

# Filodiretto

1/2  
numero

Anno XXXIII/ numero 1/2 gennaio/aprile 2015 / 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

## CHE COSA CI VIENE

## IN TASCA?



in evidenza

**EDITORIALE**

**Che cosa porta  
nelle tasche  
degli infermieri**

**PRIMO  
PIANO**

**L'infermiere  
(incompiuto) nelle  
nuove aree professionali**

**IN  
FORMAZIONE**

**Cadute  
in ospedale**



**IPASVI**



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane  
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici  
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e  
Barletta-Andria-Trani  
Anno XXXIII - N° 1/2 gennaio/aprile 2015  
Spedizione in A.P.  
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.  
Iscritto nel registro nazionale della stampa P. 399/199



Questo periodico è associato alla  
Unione Stampa Periodica Italiana

# Filodiretto

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

## Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra, 42 - 70124 Bari - T. 080 91 47070 - F. 080 54 27 413  
redazionefilodiretto@libero.it - bari@ipasvi.legalmail.it

## Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)  
T. 080 337 50 34 - www.editricelimmagine.it  
Finito di stampare il 31 marzo 2015

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

## Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

## Comitato di redazione

Caterina Adriana, Biagio Augello, Loredana Cappelli, Pasqualina Caramuscio,  
Rosa Cipri, Maria Custode, Vincenza Anna Fusco, Elena Guglielmi, Antonio  
Leuci, Altomare Locantore, Savino Lombardi, Vanessa Manghisi, Savino  
Petruzzelli

## Comitato di esperti

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

## Coordinamento di Redazione

Salvatore Petrarolo

## Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

## Hanno collaborato

Michele Calabrese, Maria Cassano, Elena Chiefa, Beatrice De Benedetto,  
Michele Fighera, Giovanni Filannino, Vincenzo Inglese, Pasquale Lacasella, Valeria  
Liso, Annamaria Martellotta, Antonio Mirro, Giuseppe Papagni, Marianna Sette,  
Concetta Tassielli.

Foto/Immagine di Raffaele Recchia

## FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico del Collegio IPASVI di Bari, utilizzato dai Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo deve essere inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: [redazionefilodiretto@libero.it](mailto:redazionefilodiretto@libero.it). Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/9147070. Per l'invio tramite posta ordinaria, è necessario allegare alla versione cartacea il formato digitale su CD-Rom. Responsabilità: L'Autore è responsabile dei contenuti dell'articolo. Quando il contenuto dell'articolo esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente nel quale l'Autore lavora, o quando l'Autore parla a nome dell'Ente, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili dell'Ente. Le opinioni espresse dall'Autore così come eventuali errori non impegnano la responsabilità del periodico. L'Autore è tenuto a dichiarare: che l'articolo proposto per la pubblicazione è inedito e non è già stato pubblicato e/o proposto contemporaneamente ad altre riviste per la pubblicazione; l'autenticità ed originalità dell'articolo inviato; l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo proposto; eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo.

numero **1/2**

## EDITORIALE

**3 CHE COSA PORTA NELLE TASCHE DEGLI INFERMIERI**  
Saverio Andreula

## PRIMO PIANO

**5 L'INFERMIERE (INCOMPIUTO) NELLE NUOVE AREE PROFESSIONALI**  
Salvatore Petrarolo

## IN PUGLIA

**7 L'INFERMIERE CARE MANAGER**  
Maria Custode

**8 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E SANITÀ DIGITALE**  
Giuseppe Marangelli

**10 LOTTA ALLA DISOCCUPAZIONE GIOVANILE**  
a cura del Consiglio Direttivo

## PROFESSIONE IN AZIONE

**12 DOTAZIONI ORGANICHE**  
Michele Calabrese

**14 INVECCHIAMENTO E LAVORO**  
Vincenzo Inglese, Michele Fighera

**16 MEDICINA SCOLASTICA**  
Marianna Sette

**17 L'INFERMIERISTICA NELLA DEMENZA SENILE**  
Pasquale Lacasella

## RICERCA INFERMIERISTICA

**19 LA SICUREZZA DEI PAZIENTI TRA QUALITÀ E RISORSE**  
Valeria Liso, Maria Cassano

## IN FORMAZIONE

**21 CENTRO DI RIABILITAZIONE ENTEROSTOMALE D'ECCELLENZA**  
Antonio Mirro, Concetta Tassielli

**23 PREVENZIONE ALIMENTARE DELLE RECIDIVE**  
Giovanni Filannino, Beatrice Dibenedetto

**25 OSPEDALI INGLESI PIÙ SICURI CON PIÙ INFERMIERI**  
Giuseppe Papagni

**27 IL FUTURO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA**  
Elena Guglielmi

**29 CADUTE IN OSPEDALE**  
Annamaria Martellotta, Elena Chiefa

## INSERTO 1/2

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

**PILLOLE D'INFORMAZIONE**  
Pasquale Nicola Bianco

**CORSI E CONVEGNI**  
Loredana Cappelli



# CHE COSA PORTA NELLE TASCHE DEGLI INFERMIERI

Il “comma 566” della legge di stabilità

Saverio  
ANDREULA



*Correva l'anno 2012 quando il Ministero della Salute e la Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni, istituirono un “tavolo tecnico” cui fu assegnato il compito di implementare*

*una proposta per riformare le competenze dei profili professionali sanitari, iniziando dagli Infermieri. Quotidiano sanità, una rivista di settore, esattamente il 12 aprile dello stesso anno 2012, pubblicava un'interessante redazionale dal titolo: “Anteprima. Infermieri: avranno più competenze e autonomia”. L'articolo, corredato da precisi dettagli sulla revisione delle aree di competenze specialistiche degli Infermieri, tracciava il percorso tecnico-giuridico del provvedimento specificando, tra l'altro, le declinazioni possibili a beneficio della qualità prestazionale dell'attività infermieristica resa al servizio dei cittadini. Interessante e prospettica, nell'articolo in esame, la valutazione della redazione di q.s. riguardo alcune opportunità che il provvedimento offrirebbe a beneficio degli Infermieri: omissis... un sistema di flessibile dinamicità che esclude ingessature organizzative, nelle progressioni di carriera, favorendo meccanismi di valorizzazione*

*professionale...omissis. Corre l'anno 2015 e la proposta di ridefinizione dei profili delle professioni sanitarie, licenziata dal “tavolo tecnico” dopo estenuanti approfondimenti, e “prese di posizioni”, si sostanzia in una proposta di accordo ai sensi dell'art. 4 del d. lgs. n. 281/1997 tra le Regioni e lo Stato. La “Bozza di accordo”, più volte annunciata in dirittura d'arrivo all'ordine del giorno della Conferenza Stato-Regioni, ancora oggi è “parcheggiata” nelle segrete dei ministeri competenti (Salute, MIUR e MEF) con le “quattro frecce accese”. Tanto perché, magicamente e magistralmente, il Governo tira fuori dal cilindro magico il “comma 566” all'interno della legge di stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190) riuscendo nell'intento di rimescolare il tutto per riaprire la “stucchevole disputa” sui rispettivi ruoli e aree di competenza, tra i Medici e gli Infermieri. Il testo del “comma 566” ripreso nel riquadro, con le sue indicazioni testuali, per quanto si deduce da >>*

## IL COMMA 566 DELLA LEGGE DI STABILITÀ (legge 23 dicembre 2014, n. 190)

*Leggiamolo insieme: “Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.*



numerosi commenti postati da personalità del mondo infermieristico, medico e accademico, è diventato ormai ai più, un lessico incomprensibile, sin dalla prima stesura, per una serie interminabili di ragioni. La “guerra” delle competenze, scatenata dalla bozza di accordo, e ritenuta “positivamente superata”, secondo la voce di alcuni tecnici del Ministero della salute, alla luce dei nuovi capitoli aperti subdolamente dal comma 566, riprende e promette “epiche battaglie” il cui esito, a mio avviso, è scontato. Gli Infermieri continueranno a vivere il proprio essere in una sorta di “crisi d’identità” offrendo alla mercé di altre professioni

le valutazioni sulla portata dei contenuti. Provvedimenti che, quindi, dividono anziché aggregare il mondo della rappresentanza professionale infermieristica. Provo a formulare ipotesi riguardo ai cambiamenti che induce nell’attuale ordinamento il “postulato” coordinato (Bozza-comma) non senza avanzare dubbi sugli strumenti giuridici utilizzati, rispetto all’attuale ordinamento che regola la professione sanitaria di Infermiere.

Le novità, sostanzialmente, riguardano:

- La definizione di aree di competenza specialistica (cure primarie, critica ed emergenza urgenza, chirurgica, pediatrica, salute mentale e dipendenze);
- L’attribuzione alle Regioni di competenze nell’ambito della formazione “complementare” e “modulare” specialistica.

Sostanzialmente un *dèjà vu* e una significativa regressione rispetto all’art.6 legge 43/2006 ripreso nel riquadro. La legge in esame è stata magistralmente utilizzata dalle Università per “far cassa” con gli Infermieri implementando di un’infinità di master, mai attualizzata nel CCNL del

comparto sanità; nella normativa concorsuale ed inoltre mai recepita dal nostro ordinamento nell’ambito dell’organizzazione sanitaria. Ai lettori tratto il dado, quindi, non sfuggirà il dato temporale di riferimento sulla genesi del “comma 566” riguardo agli argomenti che tratta rimescolati a seconda delle stagioni della Politica e delle rappresentanze professionali. Almeno si abbia il coraggio di precisare che le tasche

**“Si abbia il coraggio di precisare che le tasche degli Infermieri, a prescindere dalle “intenzioni” del legislatore e dei suoi “benpensanti”, resteranno ancora per molto tempo vuote”**

degli Infermieri, a prescindere dalle “intenzioni” del legislatore e dei suoi “benpensanti”, resteranno ancora per molto tempo vuote. Così pure l’illusione dei cittadini di ogni Regione d’Italia di ricevere

cure infermieristiche specialistiche adeguate ai loro bisogni ed in coerenza con quanto le evidenze scientifiche documentano in tema di assistenza infermieristica. Premesso quanto precede ritengo di poter affermare che la politica si prenda gioco della professione infermieristica. Il “comma 566” è un ulteriore pastrocchio che arricchisce i dubbi già espressi attraverso Filodiretto alla bozza di accordo sulle competenze specialistiche. Tanto crea le condizioni per insinuare nella comunità professionale infermieristica e non solo, dubbi interpretativi sulla portata delle novità che il legislatore avrebbe in animo di introdurre. Sarà vero che l’obiettivo finale è quello di delineare una volta per tutte le competenze avanzate e specialistiche degli infermieri?

Se la risposta è sì, ci si chiede: quando si metterà mano alla necessaria modifica dell’organizzazione sanitaria per rendere funzionali le competenze specialistiche? Quando i CCNL e la normativa concorsuale contempleranno il profilo dello specialista infermiere? Sia chiaro: non è solo una questione di vile denaro.

**LEGGE 43/2006 art. 6**

In conformità all’ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell’articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all’articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue: a) professionisti, b) professionisti coordinatori, c) professionisti specialisti, d) professionisti dirigenti.



