma per molti è invece intorno al milione di euro). Con il federalismo fiscale, per ripianare questi deficit di bilancio, i cittadini dovranno mettere "mani al proprio portafoglio". Per la cronaca, otto le Regioni con i conti a posto: Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia, Province autonome di Trento e Bolzano, Toscana, Umbria e Marche.

■ Spesa sanitaria pugliese

Nella nostra regione la spesa sanitaria si aggira sui 7 miliardi di euro, cifra che supera di gran lunga la media nazionale. Di Tali 7 miliardi di euro, secondo alcune stime, dal 25 al 30% è impegnato in pratiche di intermediazione, non sempre di natura illegale. Al 31 dicembre scorso la ASL BA risulta la più indebitata con circa 846 milioni di euro di disavanzo e con un trend in aumento nei primi mesi del 2010.

■ I provvedimenti della Giunta regionale

Nella seduta del 25 marzo scorso, la Giunta regionale ha dato mandato all'Azienda Policlinico di Bari di istituire presso il pediatrico "Giovanni XXIII" il "Centro di riferimento regionale per le cure palliative pediatriche". Nella stessa seduta è stata deliberata l'istituzione del "Gruppo di studio sull'emergenza-urgenza sanitaria". Nella seduta del 1° aprile scorso, sempre la Giunta regionale pugliese, ha disposto di impegnare sul bilancio di previsione la somma di 2 milioni di euro, da destinare agli assegni di cura in favore dei pazienti affetti da SLA, in condizioni di grave non autosufficienza.

■ Fisiokinesiterapia in Puglia

Per rispondere alle proteste suscitate dall'entrata in vigore dell'art. 29 della Legge regionale n. 4/2010

(la legge cosiddetta "Omnibus"), che non contempla più le prestazioni di fisiocinesiterapia a carico del SSR, l'assessore regionale alle Politiche della Salute, Tommaso Fiore, ha precisato: "Si tratta di prestazioni (laserterapia antalgica, elettroterapia antalgica TENS, elettroterapia antalgica diadina-mica e ultrasuonoterapia) di dubbia utilità se non addirittura inutili, in quanto prive di consolidate evidenze scientifiche, che hanno consentito profitti per milioni di euro, in favore di pochi erogatori privati della Regione".

■ I voti alla sanità pugliese

Il progetto SIVEAS (Sistema nazionale di verifica e controllo) del Ministero della Sanità ha messo sotto osservazione le regioni in tema di assistenza ospedaliera, distrettuale, farmaceutica e di prevenzione. Fra le cinque peggiori, come performance, di tutte le aziende ospedaliere e Asl italiane vi sono quelle pugliesi, per alto tasso di ospedalizzazione, alta percentuale di parti cesarei, fratture di femore non operate entro 2 giorni, ricoveri ospedalieri inappropriati o per Bpc. Ospedali pubblici e Asl più virtuosi (fatto che non fa più notizia) sono quasi tutti in Regioni del Nord Italia. Il giudizio complessivo è che la sanità pugliese è in deficit finanziario ma anche in gestione delle cure e dunque della tutela del diritto alla salute. (*dati de "Il Sole 24 Ore"*)

■ Infermieri: crescono gli immigrati

L'offerta è sempre inferiore alla domanda, specie nelle regioni del Nord, e dunque cresce l'immigrazione di infermieri da Paesi comunitari ed extracomunitari. Alla fine del 2008, negli elenchi dei Collegi IPASVI risultavano iscritti 34.043 infermieri stranieri, oltre il 28% di quelli italiani. In Lombardia, dove le strutture private sono numerose, sono un terzo del totale, mentre in Piemonte, dove prevale il pubblico, sono il 12%. Sei infermieri stranieri su 20 sono comunitari e in ordine di prevalenza sono i rumeni i più numerosi, seguiti dai polacchi, svizzeri e tedeschi. Gli extraeuropei più numerosi sono i peruviani con 1766 iscritti ai Collegi. (*da indagine della Caritas/Migrantes*)

a cura di
Loredana
CAPPELLI

C
O
R
S
I
E
C
O
N
V
E
G
N
I

■ **LEADERSHIP E GESTIONE
RISORSE UMANE**

Bari, 3-4-25 settembre 2010

INFO: Riforma

Tel: 3282075455

e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **RISCHIO CLINICO E
RESPONSABILITA' PROFESSIONALE**

Bari, 21-22 settembre, 7 ottobre 2010

INFO: Riforma

Tel: 3282075455

e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **VI CONVEGNO DI TOSSICOLOGIA
CLINICA: AUTOLESIONISMO E
LESIONISMO IN TOSSICOLOGIA
CLINICA E FORENSE**

Foggia, 26-27 ottobre 2010

INFO: Promoter in Eventi

Tel: 0882242151

Fax: 0882242151

e-mail: promoter_in@libero.it

■ **CORSO TEORICO PRATICO DI
RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA**

Rodi Garganico, 10-11 settembre 2010

INFO: Franchino Giuseppe

Tel: 0809674322

Fax: 08021433891

e-mail: franchino@rehablab.it

■ **I° CONGRESSO REGIONALE
DI CHIRURGIA D'URGENZA
E CHIRURGIA PLASTICA DEL TRAUMA**

INFO: Bloom Events

Cerignola, 16-17 settembre 2010

Tel: 0881778931 Fax: 08811778931

e-mail: info@bloomevents.it

■ **LIFE RHYTHM**

Bari, 23-24-25 settembre 2010

INFO: Intermeeting

Tel: 080548200

Fax: 0805529862

e-mail: infoba@intermeeting.org

■ **L'APPROPRIATEZZA IN MEDICINA
DI LABORATORIO: DAL QUESITO
DIAGNOSTICO AGLI OUTCOME**

Castellana Grotte, dal 12 ottobre

al 16 novembre 2010

INFO: Giorgio Elisabetta

Tel: 0804965312 Fax: 0804994502

e-mail: segreteria@fondazionepronovo.it

■ **LA CURA DELLE RELAZIONI
CONSELING ED EMPATIA:
IL VALORE AGGIUNTO
NELLE PROFESSIONI DI AIUTO**

INFO: Centro Studi Pasaaro

Tel: 0803054652

Fax: 080761822

e-mail: ecm.miulli@libero.it

■ **CLINICA, FORMAZIONE, TEORIA**

Vieste, 11-12 settembre 2010

INFO: De Marchi Marco

Tel: 0270636457 Fax: 022666430

e-mail: rt.italia.srl@gmail.com

■ **LA COMPLESSITÀ
CLINICA IN GERIATRIA**

Monte S. Angelo, 17-18 settembre 2010

INFO: Idea Doc sas

Tel. 0884588488 - Fax: 0884588998

e-mail: ideadocdv@virgilio.it

■ **XVI CORSO DI AGGIORNAMENTO
INTERREGIONALE PER
IL PERSONALE INFERMIERISTICO
E TECNICO DI DIALISI**

Noicattaro, 24-25 settembre 2010

INFO: Intermeeting

Tel: 0805482005 Fax: 0805529862

e-mail: infoba@intermeeting.org

■ **IMPLICAZIONI DEL FEDERALISMO
NEL PROCESSO ASSISTENZIALE**

Terrasini, 5-7 settembre 2010

INFO: Collegio IPASVI di Palermo

tel. 091320127 / fax 091331266

palermo@ipasvi.it - www.ipasvipa.it