# L'INFERMIERE (INCOMPIUTO) NELLE NUOVE AREE PROFESSIONALI

I ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità

Salvatore  
**PETRAROLO**



Un appuntamento tradizionale diventato, con il passare degli anni, occasione per riunire gli stati generali della professione infermieristica. Tre giorni di incontri, dibattiti e confronti, per valutare lo stato di salute (è il caso di dire) della sanità italiana in generale e degli infermieri in particolare. Professione, quella infermieristica, che fatica, ancora oggi, a ritagliarsi lo spazio che gli compete non solo e non tanto nelle corsie degli ospedali, ma anche nelle università e nelle aziende sanitarie locali. Una professione di serie B, si sente ripetere spesso, uno stereotipo che gli infermieri stanno provando a cancellare dall'immaginario comune. Per questo l'appuntamento di Pugnochiuso dal 18 al 20 giugno prossimi, oltre a rappresentare un tradizionale momento di incontro tra gli infermieri di tutta Italia, ha assunto nel tempo quella connotazione tipica degli stati generali di una professione. La tre giorni garganica sarà anche quest'anno il momento più qualificato per tracciare lo stato dell'arte, prendendo come inevitabile riferimento le tematiche affrontate nell'ultimo convegno e provando a compiere quel passo in avanti faticoso ma necessario per affrancare la professione infermieristica dagli stereotipi che l'accompagnano da decenni. Non è solo un

auspicio, quello degli organizzatori, ma un impegno per il quale spendere le migliori energie culturali. Certo non si volta lo sguardo di fronte all'amara realtà e per questo è stato scelto il titolo "L'infermiere (incompiuto) nelle nuove aree professionali". Fotografia quanto mai eloquente di cosa dovrebbe essere e non è la professione infermieristica nel mondo sanitario. Si partirà da quella riflessione, nella giornata di giovedì 18 giugno, alle 15,30 per dare il via all'evento di Pugnochiuso. E sarà il presidente del Collegio Ipasvi della provincia di Bari, Saverio Andreola, affiancato dal neo presidente del Collegio Ipasvi della Bat, Michele Ragnatela, ad offrire una prima chiave di lettura sull'infermiere incompiuto, chiamando in causa Regioni e Università nella formazione di base, complementare e specialistica. E se l'Infermiere, nella sua specificità professionale, è possibile definirlo incompiuto, parte del merito (o se si preferisce della colpa) va ascritta a quei cambiamenti attesi e non ancora concretizzati. Sarà questo il tema sul quale si confronteranno, nel corso di una tavola rotonda (in programma dalle 17.00 del 19 giugno). La competenza dei relatori ospiti permetterà di analizzare i cambiamenti attesi dagli infermieri dal punto di osservazione dei Collegi, delle Università e delle Aziende sanitarie. Ad arricchire di riflessioni la prima giornata del convegno di Pugnochiuso, ci sarà anche lo spazio Agorà per mettere a confronto le esperienze su alcuni aspetti della professione infermieristica: direttore delle attività formative, docente di discipline infermieristiche e tutor professionale. Ospiti

18 - 19 - 20 giugno 2015  
 Centro Congressi  
 PUGNOCHIUSO  
 VIESTE (FG)

# L'INFERMIERE (incompiuto)

## NELLE "NUOVE" AREE PROFESSIONALI

I ruoli, le competenze,  
 le relazioni professionali  
 e le responsabilità



**Segreteria organizzativa**  
 E&C  
 congressi  
 Via Gabella, 9  
 80026 Casoria (NA)  
 Tel. 081 198 103 98  
 Fax 081 22 29 259  
 Mob. 349 73 98 399  
 email: segreteria@eventicongressi.net  
 www.eventicongressi.net

**Media partners**  
 TELEVEVA  
 Infermieristica  
 Quotidiano Infermieri  
 Infermieri attivi

del dibattito, che verrà moderato da Salvatore Petrarolo, giornalista di Telesveva saranno personalità del mondo professionale e accademico di numerose realtà italiane. Nel calendario dei lavori della prima giornata del convegno,

quell'accordo sarà il punto di partenza del dibattito sulle nuove aree specialistiche definite in ambito infermieristico. Ad illustrare le aree di intervento previste nell'accordo sulle competenze avanzate degli infermieri sarà Francesco Falli, presidente del Collegio Ipasvi di La Spezia.

Non mancherà il momento Agorà (in programma alle 16,30) per discutere del punto di vista delle associazioni infermieristiche sulle aree specialistiche dell'assistenza. Si confronteranno sul tema numerose associazioni infermieristiche italiane. La seconda giornata avrà i suoi obiettivi formativi incentrati sui contenuti dell'accordo Stato - Regioni. Individuare i punti di forza e debolezza dello stesso, formulare le proposte di miglioramento e individuare le azioni da porre in essere a livello governativo, regionale e nelle aziende sanitarie per una chiara definizione di collaborazione e integrazione, interazione e comunicazione, non trascurando di individuare i ruoli e le responsabilità. Ancor più tecnico sarà il tema della terza giornata del convegno, dedicata alla discussione sul "Comma 566 della legge di stabilità 2014". Norma che tratteggia una figura infermieristica che solleva più di un quesito, perché viene da chiedersi (e la faranno i relatori di giornata) se si tratta di una certezza, di una speranza o di un'illusione. L'ultima giornata sarà dunque di notevole attualità poichè sarà preso in esame, il comma 566 da autorevoli ospiti, tra cui si segnalano Marcello Bozzi, Ivan Cavicchi, Luca Benci, Danilo Massai, rappresentanti della FNOMCEO, della FIMMG. Ospite d'onore la neo eletta presidente della FNC IPASVI Barbara Mangiacavalli invitata. Con l'Agorà di giornata (in programma alle 19) sarà dato spazio al dibattito, mentre la giornata si concluderà alle 21,30 con la premiazione del concorso di ricerca riservato agli studenti del corso di laurea in infermieristica.

*Ti aspettiamo.*

non va dimenticata la presentazione di alcuni elaborati degli studenti partecipanti al concorso di ricerca abbinato all'evento. Tre sono gli obiettivi formativi che accompagneranno la prima giornata dei lavori: approfondire gli ambiti applicativi della bozza Stato - Regioni di sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, il ruolo delle Università e delle Regioni, non trascurando le relazioni professionali e istituzionali; individuare le necessità formative indispensabili per l'adeguamento delle competenze professionali, tenuto conto del contesto di riferimento, delle necessità degli utenti, dello sviluppo scientifico e tecnologico e delle necessità di funzionamento del sistema; fornire conoscenze, infine, relativamente a nuovi possibili scenari nel sistema formativo universitario, con particolare attenzione al ruolo degli infermieri e alle loro prospettive di carriera sia nel sistema universitario che nell'ambito clinico. L'Accordo Stato - Regioni tornerà ad essere tema centrale della seconda giornata di lavori (con inizio alle 15,30). Anzi





# L'INFERMIERE CARE MANAGER

Protagonista delle Cure Primarie

Maria  
CUSTODE



In risposta ad una crisi del sistema sanitario e alla necessità di rivedere le politiche sociali, regionali e nazionali, affinché pensino ad un sistema di governance uniformato e condiviso, biso-

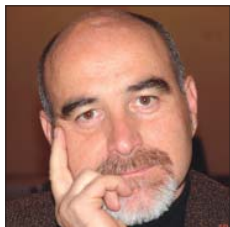
gna pensare e proporre nuovi modelli organizzativi e gestionali in grado di rispondere al cambiamento della domanda di salute e favorire lo sviluppo di un nuovo Sistema Sanitario nel quale le Cure Primarie svolgono un ruolo strategico e assistenziale indispensabile. Alla base di questo cambiamento, non può non esserci una considerazione per quello che riguardano i percorsi formativi, che interessano tutte le professioni sanitarie ed in particolar modo gli Infermieri impegnati nell'assistenza primaria. Esistono, infatti, percorsi universitari con master e corsi di alta formazione finalizzati a sviluppare competenze professionali e capacità di governance tali da poter contribuire a pianificare modelli di gestione delle malattie croniche che sono da considerare patologie ad alta prevalenza e alto impatto socio-sanitario, in modo da ridurre i ricoveri impropri e gestire meglio le acuzie. Questo modello gestionale delle Cure Primarie vede protagonista all'interno dell'equipe un Infermiere con competenze sempre più appropriate e finalizzate ad un'assistenza al paziente cronico sulla base dei principi

del Chronic Care Model. Vediamo, infatti, emergere la figura dell'infermiere Care Manager. Il Care Manager è la figura di riferimento per il paziente e rappresenta colui in grado di gestire in maniera efficace ed efficiente "la presa in carico" del paziente. Per questo motivo si è andata delineando una figura professionale di Infermiere/Care Manager del territorio, che partecipa alla presa in carico del paziente cronico, con autonome competenze in merito alle tecniche del coaching e del supporto motivazionale. È questa la strada avviata dalla Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP). L'obiettivo di fondo è quello di favorire l'integrazione fra il medico di medicina generale e le altre professioni sanitarie ed in particolar modo l'infermiere in risposta alle emergenti esigenze assistenziali che sono sempre più orientate al lavoro in Team inteso come insieme funzionale di figure professionali che si differenziano per competenze ed ambiti di intervento. È dimostrato che l'assistenza primaria ed un approccio preventivo e pro-attivo diretto ai malati cronici determina un miglioramento in termini di esiti e che, inoltre, produce un significativo risparmio di risorse (riducendo il tasso di ospedalizzazione e migliorando l'integrazione con l'assistenza ospedaliera e con quella sociale).

In questo senso il paradigma del "Prendersi Cura" acquisisce una valenza indiscutibile di "Assistenza Infermieristica" nella quale convergono tutte le peculiarità che caratterizzano l'Infermieristica come scienza umana e che conferiscono alla professione un alto senso etico e competenze professionali specifiche.

# FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E SANITÀ DIGITALE STOP&GO

Giuseppe  
**MARANGELLI**



La riorganizzazione della rete assistenziale del Servizio Sanitario pubblico è oggi una priorità per tutte le amministrazioni coinvolte. Infatti, devono conciliare la crescente domanda

di salute con i sempre più stringenti vincoli di bilancio. In questo contesto che vede:

- La chiusura di presidi ospedalieri e/o la loro trasformazione;
- il potenziamento delle cure primarie;
- l'articolazione della rete ospedaliera in hub & spoke.

L'innovazione digitale può avere un ruolo chiave sia nell'evoluzione contemporanea dei modelli assistenziali, sia in quelli organizzativi, come fattore abilitante e decisivo per la loro realizzazione. Per questi motivi, un piano strategico di "sanità elettronica", anche se richiede una quantità significativa di risorse economiche dedicate, può e deve essere implementato. Tali risorse devono essere destinate per supportare l'adozione di piattaforme e soluzioni capaci di sostenere un nuovo modello di Servizio Sanitario basato sui pilastri della continuità assistenziale, del care management, della deospedalizzazione e della piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute. Una precisazione: non è l'innovazione tecnologica di per sé a gene-

rare efficienza ed economia di gestione. Le tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni, rappresentano solo uno strumento attraverso il quale può essere profondamente ridisegnato un modello organizzativo di Servizio Sanitario pubblico. Tale piano straordinario di "sanità elettronica" è un fattore co-evolutivo di modelli organizzativi innovativi e di soluzioni tecnologiche che li sostengono e deve essere parte integrante dei progetti di riorganizzazione in atto. Uno degli elementi principali di detto "piano" è certamente rappresentato dal Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il FSE è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. La differenza fondamentale, rispetto all'attuale situazione, consta nel fatto che il FSE, essendo digitale, è potenzialmente fruibile in qualsiasi momento, da un qualunque device e da un qualunque soggetto abilitato. Inoltre, poiché è on-line, è sostanzialmente aggiornato all'ultimo "episodio clinico" che il cittadino, o chi per lui, ha caricato a sistema. Il FSE, ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente. Ha come obiettivo il fornire ai medici, e più in generale a clinici e professionisti sanitari, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino. Nell'ambito della sanità in rete, la realizzazione del FSE rappresenta un salto culturale di notevole importanza il cui elemento chiave risiede nel





considerare lo stesso, non solo come uno strumento necessario a gestire e supportare i processi operativi, ma anche come fattore abilitante al miglioramento della qualità dei servizi e al contenimento significativo dei costi. È istituito dalle Regioni e Province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di: prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione; studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria. Il FSE deve consentire anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari on-line. Il FSE è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito. Può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale può decidere se e quali dati concernenti la propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo. Inoltre, la consultazione del FSE dovrà poter avvenire con modalità adeguate sia da parte del paziente, che dal personale sanitario strettamente autorizzato, e solo per finalità sanitarie. Le finalità sono perseguite dai soggetti del S.S.N. e dei servizi socio-sanitari regionali che prendono in cura l'assistito. La consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE, può essere realizzata soltanto con il consenso dell'assistito e sempre nel rispetto del segreto professionale, salvo i casi di emergenza sanitaria, secondo modalità individuate a riguardo. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria. Le interfacce, i sistemi e le applicazioni software adottati devono assicurare piena interoperabilità. Inoltre, sono stati stabiliti per legge:

- I contenuti del FSE e del dossier farmaceutico;
- i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione;
- i sistemi di codifica dei dati, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito;
- le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE da parte dei soggetti abilitati;
- la definizione e le relative modalità di

attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato.

Da qualche tempo tutti i sistemi internazionali di health-care stanno riflettendo sul tema del FSE. Da un lato perché è la piattaforma inevitabile di una gestione unitaria del profilo sanitario di ogni cittadino, dall'altro perché implica problematiche di privacy. Anche il nostro Ministero della Salute, a tal proposito, nel novembre 2010 ha emanato apposite linee guida. Le stesse hanno dato una definizione del FSE, evidenziando, che ha come scopo principale quello di agevolare l'assistenza al paziente, offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività d'assistenza e di cura, nel rispetto delle normative per la protezione dei dati personali. In tal senso il documento di sintesi clinica (patient summary), predisposto a cura del medico di medicina generale, svolgerà un ruolo fondamentale per consentire la gestione di tutti gli altri dati che saranno resi disponibili (accertamenti sanitari, relazioni di dimissione ospedaliera, accessi al pronto soccorso, etc.) e che nel tempo andranno accumulandosi nel fascicolo di ciascun cittadino. La costituzione del FSE, richiede il consenso del cittadino. Specifiche norme, inoltre, sono previste per i dati protetti da particolari disposizione di legge. È inoltre previsto che il cittadino possa chiedere di oscurare una parte dei dati e possa anche richiedere l'oscuramento dell'oscuramento, cioè possa, oltre a non rendere evidenti alcuni dati, anche celare che il FSE non comprende alcuni dati. Inoltre, il legislatore ha stabilito che il consenso o il diniego alla donazione degli organi confluisce nel FSE. Accanto a tale Sistema è opportuno ricordare come sia necessaria l'implementazione dei sistemi di anagrafiche (medici, pazienti, etc.) e degli altri sistemi informatici. La sinergia di tutte le componenti, infatti, permette di sfruttare le potenzialità della sanità in rete realizzando un ventaglio di servizi in grado di incidere in maniera significativa sull'efficacia dell'assistenza in termini di appropriatezza clinica e organizzativa oltre che sull'efficienza dei processi.

# LOTTA ALLA DISOCCUPAZIONE GIOVANILE

## Un'opportunità del Collegio IPASVI BAT

a cura del  
**CONSIGLIO DIRETTIVO**



Secondo l'OCSE, in Italia mancano circa 60 mila infermieri e leggendone altre addirittura 150 mila, ma volendo solo prendere in esame la cifra più bassa questa enorme carenza potrebbe essere sanata grazie all'immissione di forze nuove e giovani qualificati, eppure nonostante la carenza sono ben 25 mila i neolaureati in Infermieristica disoccupati.

Il sintomo del precariato si è diffuso anche nelle professioni sanitarie ed in particolar modo in quella infermieristica, vedasi per esempio come dal 2011 sia cresciuto il numero di contratti a tempo determinato o part time, mentre simultaneamente cala quello relativo agli impegni full time o a tempo indeterminato.

In un periodo di grande crisi per l'occupazione infermieristica il consiglio direttivo IPASVI BAT ha deciso di dare una risposta con una reale possibilità a tutti quei neo-

laureati disoccupati, consentendo loro di mantenere le competenze acquisite nel corso di laurea e favorirne l'accesso nel mondo del lavoro. L'IPASVI BAT e l'ENAP Puglia, ente di addestramento professionale, in qualità di membro dell'ATS "Orienta Lavoro Giovani" riconosciuta dalla Regione Puglia a gestire il programma "Garanzia Giovani", hanno sottoscritto un protocollo d'intesa finalizzato a contrastare la disoccupazione infermieristica di

questo territorio.

La Garanzia Giovani (Youth Guarantee) è il Piano Europeo per la lotta alla disoccupazione giovanile.

Con questo obiettivo sono stati previsti dei finanziamenti per i Paesi Membri con tassi di disoccupazione superiori al 25%, che saranno investiti in politiche attive di orientamento, istruzione, formazione e inserimento al lavoro, a sostegno dei giovani che non sono impegnati in un'attività lavorativa, né inseriti in un percorso scolastico o formativo (Neet - Not in Education, Employment or Training).

Il programma, totalmente finanziato da fondi pubblici, può prevedere un percorso formativo (ad es. lingua inglese) seguito da un tirocinio di inserimento/reinserimento lavorativo della durata max. di 6 mesi, con un sostegno lavoro di € 450,00 mensili (a



carico del programma) per i giovani infermieri disoccupati fino a 29 anni (alla data di iscrizione

e durata politica del lavoro.

L'obiettivo è un nuovo e più opportuno modello di accompagnamento all'inserimento al lavoro di tutti i colleghi che non hanno ancora iniziato un lavoro o che stanno attraversando una fase di discontinuità fra un incarico e l'altro.

In queste circostanze il ruolo del Collegio IPASVI BAT è quello di dare informazione, e sfruttare quei percorsi di inserimento lavorativo su menzionati. Siamo, quindi, più che mai interessati al progetto "Garanzia Giovani". Il concetto del lavoro deve essere il tema centrale verso cui concentrare tutte le energie, affinché non si pregiudichi ulteriormente quanto già esiste. Qualunque opportunità a disposizione deve essere utilizzata e tutto il direttivo IPASVI BAT si muove già in questa direzione a beneficio di tutti gli iscritti.

Occorre un nuovo passo, affinché avvenga una trasformazione del nostro territorio attraverso la creazione di un sistema virtuoso in cui ognuno ha il dovere di dare il proprio contributo».

ne l'utente non deve aver compiuto i 30 anni), non inseriti in percorsi formativi (ad es. master) con lo scopo di favorirne l'inserimento lavorativo. Infatti, le aziende sanitarie che aderiranno al progetto potranno beneficiare d'importanti incentivi nel caso assumino i giovani iscritti a questo progetto. "Garanzia Giovani" - osserva il presidente Ragnatela - rappresenta un percorso che favorisce, avviato con risorse dell'Unione Europea. Il collegio IPASVI BAT sta intraprendendo una modalità che funge da apripista, dobbiamo però cogliere l'occasione per trasformarlo in una stabile

**CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARLETTA-ANDRIA-TRANI**

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2014
- 3) Bilancio di previsione 2015

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI BAT sita in Via Margherita di Borgogna, 74 Trani in prima convocazione alle ore 17,30 del 18/4/2015 ed in seconda convocazione alle ore 10,00 del 29/4/2015 presso la Parrocchia Sant'Andrea Apostolo (Andria, Corso Europa Unita, 2). Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Michele Ragnatela*

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

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ DELEGA L'ISCRITTO \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2015

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



# DOTAZIONI ORGANICHE

## Training nel cuore del sistema

Michele  
CALABRESE



Lo studio RN-4CAST pubblicato in data 26/02/2014 sulla rivista "The Lancet", ha svolto un'interessante indagine statistica sulla professione infermieristica e sulla relazione fra questa e

le politiche assistenziali e di istruzione dei governi. L'indagine ha coinvolto 422.730 pazienti e 300 ospedali di 9 Paesi europei (Belgio, Inghilterra, Finlandia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna, Svezia e Svizzera) con una dotazione organica interessata pari a 26516 infermieri. Tra i risultati ottenuti è emerso che il rapporto pazienti/infermieri (ed il carico lavorativo) va tenuto attentamente sotto controllo e non sottoposto ad eccessiva tensione. Purtroppo i dati sembrerebbero andare in contrasto con le politiche di austerità applicate in molti Paesi, in cui la dotazione organica degli infermieri e il relativo onere economico esercitano una forte attrattiva per le politiche di spending review! In Italia il sistema di approvvigionamento di risorse infermieristiche trova attualmente la sua ratio dal sistema normativo vigente. Oggigiorno, purtroppo, i criteri di assegnazione di Infermieri alle UU.OO. assumono diverse peculiarità, che trovano sì fondamento nella giurisprudenza regionale, ma che, in pratica, non possiedono quell'aggiornamento

necessario e sufficiente alle nuove richieste di offerta assistenziale dell'utenza e delle strutture. Il dimensionamento dell'organico infermieristico è stato analizzato per la prima volta nel lontano 1969 con il DPR 128 in cui con molta genericità si tentava, in maniera tutt'altro che scientifica e basata sull'evidenza di fornire un numero adeguato di infermieri ai "reparti", considerando la prestazione infermieristica nell'unità di tempo, cronometrando in base al servizio ospedaliero presso cui si prestava attività e non tenendo conto delle innumerevoli variabili che costellano il processo assistenziale. Nel 1972 avviene il passaggio di molte competenze in materia sanitaria alle Regioni e ogni Regione può decidere strategie diverse! Segue la Legge Quadro sul pubblico impiego e la delibera CIPE (1984) che ancora una volta crea un'inefficienza considerevole nello stipulare una corretta stima degli standard ospedalieri di personale. Il decreto del Ministro della Sanità Donat Cattin (nel Settembre 1988) detta una serie di metodiche per la rielaborazione dei moduli organizzativi, offrendo uno spiraglio di approvvigionamento e fornendo per la prima volta il concetto di far aderire le risorse umane alla tipologia di complessità di cura. Il Decreto manifesta vicinanza al fabbisogno di richiesta ma enfatizza l'assegnazione nei "reparti" dedicati alle terapie intensive. Con il Decreto n. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" si ribadisce alle regioni la necessità del loro impegno e competenza nel ".....omissis controllo dei criteri per la definizione delle dotazioni or-



ganiche omissis...”. Se volessimo comparare rispettivamente i tre principali capisaldi della dissertazione, ossia il DPR 128, la delibera CIPE e il DM 13/09/88, otterremmo la rielaborazione del numero di infermieri, considerando non solo la variabile “temporizzazione dell’assistenza”, ma anche tutto quello che interviene nel processo dinamico di prestazione d’opera dell’Infermiere in una Azienda. Le variabili addizionali richiamano malattie, infortuni, congedi, orario contrattuale settimanale, festività. Metodologie estere reclutano personale infermieristico in funzione del fattore tempo, del bisogno globale del paziente, del suo livello di dipendenza e della complessità assistenziale. È possibile attualmente quantificare il personale infermieristico in funzione del parametro tempo e cronometrare una prestazione? E se si dovesse verificare in corso d’opera un’incognita overall!! Intuibile l’incommensurabile dovere di elaborare e accedere ad una nuova piattaforma logistica, che prescindendo dall’atavica normativa e che si basi su una metodica deduttiva e non più induttiva. Un organico soddisfacente assicura un prodotto di salute d’eccellenza. Migliorare la qualità e la reale oggettività dei bisogni della comunità è la prerogativa per la garanzia del mero patto di salute che si instaura tra un professionista sanitario (nella fattispecie l’Infermiere) e l’utente.

L’analisi della realtà dei bisogni diviene allora essenziale per poter catalogare al meglio sia la qualità che la quantità degli strumenti da utilizzare per fronteggiare il processo di assecondamento degli organici Aziendali.

Un metodo, molto snello, italiano e frutto di diversi studi tra i quali uno multicentrico condotto presso l’Azienda Ospedaliera di Monza è il S.I.P.I. (Sistema Informativo della Performance Infermieristica), il quale si avvale di una scheda di rilevazione dei bisogni del paziente, analizzando 8 domini di prestazioni infermieristiche. Tali domini, ri-

portati fedelmente in Cartella Infermieristica, rendono visibile il Processo di Nursing in toto, analizzando la performance degli infermieri nel processo di presa in cura della persona. Il sistema, molto semplice da applicare, lascia traccia inconfutabile dell’assistenza erogata h 24, ma non mostra quell’anello di congiunzione del lavoro dell’infermiere nel macrocosmo del concetto di Complessità Assistenziale e quantificazione del personale. Un ulteriore metodo, alla stregua del precedente, è il M.A.P. (Metodo Assistenziale Professionalizzante). Anch’esso frutto di numerosi studi su scala nazionale, rispetto al precedente trova la sua logica nel modello delle prestazioni, facendo un’analisi molto più ampia e che abbraccia non più solo 8 domini ma ben 60! Tale metodo, data la sua ampissima e capillare osservazione delle classi di complessità dei pazienti, si basa su tre modelli di riferimento che sono quello Concettuale (legato alla nuova frontiera dei modelli organizzativi, ossia analizzare il fenomeno considerando i livelli di complessità assistenziale); quello Tassonomico ICF (International Classification Functioning) e infine Teorico (intimamente funzionale alla teoria della complessità).

Il M.A.P. permette di quantificare il numero di infermieri in funzione della complessità assistenziale rilevata. Sicuramente più impegnativa del S.I.P.I. la scheda M.A.P. è il gold standard per tracciare analiticamente il processo assistenziale erogato, sia in seno alle variabili di contesto che addirittura relazionali, che, chiaramente, influiscono sull’impegno lavorativo infermieristico. La scelta dei metodi sopra descritti dipende purtroppo da diversi fattori e non è semplice l’adozione di un metodo piuttosto che un altro, in quanto le variabili che possono causare un patologico ostracismo sono ad esempio le politiche locali, i fondi aziendali, le capacità manageriali e cernita del personale, la vision dell’Azienda.

#### SITOGRAFIA E BIBLIOGRAFIA

- [www.thelancet.com/journals/lancet/article](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article)
- [www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere](http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere)
- Benci L. “Manuale giuridico professionale per l’esercizio del nursing”. Mc Graw Hill, 2001
- Calamandrei-Orlandi “La dirigenza infermieristica”. McGraw-Hill 2002
- Marisa Cantarelli “Il modello delle prestazioni infermieristiche”. Masson 1996



# INVECCHIAMENTO E LAVORO

## Proposte e modifiche legislative

Vincenzo  
INGLESE



Michele  
FIGHERA



Il tema dell'invecchiamento della forza lavoro appare non affrontato in maniera adeguata nella nostra realtà italiana, sia a livello pubblico sia privato. Il tema non risulta trattato in maniera sistematica e mancano, di fatto, politiche e interventi di carattere strutturale, registrando un grave

ritardo rispetto al panorama europeo e internazionale. Di notevole rilevanza è che l'innalzamento delle aspettative di vita e le recenti modifiche delle norme previdenziali costringono al lavoro centinaia di migliaia di persone in condizioni lavorative pesanti che richiedono, in molte situazioni, performances che sono adatte a persone più giovani: dal lavoratore ultrasessantenne che opera nel campo dell'edilizia, che deve ancora effettuare lavori che richiedono di montare sui ponteggi, all'infermiere anziano, che oltre alle caratteristiche attività lavorative di tipo assistenziale ai fini dell'organizzazione delle attività, effettua anche turni di notte, all'operaio metalmeccanico adibito alla linea di montaggio

di un'industria, ecc. Si potrebbe continuare con molti altri esempi di lavori che per lavoratori e lavoratrici anziani divengono, ogni giorno, sempre più penosi e diviene sempre più difficile per loro fare fronte alle svariate richieste di performances che divengono insostenibili. I problemi connessi con l'invecchiamento sono tanti, tra i quali si evidenziano, la ridotta prestazione fisica, l'aumentata rigidità mentale, il sonno meno ristoratore, l'aumentata tendenza alla desincronizzazione interna, le resistenze al cambiamento. Il calo del numero di giovani che accederanno al mondo del lavoro anche nelle strutture sanitarie, nei prossimi anni sarà inevitabilmente accompagnato da un aumento rilevante della percentuale di lavoratori più anziani tra la forza lavoro. I datori di lavoro dovranno contare sempre più su lavoratori anziani. Comunque, da alcuni studi si evince che i lavoratori più anziani sono più dediti al luogo di lavoro, si assentano meno per malattia e rimangono più a lungo nel proprio posto di lavoro. In genere, le competenze, l'esperienza e la maturità dei lavoratori più anziani sono superiori ai possibili problemi quali l'aumento delle patologie legate all'età. Il rapporto tra età dei lavoratori e loro produttività, è molto complesso. Si deve tener conto dei vantaggi derivanti dell'esperienza professionale acquisita dai lavoratori negli anni, della maggiore conoscenza del lavoro, dell'esperienza professionale, della competenza, dell'adattabilità e dell'uso di strategie compensative. Tra i tanti e importanti obiettivi delle politiche sia europee che nazionali vi



sono quelli che riguardano l'aumentare i livelli di occupazione ed il prolungare la vita lavorativa. L'età media di uscita dal mercato del lavoro è aumentata costantemente, è passata da 59,9 anni nel 2001 a 61,2 anni nel 2007. La strategia Europa 2020 si propone di aumentare il tasso di occupazione della popolazione, in età compresa tra 20 e 64 anni, al 75%. A tale scopo, i cittadini europei dovranno lavorare più a lungo. In molti paesi dell'Unione Europea sono state introdotte, recentemente, riforme delle pensioni. Per evitare che l'aumento dell'età pensionabile comporti conseguentemente una maggiore incidenza dei prepensionamenti e di richieste di pensioni di invalidità, si stanno adottando misure anche sul luogo di lavoro per consentire alle persone di continuare a lavorare fino all'età della pensione e incoraggiarle in tal senso. Tali misure comprendono il miglioramento delle condizioni di lavoro. Si ritiene che le buone prassi in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro svolgano un ruolo importante in quanto consentono di lavorare più a lungo prima del pensionamento. Per quanto attiene la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro il legislatore ha previsto l'obbligo per il Datore di Lavoro di effettuare la valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo Europeo del 08/10/2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 151/2001, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro. I possibili cambiamenti delle capacità funzionali devono essere presi in considerazione nella

valutazione dei rischi occupazionali e per far fronte a tali cambiamenti devono essere modificati l'ambiente di lavoro e i compiti lavorativi. L'invecchiamento di per sé non è un fattore determinante per la riduzione delle capacità, tuttavia interagisce con tutti gli altri fattori che nel complesso influiscono sulle capacità funzionali. È essenziale, se si vuole aiutare i lavoratori che hanno già problemi di salute, adeguare il lavoro alle loro condizioni di salute e alle loro capacità. Molti cambiamenti delle capacità funzionali dovuti all'età sono più rilevanti in alcune attività professionali rispetto ad altre. Per esempio, i cambiamenti dell'equilibrio hanno implicazioni per il personale di soccorso che lavorano in condizioni particolari, sollevando e trasportando le persone. Il problema dell'invecchiamento dei lavoratori non riguarda solo la nostra realtà italiana, è una criticità presente in tutta Europa e da tempo è oggetto di studi e di programmi per consentire la permanenza al lavoro dei lavoratori anziani utilizzando in modo intelligente e umano le "residual capabilities". In molte situazioni i lavoratori più anziani non sono considerati positivamente dai datori di lavoro. Inoltre, la riduzione della capacità funzionale fisica può essere affrontata in molti modi: ridefinizione dei compiti lavorativi, rotazione dei compiti lavorativi, limitazione del sollevamento di carichi pesanti e dei compiti fisicamente impegnativi, formazione sulle tecniche adeguate di sollevamento e di trasporto, adeguata ergonomia di strumentazioni, apparecchiature e mobilio, considerazione dell'esigenza di un recupero attraverso brevi pause o pause più frequenti, organizzazione di turni di lavoro. Importante è promuovere un confronto tra esperienze e punti di vista dei lavoratori, dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, dei datori di lavoro, degli addetti alla sicurezza, dei medici ed igienisti del lavoro, degli ergonomi, degli esperti di assistenza e previdenza su bisogni e soluzioni per fronteggiare i nodi e le risorse dell'invecchiamento della popolazione lavorativa, tenendo conto di proposte e modifiche legislative sulle pensioni.

#### BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

Agenzia Europea per la salute e sicurezza sul lavoro--[https://osha.europa.eu/it/priority\\_groups/ageingworkers/index\\_html](https://osha.europa.eu/it/priority_groups/ageingworkers/index_html)



# MEDICINA SCOLASTICA

Studio sulla prevenzione e gestione di particolari e probabili patologie infantili

Marinna  
SETTE



La ricerca effettuata è stata spinta dalla curiosità e dalla volontà di comprendere eventuali criticità nella gestione di un'improvvisa emergenza clinica durante le ore scolastiche e

di indagare circa la mancata informazione da parte degli insegnanti. È stato chiesto loro se la medicina scolastica svolge, ancora oggi, la sua attività di screening e visite mediche nelle scuole; se sono in grado di gestire un'emergenza clinica (crisi ipertensiva, crisi convulsiva, ecc); se sono edotti e informati sulle tecniche di primo soccorso per poter intervenire nell'immediato e se sono previsti Corsi di Aggiornamento per tutto il personale.

È emerso che pochi sanno cosa comporta davvero avere a carico alunni con particolari patologie. In ambiente scolastico potrebbero realizzarsi Shock Anafilattico, Convulsioni, Crisi Ipertensive, Disturbi Neuropsichiatrici, Ostruzioni delle vie aeree. La scuola costituisce luogo ideale per divulgare la cultura e la pratica della sicurezza e quelle prese in esame sono state scelte in base all'età del soggetto corrispondente all'insorgenza di determinate patologie, nello specifico: Scuole dell'Infanzia, Scuole Elementari, Scuole Medie. Si evince che in pochissime Scuole è presente un'area de-

dicata alle attività di Medicina scolastica. Questa, laddove fosse presente, non viene nemmeno utilizzata. Conoscere solo la definizione, talvolta, della patologia presente in aula, non basta a determinare un efficace primo intervento. È necessario informare, circa la gestione di emergenze cliniche, tutti i dipendenti scolastici indipendentemente dal ruolo specifico che ricoprono, perché spesso accade che il personale scolastico associ al concetto di "soccorso" quello di "paura di recare ulteriore danno al piccolo paziente", ma è opportuno ribadire che la presenza di minori definisce a priori un contesto dove la "responsabilità" è sempre e comunque presente. Risultano fondamentali Corsi di Primo Soccorso per famiglie e docenti, figure sanitarie qualificate (infermieri e medici) all'interno dello stesso Istituto, promozione di incontri formativi in materia infermieristica. In attesa che arrivino i soccorsi, il docente, però, può e deve attuare semplici manovre volte a tenere in vita l'infortunato. Occorre precisare che è importante ed indispensabile:

- individuare aree adibite alle prestazioni infermieristiche di base (medicazione, etc);
- esporre i nominativi degli addetti al PS
- fornire con calma le informazioni richieste dall'operatore del 118: luogo, evento e condizioni degli infortunati, ciò permette all'operatore di decidere la modalità di soccorso.

Tale istruzione potrebbe garantire sicurezza e fiducia nei genitori, nei docenti e negli operatori degli istituti scolastici.



## 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*

### IL LICENZIAMENTO DOPO LA LEGGE FORNERO: NUOVE PROCEDURE, NUOVE SANZIONI

La legge 92/2012 sul mercato del lavoro è intervenuta su vari aspetti del diritto del lavoro modificando sostanzialmente la precedente disciplina in materia di licenziamenti. A seguire la descrizione delle modifiche apportate alla regolamentazione del licenziamento individuale per giustificato motivo oggettivo. In base alle interpretazioni fornite dalla dottrina e dalla giurisprudenza rispetto a quanto affermato dall'art. 3 della Legge 604/1966, il licenziamento per giustificato motivo oggettivo è quello determinato da "ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro e al regolare funzionamento di essa". Quali sono in concreto tali ragioni? In base alle recenti pronunzie giurisprudenziali, le ragioni che legittimano il licenziamento individuale per giustificato motivo obiettivo sono riconducibili o a specifiche esigenze aziendali che impongono la soppressione del posto di lavoro (c.d. esigenze obbiettive d'impresa) oppure da comportamenti o situazioni facenti capo al prestatore di lavoro, purché costituiscano una ragione di risoluzione del rapporto (c.d. circostanze incolpevoli inerenti al lavoratore).

Tra le prime, rientrano le soppressioni di posti di lavoro a causa di innovazioni tecnologiche (come ad esempio, l'introduzione di sistemi di prenotazione digitale e di consegna di esami allo stesso modo), oppure a causa di riassetti organizzativi (come ad esempio, la decisione di passare da una rete di vendita diretta ad una indiretta, affidandosi ad agenti), oppure per una riorganizzazione dovuta alla necessità di contenere i costi aziendali (ad esempio, rinunciando ad avere un responsabile del personale affidando ad altre funzioni aziendali esistenti i suoi compiti e mansioni). Tra le seconde rientrano i comportamenti o situazioni del lavoratore, pur incolpevole sotto il profilo giuslavoristico, che non gli consentano di adempiere ai suoi obblighi contrattuali (ad esempio, perché la sua assenza per malattia abbia superato i limiti di tempo previsti dalla contrattazione collettiva, oppure per sopraggiunta inidoneità allo svolgimento delle mansioni previste contrattualmente). I problemi scaturiscono dall'ambito applicativo della normativa; infatti,

il legislatore ha ritenuto opportuno prevedere che, nel caso di licenziamenti individuali per giustificato motivo oggettivo, il datore di lavoro che abbia alle proprie dipendenze più di quindici lavoratori nella stessa unità produttiva o nello stesso Comune o comunque più di sessanta complessivamente, debba seguire una specifica procedura. Tale procedura, indicata nel nuovo testo dell'art. 7 della Legge 604/1966, prevede che:

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



**CXCIII**

»



licenziamento al lavoratore nel rispetto delle seguenti condizioni:

- forma scritta;
- specificazione dei motivi che lo hanno determinato;
- rispetto del diritto del lavoratore a prestare il contrattuale periodo di preavviso oppure, in alternativa, a ricevere la relativa indennità sostitutiva.

Una volta correttamente comunicato il licenziamento, il lavoratore ha il diritto di impugnarlo, facendo pervenire al datore di lavoro, a pena di decadenza, una comunicazione entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione del licenziamento in forma scritta, in cui sia resa nota la propria volontà di impugnare il licenziamento anche per il tramite dell'organizzazione sindacale cui aderisca o abbia conferito mandato. Una volta effettuata l'impugnazione al datore di lavoro, il lavoratore può ricorrere, in alternativa, ad una delle due seguenti procedure:

a) In via amministrativa, con un tentativo di conciliazione, facendo pervenire al datore di lavoro, sotto pena di inefficacia dell'impugnazione formale richiesta di tentativo di conciliazione o arbitrato entro il termine di centottanta giorni dalla data dell'impugnazione. In caso di rifiuto del datore di lavoro allo svolgimento del tentativo di conciliazione oppure in caso di mancato accordo, il lavoratore potrà impugnare il licenziamento in sede giudiziaria, effettuando il deposito di ricorso al giudice del lavoro sotto pena di decadenza dell'impugnazione entro sessanta giorni dalla data del rifiuto o del mancato accordo;

b) In via giudiziaria, effettuando il deposito di ricorso al giudice del lavoro sotto pena di inefficacia dell'impugnazione entro il termine di centottanta giorni dalla data dell'impugnazione.

Esaminati gli aspetti tecnici che riguardano, dipendenti pubblici e privati esaminiamo gli effetti dell'illegittimità del licenziamento per giustificato motivo oggettivo. Nel caso in cui il giudice rilevi l'illegittimità del licenziamento, le conseguenze indicate dall'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, così come novellato dalla Legge n. 92/2012, sono diverse in funzione dei motivi di tale illegittimità. Esaminiamoli nel concreto:

1) Motivi discriminatori e/o ritorsivi:

- il licenziamento ritenuto discriminatorio, indipendentemente dal motivo formalmente addotto e quale che sia il numero dei dipendenti occupati dal datore di lavoro e quale che sia la qualifica del lavoratore (quindi, anche i dirigenti) è nullo;

- Mancanza della forma scritta: il licenziamento intimato oralmente è inefficace;

- Aver contratto matrimonio: ove il giudice abbia ritenuto che il licenziamento sia stato intimato perché la lavoratrice ha contratto matrimonio, ne dichiara la nullità se intimato nel periodo intercorrente dal giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio, in quanto segua la celebrazione, a un anno dopo la celebrazione stessa;

- Maternità/paternità: se il licenziamento è stato intimato dall'inizio del periodo di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino è nullo;

- Motivo di tipo soggettivo disciplinare, il datore di lavoro sarà condannato a reintegrare il lavoratore nel posto di lavoro e risarcire al lavoratore il danno subito e fissato in un'indennità commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto maturata dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotte le eventuali somme percepite dal lavoratore durante il periodo di estromissione per lo svolgimento di altre attività lavorative) e comunque non inferiore a cinque mensilità della retribuzione globale di fatto. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

2) Motivi di illegittimità dovuti a:

- Mancanza o carenza di motivazione: riscontrata nella comunicazione preventiva e nella lettera di licenziamento, ma si ritiene peraltro successivamente dimostrata dal datore di lavoro;

- Mancato od incompleto rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 della Legge 15 luglio 1966, n. 604 e già sopra illustrate; Il giudice dichiara risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condanna il datore di lavoro al pagamento di: un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata, in



relazione alla gravità della violazione formale o procedurale commessa dal datore di lavoro, tra un minimo di sei e un massimo di dodici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto;

3) Motivi di riscontrato difetto di giustificazione (in aggiunta alla mancanza o carenza di motivazione): il giudice disporrà l'annullamento del licenziamento e la condanna del datore di lavoro:

- alla reintegrazione nel posto di lavoro;
- al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) e comunque non superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto;
- al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (maggiorati degli interessi nella misura legale ma senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione) con deduzione dei contributi accreditati al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative durante il periodo di estromissione.

In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

4) Casi di illegittimità dovuti a:

- Mancato superamento dei limiti temporali per la conservazione del posto di lavoro in caso di malattia od infortunio il giudice annulla il licenziamento e condanna il datore di lavoro:
- alla reintegrazione nel posto di lavoro;
- al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative,

nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) e comunque non superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto;

- al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (maggiorati degli interessi nella misura legale ma senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione) con deduzione dei contributi accreditati al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative durante il periodo di estromissione.

In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

5) Casi dove sia stata riscontrata la manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo: il giudice può annullare il licenziamento e condannare il datore di lavoro:

- alla reintegrazione nel posto di lavoro;
- al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione (dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione) con un massimo di dodici mensilità della retribuzione globale di fatto;
- al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (maggiorati degli interessi nella misura legale ma senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione) con deduzione dei contributi accreditati al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative durante il periodo di estromissione.

In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dal-

**CXCV**



la comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata. 6) Motivi di inesistenza degli estremi del giustificato motivo oggettivo: il giudice dichiara risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condanna il datore di lavoro al pagamento di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata, in relazione alla gravità della violazione formale o procedurale commessa dal datore di lavoro, tra un minimo di dodici ed un massimo di ventiquattro mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto. Esaminati tutte le variegate possibilità che il fantasioso Legislatore ha deciso di introdurre esaminiamo quali tipi di diritti vi siano per il datore di lavoro ed il prestatore.

**Diritto di revoca del licenziamento:** il datore di lavoro può revocare il licenziamento, ma a condizione che ciò avvenga entro il termine di quindici giorni dalla comunicazione del lavoratore al datore di lavoro dell'impugnazione del licenziamento stesso. In tale ipotesi, il rapporto di lavoro si intende ripristinato senza soluzione di continuità, con diritto del lavoratore alla sola retribuzione maturata nel periodo precedente alla revoca, e non trovano applicazione i regimi sanzionatori previsti dall'art. 18 dello Statuto dei lavoratori. **Diritto di rinuncia alla reintegrazione:** in tutti i casi in cui il giudice abbia ritenuto illegittimo il licenziamento e condannato il datore di lavoro alla reintegrazione, il lavoratore potrà rinunciare, chiedendo al datore di lavoro, in sostituzione della reintegrazione nel posto di lavoro, un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, non e' assoggettata a contribuzione previdenziale. Tale richiesta, che deve essere effettuata entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, se anteriore alla predetta comunicazione, determina la risoluzione del rapporto di lavoro. Resta peraltro fermo il diritto del lavoratore a percepire l'indennità risarcito-

ria, così come determinata in funzione del tipo di illegittimità del licenziamento. Ove il lavoratore, entro trenta giorni dall'invito del datore di lavoro non abbia ripreso servizio o non abbia richiesto l'indennità di cui sopra, il rapporto di lavoro si intende risolto. Le modifiche apportate dalla Legge Fornero alla disciplina sui licenziamenti, ed in particolare in materia di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, sono rilevanti, basti pensare alla rigida procedura che il datore di lavoro è tenuto ad osservare preventivamente all'attuazione del licenziamento, oppure alla possibilità, in presenza talune forme di riscontrata illegittimità del licenziamento, di non reintegrare il lavoratore. In effetti, notevoli sono i margini di discrezionalità dei giudici di merito circa l'interpretazione di molte di tali norme: basti pensare alle fattispecie di illegittimità indicate nella nuova formulazione dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, come ad esempio quelle legate alla "violazione del requisito di motivazione" o ad un "difetto di giustificazione" (comma 6) oppure alla "manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo" o al fatto "che non ricorrono gli estremi del predetto giustificato motivo" (comma 7).

### IL JOBS ACT E LE TUTELE CRESCENTI

Quali sono le novità, e francamente non se ne sentiva il bisogno, apportate allo schema sul contratto a tutele crescenti, limitandosi sulle sole modifiche introdotte nel testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale che ha modificato sul nascere la normativa. Destinatari del decreto. Con l'introduzione del comma 2 dell'art. 1 si allarga la platea dei destinatari.

Le tutele crescenti si applicano anche nei casi di conversione, a decorrere dal 7 marzo 2015, in contratto a tempo indeterminato dei contratti a tempo determinato (anche quale conseguenza di un regime sanzionatorio) e dei contratti di apprendistato. Definizione di licenziamento discriminatorio. Il Legislatore ha voluto tipizzare il più possibile le casistiche al fine di limitare l'ambito di intervento del giudice, anche se il riferimento a «tutti gli altri casi di nullità espressamente previsti dalla legge» porta a un ambito di applicazione sostan-



zialmente identico ai primi tre commi dell'art. 18, Statuto Lavoratori. Determinazione dell'indennità risarcitoria. Una significativa modifica è stata la sostituzione del parametro di riferimento per il calcolo dell'indennità risarcitoria, che è ora commisurata «all'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del trattamento di fine rapporto». Sanzione per omissione contributiva. Nel caso di insussistenza del fatto materiale, il datore di lavoro è condannato al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento a quello di reintegrazione, ma nel testo definitivo dell'art. 3 questi viene esplicitamente escluso dall'applicazione delle sanzioni per omissione contributiva (esclusione quanto mai opportuna – secondo i Consulenti – ed in linea con la nuova formulazione dell'art. 18, comma 4, Statuto Lavoratori).

#### **Offerta conciliativa**

Sostituito il richiamo nell'art. 6, le sedi presso cui espletare l'offerta di conciliazione non sono solo quelle ex art. 2113, comma 4, c.c., ma anche quelle elencate dall'art. 76, d.lgs. n. 276/2003, comprese le commissioni istituite presso i Consigli Provinciali degli Ordini dei Consulenti del Lavoro; inoltre, viene circoscritta l'esenzione dall'imposizione fiscale alle sole somme offerte dal datore di lavoro a fronte della definitiva cessazione del rapporto di lavoro e la conseguente rinuncia da parte del lavoratore all'impugnazione del licenziamento.

#### **Nuova comunicazione di fine rapporto**

Viene introdotta una doppia comunicazione derivante dalla sommatoria dei termini di impugnazione stragiudiziale (60gg) e quelli per l'invio ordinario alla C.O. (5gg); quindi, la prima comunicazione è da effettuare entro 5 giorni dalla fine del rapporto, la seconda entro 65 giorni dalla medesima cessazione, al solo fine di monitorare l'attuazione dell'offerta conciliativa. Le novità in tema di ammortizzatori sociali. In arrivo la "NASpl": cos'è e chi ne avrà diritto? Con il d.lgs. n. 22/2015, il Governo interviene sulla disciplina degli ammortizzatori sociali varata dalla riforma Fornero, introducendo una nuova indennità di disoccupazione, che andrà a sostituire l'ASpl. La nuova indennità – denominata Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego ("NASpl") – sarà rivolta, a decorrere dal 1° mag-

gio 2015, a tutti i lavoratori dipendenti, esclusi quelli del pubblico impiego e gli operai agricoli (soggetti ad una disciplina speciale) che abbiano perso involontariamente la propria occupazione (art. 2, comma 1), purché presentino congiuntamente i seguenti requisiti (art. 3, comma 1): a) trovarsi in stato di disoccupazione; b) avere all'attivo, nei quattro anni precedenti l'inizio del periodo di disoccupazione, almeno 13 settimane di contribuzione; c) aver prestato almeno 30 giornate di lavoro effettivo nei 12 mesi anteriori all'inizio del periodo di disoccupazione (nello schema di decreto bastavano 18 giornate).

La NASpl è riconosciuta anche in caso di dimissioni del lavoratore per giusta causa o di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro intervenuta nell'ambito della procedura di conciliazione preventiva introdotta dalla riforma Fornero (art. 3, comma 3). Misura della NASpl. La nuova indennità è rapportata alla retribuzione imponibile ai fini previdenziali degli ultimi quattro anni utili, divisa per il numero di settimane di contribuzione e moltiplicata per il numero 4,33. Qualora la retribuzione mensile sia pari o inferiore, nel 2015, all'importo di 1.195 euro mensili, l'indennità mensile sarà pari al 75% della retribuzione.

Nei casi in cui la retribuzione mensile sia superiore a 1.195 euro, l'indennità sarà pari al 75% di tale importo incrementato di una somma pari al 25% del differenziale tra la retribuzione mensile ed il predetto importo. L'indennità mensile non potrà in ogni caso superare, nel 2015, l'importo massimo mensile di euro 1.300 (art. 4, comma 2). L'indennità si riduce progressivamente del 3% al mese a partire dal primo giorno del quarto mese di fruizione. Per quanto tempo può essere corrisposta la NASpl?

La nuova indennità è corrisposta mensilmente, per un numero di settimane pari alla metà delle settimane di contribuzione degli ultimi quattro anni. Ai fini del calcolo della durata non sono computati i periodi contributivi già utilizzati per l'erogazione delle prestazioni di disoccupazione. Per gli eventi di disoccupazione verificatisi dal 1° gennaio 2017, la durata di fruizione della prestazione sarà in ogni caso limitata ad un massimo di 78 settimane (art. 5). Domanda ed erogazione dell'indennità. La ri-

**CXCVII**

»»



chiesta di accesso alla NASpl deve essere presentata all'INPS in via telematica, entro il termine di decadenza di 68 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro. La prestazione spetta a decorrere dal giorno successivo alla data di presentazione della domanda ed, in ogni caso, non prima dell'ottavo giorno successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. L'erogazione è condizionata, a pena di decadenza dalla prestazione, alla permanenza dello stato di disoccupazione ed alla regolare partecipazione alle iniziative di attivazione lavorativa nonché ai percorsi di riqualificazione professionale proposti dai competenti servizi per l'impiego.

Importante circostanza riguarda chi, durante il periodo di fruizione della NASpl, svolga un'altra attività di lavoro subordinato o autonomo è prevista, entro determinati limiti, la sospensione fino a 6 mesi dell'erogazione (artt. 9 e 10). Da maggio arriva anche il nuovo assegno di disoccupazione. Il decreto attuativo, inoltre, introduce in via sperimentale per il 2015, con decorrenza dal 1° maggio 2015, il nuovo Assegno di disoccupazione ("ASDI"). Tale strumento mira a fornire una tutela di sostegno al reddito ai lavoratori che abbiano fruito della NASpl per la sua intera durata entro il 31 dicembre 2015 senza trovare occupazione e che si trovino in una condizione economica di bisogno (art. 16, comma 1). L'ASDI è erogato mensilmente per una durata massima di 6 mesi ed è pari al 75% dell'ultimo trattamento percepito ai fini della NASpl, se non superiore alla misura dell'assegno sociale (art. 16, comma 3).

Il sostegno economico è comunque condizionato all'adesione ad un progetto personalizzato redatto dai competenti servizi per l'impiego, contenente specifici impegni in termini di ricerca attiva di lavoro, disponibilità a partecipare ad iniziative di orientamento e formazione, accettazione di adeguate proposte di lavoro: la partecipazione alle iniziative di attivazione proposte è obbligatoria, pena la perdita del beneficio (art. 10, comma 5). Sempre sul Jobs Act. Con il d.lgs. n. 23/2015 viene alla luce la parte più attesa di tutto il Jobs Act e, cioè, quella che introduce il contratto "a tutele crescenti" per le nuove assunzioni, allo scopo dichiarato di superare l'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori ed, al contempo,

rilanciare la diffusione del contratto a tempo indeterminato.

Chi sono i destinatari del contratto a tutele crescenti? Il decreto legislativo dispone che il nuovo regime trova applicazione nei confronti dei lavoratori che rivestono la qualifica di operai, impiegati o quadri, assunti con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto e, cioè, a partire dal 7 marzo 2015 (art. 1, comma 1).

La nuova disciplina scatta anche nei casi di conversione, successiva all'entrata in vigore del decreto, di contratto a tempo determinato o di apprendistato in contratto a tempo indeterminato (art. 1, comma 2). Inoltre, il contratto "a tutele crescenti" è destinato ad operare, nei confronti della generalità dei dipendenti (e, quindi, anche per quelli assunti prima del 7 marzo 2015), anche nel caso in cui le imprese con meno di 15 dipendenti supereranno, successivamente all'entrata in vigore della nuova disciplina, il limite dimensionale fissato dall'art. 18, commi 8 e 9, dello Statuto dei Lavoratori (art. 1, comma 3). Il d.lgs. n. 23/2015 si applica, infine, anche ai sindacati ed ai partiti politici (art. 9, comma 2). Per i neoassunti, la reintegra è un rimedio residuale. Il decreto appena approvato circoscrive, per i neoassunti, l'ambito di applicazione della tutela reale, prevedendo il diritto alla reintegrazione nel posto di lavoro soltanto in caso di licenziamento nullo, discriminatorio o inefficace perché intimato oralmente, indipendentemente dal motivo formalmente addotto dal datore (art. 2, comma 1).

Al licenziamento discriminatorio viene ricondotto anche il motivo consistente nella disabilità fisica o psichica del lavoratore (art. 2, comma 4). In questi casi, oltre alla reintegra, il dipendente ha anche diritto al risarcimento del danno subito, con condanna del datore al pagamento di un'indennità commisurata all'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del t.f.r. corrispondente al periodo dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione, dedotto quanto eventualmente percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative (art. 2, comma 2). Il lavoratore può rinunciare alla reintegra (e determinare la



risoluzione del rapporto di lavoro), chiedendo al datore il pagamento di un'indennità pari a 15 mensilità (art. 2, comma 3). Licenziamenti senza giusta causa o di giustificato motivo: scatta solo la tutela risarcitoria. Al di fuori delle ipotesi sopra indicate (licenziamento nullo, discriminatorio o privo di forma scritta), il recesso datoriale sprovvisto di giusta causa o di giustificato motivo (oggettivo o soggettivo) determina, comunque, l'estinzione del rapporto di lavoro: in questi casi, il lavoratore non ha diritto alla reintegra, ma solo al pagamento di un'indennità di importo pari a 2 mensilità dell'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del TFR per ogni anno di servizio, in misura comunque non inferiore a 4 e non superiore a 24 mensilità (art. 3, comma 1). "Insussistenza del fatto materiale": rispunta la reintegra.

Nelle sole ipotesi di licenziamento per giustificato motivo soggettivo o per giusta causa in cui sia direttamente dimostrata in giudizio l'insussistenza del fatto materiale contestato al lavoratore (rispetto alla quale resta estranea ogni valutazione circa la sproporzione del licenziamento), il datore di lavoro sarà tenuto alla reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro ed al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del TFR corrispondente al periodo dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione, dedotto l'aliunde perceptum, nonché quanto il lavoratore avrebbe potuto percepire accettando una congrua offerta di lavoro ex art. 4, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 181/2000: in ogni caso, la misura dell'indennità risarcitoria non potrà essere superiore a 12 mensilità. Il lavoratore ha la facoltà di chiedere al datore, in sostituzione della reintegra, un'indennità pari a 15 mensilità (art. 3, comma 2).

Licenziamento affetto da vizi formali o procedurali: la tutela è sempre solo risarcitoria. Il decreto attuativo sul contratto "a tutele crescenti" esclude la reintegra anche nelle ipotesi di licenziamento intimato in violazione del requisito di motivazione di cui all'art. 2, comma 2, l. n. 604/1966 o della procedura di cui all'art. 7 dello Statuto dei Lavoratori: in questi casi, il giudice dichiarerà estinto il rapporto di lavoro alla data del licenziamento, condannando il da-

tore al pagamento di un'indennità di importo pari a una mensilità dell'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del TFR per ogni anno di servizio, in misura comunque non inferiore a 2 e non superiore a 12 mensilità, sempre che non venga accertata, sulla base della domanda del lavoratore, la sussistenza dei presupposti per l'applicazione delle diverse tutele previste per i licenziamenti nulli/discriminatori/orali ovvero per quelli privi di giusta causa/giustificato motivo (art. 4). Licenziamenti collettivi: quando spetta la reintegra? Quanto ai licenziamenti collettivi (art. 10), il nuovo decreto prevede che solo l'ipotesi del vizio di forma, consistente nell'assenza della forma scritta, è sanzionata con la reintegrazione nel posto di lavoro.

Negli altri casi – violazione dei criteri di scelta e degli obblighi di comunicazione previsti dall'art. 4, comma 12, legge n. 223/1991 – opera soltanto la tutela risarcitoria, mediante la condanna del datore di lavoro a corrispondere 2 mensilità dell'ultima retribuzione di riferimento per il calcolo del TFR per ogni anno di servizio, in misura comunque non inferiore a 4 e non superiore a 24 mesi. In conclusione, considerati alcuni Vostri quesiti, alcune pillole di giurisprudenza anche previdenziale (invalidità, assegno, pensione, accompagnamento).

#### **L'assegno di invalidità**

Così come per la pensione di inabilità (che riguarda i lavoratori ed è parametrato ai contributi versati), anche per la corresponsione dell'assegno mensile di invalidità (che riguarda tutti ed è identico nell'ammontare), non va computato il reddito della casa di abitazione ai fini del calcolo del requisito reddituale.

La Corte d'appello di Venezia condannava l'INPS a corrispondere l'assegno mensile di invalidità a favore di una donna. Secondo i giudici di merito, il reddito della casa di abitazione non costituiva un onere deducibile o una ritenuta fiscale, per cui il reddito IRPEF al lordo non comprende il reddito della casa di abitazione: occorre distinguere tra reddito complessivo, che comprende ogni reddito della persona, e reddito imponibile, che esclude i redditi non assoggettati a tassazione, tra cui proprio il reddito derivante dalla casa di abitazione. L'INPS ricorreva in Cassazione, contestando l'esclusione del reddito relativo alla casa de-

**CXCIX**



stinata ad abitazione principale dalla determinazione del reddito complessivo per stabilire il diritto all'assegno mensile di invalidità. E' reddito da escludere per la pensione di inabilità.

La Corte di Cassazione rileva che, in tema di pensione di inabilità, ai fini del requisito reddituale non deve essere calcolato il reddito della casa di abitazione. Infatti, l'art. 12 l. n. 118/1971 (pensioni di inabilità) rinvia, per le condizioni economiche, all'art. 26 l. n. 153/1969 (pensioni ai cittadini ultrasessantacinquenni sprovvisti di reddito), che, per la pensione sociale, esclude dal computo il reddito della casa di abitazione.

In senso contrario, non rileva quanto disposto dall'art. 2 d.m. n. 553/1992, che impone, ai fini assistenziali, la denuncia dei redditi al lordo degli oneri deducibili: la casa di abitazione non costituisce, a tale scopo, un onere deducibile, ma una voce di reddito. Vale anche per l'assegno di invalidità. Gli stessi principi valgono anche per l'assegno mensile di invalidità, essendo questo concesso con le stesse condizioni e modalità previste per l'assegnazione della pensione di inabilità, ai sensi dell'art. 13, comma 1, l. n. 118/1971.

#### **Assegno nucleo familiare**

Il titolare di pensione di reversibilità da lavoro dipendente, in seguito al decesso del coniuge, non ha diritto a percepire l'assegno per il nucleo familiare per i nipoti in linea retta, minorenni non conviventi, se non dimostra di provvedere al mantenimento degli stessi.

La Corte di Cassazione ha cassato la sentenza con la quale la Corte d'Appello di Lecce aveva riconosciuto il diritto della ricorrente, titolare di pensione di reversibilità in conseguenza del decesso del marito, a percepire l'assegno per il nucleo familiare per i nipoti in linea retta, minorenni non conviventi, al cui mantenimento la stessa aveva dichiarato di provvedere, essendo i relativi genitori privi di occupazione e reddito. Secondo la Suprema Corte, la Corte d'Appello di Lecce aveva errato nel ritenere applicabile al caso di specie il regime previdenziale per i pensionati già lavoratori autonomi, posto che il de cuius era pensionato già lavoratore subordinato: le norme che individuano i beneficiari di provvidenze di tipo previdenziale o assistenzia-

le (quali gli assegni per il nucleo familiare) non sono suscettibili di interpretazione adeguatrice volta ad estendere la protezione previdenziale a soggetti diversi da quelli menzionati. Peraltro, non era risultata provato il requisito della vigenza a carico dei nipoti. Gli assegni per il nucleo familiare nell'ambito del sistema previdenziale sono disciplinati dalla legge n. 153/1988 che ha diversificato i trattamenti del «carico di famiglia» gravante sui pensionati, a seconda che i beneficiari fossero titolari di pensioni derivanti da lavoro subordinato o autonomo, attribuendo soltanto ai primi gli assegni familiari, in luogo delle maggiorazioni delle pensioni precedentemente percepite.

Tale evoluzione del quadro normativo ha dotato di individualità l'assegno familiare, che non costituisce più elemento integrante della pensione, che tale individualità rende incompatibili, tra loro, i regimi previdenziali rispettivamente goduti dalle due categorie di pensionati già lavoratori dipendenti e già lavoratori autonomi. Non è applicabile al caso in esame la sentenza della Corte Costituzionale n. 180/1999, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 38 d.p.r. n. 818/1957 nella parte in cui, mentre includeva fra i destinatari diretti e immediati di pensione di reversibilità i minori non parenti formalmente affidati al titolare della pensione principale, escludeva dal beneficio dell'ultrattività pensionistica i nipoti minori e viventi a carico degli ascendenti assicurati (per i quali il legislatore non richiede il formale affidamento). L'INPS ha precisato che tale pronuncia interessa anche la materia dei trattamenti di famiglia e che a tal fine i nipoti in linea retta, minori e viventi a carico dell'ascendente, sono equiparati ai figli legittimi, anche se non formalmente affidati, purché sussista e sia dimostrata la vigenza degli stessi a carico dell'ascendente assicurato.

Tale requisito è desumibile dallo stato di bisogno del beneficiario determinato dalla sua condizione di non autosufficienza economica con riferimento alle esigenze medie di carattere alimentare dello stesso, alle sue fonti di reddito e ai proventi che derivano dall'eventuale concorso al mantenimento da parte di altri familiari e non può desumersi dall'effettivo comportamento del dante causa nei confronti dell'avente diritto.





# L'INFERMIERISTICA NELLA DEMENZA SENILE

Pasquale  
**LACASELLA**



no nessun tessuto che abbia raggiunto un livello di specializzazione paragonabile a quello del tessuto nervoso. E nessun ingegnere è mai riuscito a costruire una macchina che possa essere paragonata al cervello. Cervello e sistema nervoso hanno il compito di ricevere i segnali che provengono dall'ambiente, di interpretarli e di elaborare una risposta adeguata da parte dell'organismo. È quindi un sistema di fondamentale importanza, ma anche fragile, malattie e incidenti, infatti, possono comprometterlo in modo irreparabile. Non esiste una cura definitiva per le malattie cosiddette neurodegenerative come quella di Parkinson, quella di Alzheimer, l'Arteriosclerosi cerebrale e le Lesioni ischemiche, facenti tutte parti della grande famiglia delle patologie della Demenza senile in cui vengono distrutti o inattivati alcuni tipi di neuroni del cervello. Poiché queste malattie sono legate all'età, la loro incidenza sta aumentando nei paesi ricchi dove la vita media si allunga e la popolazione è sempre più anziana. La demenza senile è una sindrome che col-

Se riusciamo a pensare, muoverci, ricordare o provare un sentimento "cioè a vivere" lo dobbiamo all'attività del cervello e del sistema nervoso. Non c'è nell'organismo una-

pisce il 30% circa delle persone che hanno superato gli 80/85 anni di età. È una malattia progressiva che porta nel tempo la persona colpita ad avere una diminuzione delle facoltà di linguaggio, di memoria e di logica. Non esiste un tempo standard stimato per la progressione della malattia, a influire su questo processo entrano diversi fattori: lo stile di vita che comprende ad esempio il regime alimentare adottato durante l'esistenza; il tipo di lavoro svolto; l'attività fisica e il clima nel quale si è vissuto e si vive; la genetica della persona. È difficile comunque indicare quali individui sono più a rischio di sviluppare durante l'anzianità la demenza senile, le statistiche indicano che la donna, anche a causa della maggior durata della vita, ha una tendenza superiore rispetto agli uomini. Altri ricercatori hanno ipotizzato che anche il grado di istruzione (non a livello scolastico ma personale) può influire sulla sua comparsa. Se l'anziano perde il contatto con il mondo esterno e viene "isolato dalla società e dalla famiglia", gli stimoli esterni diminuiranno portando ad un invecchiamento cellulare precoce. Tutti questi fattori più o meno combinati hanno portato ad una conclusione univoca: le cellule che compongono il cervello quando muoiono non lasciano spazio ad una "nuova generazione" ma lasciano un "vuoto". Questa incapacità cellulare di riformarsi porta ad una progressiva perdita della memoria, alla difficoltà a relazionarsi con il mondo esterno e ad una seria difficoltà di linguaggio e quindi di altrui comprensione. La formazione infermieristi-



ca specialistica nell'assistenza al paziente demente comprende una serie di interventi, farmacologici e non, rivolti non solo al controllo dei deficit cognitivi, ma anche alla cura dei sintomi non cognitivi e comunque tesi al miglioramento dello stato funzionale. Curare il paziente demente è una sfida professionale ed umana per la professione infermieristica e per il care-giver colui (di solito un familiare) che si occupa più strettamente di accudire il paziente affetto da demenza e che viene individuato, da parte dei servizi di supporto socio-assistenziale, come il referente del caso. L'assistenza al paziente cronico ed in particolare demente può mettere in gioco tutte le nostre potenzialità nel progettare e realizzare interventi di "care" che sono l'espressione principale del nursing.

La progressione e la variabilità di molte forme di demenza rendono necessario un approccio flessibile e multidisciplinare che danno spazio all'infermiere di operare in sinergia con altri professionisti, pianificando un percorso di cura che ponga attenzione verso terapie ed approcci assistenziali che valorizzino i bisogni affettivi e relazionali della persona anziana. Nel paziente con malattia demenziale, la cui caratteristica peculiare consiste nell'essere progressiva ed irreversibile, l'obiettivo dell'assistenza è molto più ampio che la cura della sola malattia, comprendendo principalmente lo stato funzionale, la correzione dei sintomi cognitivi e non, ma anche la prevenzione

delle complicanze. Di conseguenza il miglioramento della funzione mentale si tradurrà in un livello di benessere complessivo e in una qualità di vita migliore sia per il paziente che per l'intero entourage. Nelle sindromi demenziali sono state sperimentate diverse modalità per sostenere le abilità residue e quindi rallentare il decadimento delle performance cognitive.

Nel loro insieme queste terapie si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona curata e sulla preliminare valutazione delle capacità residue, nonché su una accurata raccolta dati relativa al vissuto del paziente, alle sue abitudini, alle sue preferenze e alle caratteristiche peculiari. Fra le tecniche non farmacologiche maggiormente utilizzate nella malattia della demenza senile rientrano: la terapia occupazionale, la musicoterapica, la Reality Orientation Therapy, il Memory training, la psicoterapia. Pertanto la formazione del personale infermieristico non deve e non può concludersi con la formazione di base, ma ha bisogno di svilupparsi e adeguarsi alle esigenze della popolazione tramite la "formazione complementare" (peraltro già prevista dal DM.739/94) che permetta all'infermiere di fronteggiare le difficoltà quotidiane con armi sempre nuove, acquisendo innanzi tutto una maggiore sicurezza in se stessi, per poi superare le condizioni di frustrazione che inevitabilmente si presentano nell'operatore sanitario quando si seguono pazienti senza grandi prospettive di miglioramento.



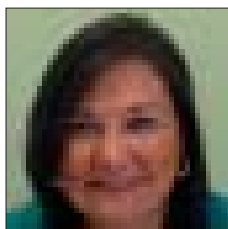
#### PENSIERO PER RICCARDO LOCONTE

Il consiglio Direttivo ha deciso di dedicare il "Premio Ipasvi Bat" 2015 al collega Loconte Riccardo perché distintosi, nel suo percorso lavorativo e formativo, per la sua capacità di chiedersi il perché in qualsiasi attività assistenziale che lui prestava. Un "perché" basato sullo studio, sulla conoscenza e sulla ricerca, sul confronto tra colleghi e sulle domande che dovevano avere risposte di salute meritevoli di un'efficacia scientifica. Con lo spirito della scoperta e dello stimolo ad avviare percorsi assistenziali basati sulla scienza e sulla condivisione del fare e saper essere infermieristico. È proprio su questo modo di operare del nostro caro collega che si basa la mis-

sion del Premio Ipasvi, stimolo per i nostri nuovi colleghi ma anche di chi già esercita la professione a imboccare la strada della ricerca e di percorsi assistenziali di provata efficacia basati sulle evidenze.



# LA SICUREZZA DEI PAZIENTI TRA QUALITÀ E RISORSE

Valeria  
**LISO**Maria  
**CASSANO**

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui l'errore e la possibilità di incidente non sono eliminabili, ma devono essere attuati tutti gli interventi possibili perché siano, perlomeno, controllabili. L'errore non deve più essere considerato come violazione o fallimento individuale, professionale, ma come occasione

di miglioramento dei processi, della loro efficienza e della loro efficacia. La tutela della salute in ambito sanitario, nel suo senso più lato, va di pari passo con la sicurezza del singolo paziente, come anche con il tema del contenimento della spesa e del "buon uso" delle risorse del paese. Le due cose (rischio del paziente e razionamento delle risorse) sono tenute insieme da un concetto espresso dal "Teorema del Servizio Sanitario Sicuro", che afferma la seguente uguaglianza: meno sprechi = più qualità = più sicurezza. Questo teorema porta con sé il concetto che i rischi clinici non sono circoscritti all'operare dei professionisti, ma dipendono da fattori organizzativi, gestio-

nali e strutturali. Lo spreco è inteso come qualsiasi utilizzo di risorse che non aggiunge valore per il cittadino utente della struttura sanitaria. Esso diventa particolarmente insostenibile quando non solo non genera valore, ma provoca danni al paziente. Semplificando, gli sprechi di gestione comporterebbero una riduzione delle risorse, e ad esempio meno personale infermieristico; il numero ridotto dei professionisti viene sovraccaricato di lavoro e non riesce a gestire con la dovuta attenzione tutti i pazienti, mettendo questi ultimi, attori protagonisti ma senza possibilità decisionale, in aumentato pericolo. Data la priorità assoluta di assicurare il guadagno di salute e la sicurezza del paziente, i danni al paziente sono la tipologia degli sprechi più importante. Tali priorità sono perseguibili attraverso un uso delle risorse disponibili che sia appropriato (alla priorità). Il Teorema, di conseguenza, può essere formulato invertendo il verso delle uguaglianze: più sicurezza del paziente = più qualità = meno sprechi. Pertanto assume centralità la gestione del rischio clinico, dove per rischio clinico si intende l'eventualità per un paziente di subire un danno a seguito di un errore compiuto dal personale medico o infermieristico, o in genere a causa di un'azione o di un'omissione. Per mettere in sicurezza il paziente si deve identificare e valutare il rischio clinico presente in ogni atto rivolto al paziente nel percorso assistenziale (es. in terapia farmacologica) ed è necessario prendere in considerazione la presenza di altre condizioni, determinanti e cause, che nel corso del tem-



po incidono sugli stessi comportamenti dei professionisti. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti. La sicurezza dei pazienti, la riduzione degli errori nel complesso e articolato processo della terapia farmacologica, soprattutto nelle fasi di prescrizione, trascrizione/interpretazione e somministrazione, e l'utilizzo razionale delle risorse rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Tale obiettivo è stato rafforzato dall'emanazione nel marzo 2008 della settima raccomandazione del Ministero della Salute, che raccomanda di adottare il Foglio Unico di Terapia (FUT) dove, in accordo con le disposizioni vigenti in tema di privacy, vengano riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla, tale da consentire la tracciabilità. L'ASL BT, in linea con quanto disposto dal Ministero della Salute e dalla Regione Puglia (determina del 17/01/2013), introduce nelle UU.OO. dei presidi ospedalieri facenti parte il FUT dopo un'intensa formazione del personale. La mission Aziendale prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie avendo come valori di riferimento la centralità del paziente, lo sviluppo di un sistema qualità e la sicurezza di pazienti, operatori, visitatori. Ora la parola d'ordine alla base di qualsiasi azione, dunque, è sicurezza ed è rilevante comprendere come i professionisti vivono i cambiamenti. A tal proposito è stata realizzata un'indagine per valutare l'impatto organizzativo indotto dal FUT, attraverso l'utilizzo di un questionario strutturato, contenente domande il più possibile neutre per non suggerire in alcun modo le risposte. I questionari sono stati sottoposti a un campione di 80 professionisti (medici e infermieri) del P.O. "Bonomo" di Andria nel

periodo giugno/luglio 2014. I risultati ottenuti sono alquanto incoraggianti. Un elevato numero di operatori coinvolti, l'85% del campione, considera utile il FUT per definire i ruoli professionali che caratterizzano il processo terapeutico e per valorizzare e definire l'operato medico e infermieristico. Allo stesso tempo, però, emergono ancora difficoltà nella pratica lavorativa. Infatti si rileva che il 57% dei partecipanti riscontra un cambiamento positivo nell'organizzazione lavorativa, poiché si ha da parte dei medici la partecipazione attiva durante il processo terapeutico e maggiore loro responsabilità nell'effettuare la prescrizione. Inoltre, l'infermiere ha la possibilità di garantire la qualità delle cure, la sicurezza nel processo di lavoro e la sua responsabilità apponendo una sigla nell'apposito spazio per tutte le operazioni effettuate. Allo stesso tempo vi è ancora il 43% del campione che afferma di aver riscontrato lievi cambiamenti e la difficoltà a modificare le vecchie abitudini lavorative, quale la trascrizione del FUT non sempre effettuata dal medico. Anche la comunicazione all'interno dell'équipe multidisciplinare, secondo il campione, è protagonista di un lento miglioramento. L'impatto organizzativo, in conclusione, è stato notevole, visto che tradizionalmente medici ed infermieri impiegavano documenti distinti per prescrivere e somministrare farmaci. Alla luce dei risultati ottenuti è necessario continuare ad agire sulla componente umana mediante la formazione sul campo e l'audit, favorendo così la discussione dei problemi emergenti, con l'obiettivo di modificare e migliorare i comportamenti dei professionisti e stimolare il loro interesse. Il corretto utilizzo del FUT porterà sicuramente ad una notevole diminuzione dei rischi di errore. Si crea così il presupposto per una futura gestione informatizzata del processo terapeutico, un ulteriore passo avanti nella prevenzione degli errori. Tali iniziative e prospettive future sono necessarie per potenziare la qualità assistenziale, in quanto non è più sufficiente che l'assistenza sia "buona": deve essere migliore, anzi la si pretende eccellente.

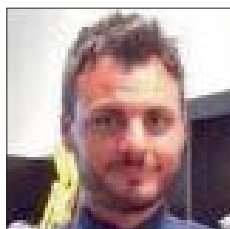
## BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute. "Risk management in sanità. Il problema degli errori", Roma 2004.



# CENTRO DI RIABILITAZIONE ENTEROSTOMALE D'ECCELLENZA

Antonio  
**MIRRO**



La genesi della stomaterapia inizia nel 1756. Da quel lontano anno sono state affinate tecniche chirurgiche e ideati presidi sempre più validi atti a favorire la riabilitazione, fondamentale per il paziente. Obiettivo è la persona operata che deve riprendere a pieno titolo il posto che occupava prima dell'intervento, sia in famiglia che nella socie-

Concetta  
**TASSIELLI**



tà. Quali sono i tempi della riabilitazione? Quando questo processo deve incominciare? Dopo quanto tempo dall'intervento?

La riabilitazione deve iniziare prima dell'intervento. La preparazione preoperatoria è il momento più importante della riabilitazione, in quanto si creano le basi per il futuro che attende lo stomizzato. Tanto il paziente sarà ben preparato, fisicamente e mentalmente, tanto più sarà informato dei cambiamenti che subirà il suo corpo, tanto meglio reagirà in seguito. La Negazione è il primo sentimento che il paziente manifesta per mantenere la preesistente immagine di sé. La risposta al dolore è l'Aggressività

che viene diretta contro qualsiasi cosa venga considerata fonte di dolore. L'Ansia è un sentimento spiacevole di allarme o di attesa. L'infermiere Stomaterapista, però, non è presente in tutte le Unità Operative. Nasce la problematica: il paziente stomizzato da chi è accudito, gestito e seguito? Dall'infermiere di corsia.

Nel piano di studi del corso di Laurea in Infermieristica, infatti, è presente il modulo della stomaterapia di base. E' scaturita l'esigenza di valutare, attraverso uno studio, le conoscenze scientifiche degli infermieri, la percezione della qualità dell'assistenza erogata, il bisogno di ampliare le proprie conoscenze e la presentazione del progetto "Centro Riabilitazione d'Eccellenza".

Il campione preso in considerazione è rappresentato da 50 infermieri dell'Azienda Ospedaliero Universitaria del Policlinico di Bari delle varie unità operative.

Il campione annovera un'età di esperienza lavorativa compresa tra 8 e 30 anni. Dall'analisi dei dati sono state evidenziate alcune criticità:

- 74 % ritiene di avere scarse conoscenze scientifiche;
- 60% è interessato a corsi di aggiornamento;
- 66% non ritiene che il tempo da dedicare al paziente e al caregiver sia sufficiente durante la degenza;
- 96% riconosce l'importanza di istituire un ambulatorio dedicato allo stomaterapia nell'ambito di un nosocomio;
- 65% è propenso all'utilizzo di protocolli e linee guida;





- 60% sarebbe gratificato perchè coinvolto nel progetto.

Dallo Studio condotto si deduce che nell'ambito delle UU.OO., non tutti gli Infermieri sono all'altezza del compito.

Il Centro di Riabilitazione Stomizzati d'ecceellenza dovrebbe essere costituito da:

- sala di riabilitazione del pavimento pelvico;
- unità assistenziale domiciliare;
- counselling pre e post operatorio;

- lavoro in rete con specialisti;
- sportello di ascolto per stomizzati funzionante H 24.

È una sfida che assicura al paziente stomizzato, assistenza consulenza e supporto psicologico.

Il paziente sarà preoccupato per la futura condizione e si porrà dei quesiti: come influirà tutto ciò nella mia vita? riuscirò a farmi accettare a livello sessuale?

Tutti questi interrogativi orbitano all'interno della mente di una persona che si appropcherà al nuovo cambiamento di stile di vita.

All'interno del centro saranno presenti delle figure professionali che collaborando in sinergia riusciranno ad accompagnare il paziente in tutto il suo percorso: Stomaterapista, Chirurgo, Dietologo, Psicologo e Consulenti.

Il malato curabile deve essere totalmente riabilitato per accedere di nuovo alla posizione da cui la malattia lo ha rimosso, deve ritrovare la sensazione della sua personale dignità e con essa una nuova vita.

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ANNUALE COLLEGIO IPASVI BARI

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

- 1) Relazione del presidente
- 2) Conto consuntivo 2014
- 3) Bilancio di previsione 2015

L'Assemblea è convocata presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42, in prima convocazione alle ore 16.30 del 18/4/2015 ed in seconda convocazione presso la sede del Collegio IPASVI di Bari sita in Viale Salandra n. 42 alle ore 16,30 del 29/4/2015. Saranno considerati presenti gli iscritti partecipanti, che potranno essere in possesso di due deleghe. Affinché l'Assemblea sia considerata valida, occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti in prima convocazione e qualsiasi numero in seconda convocazione. Per chi vuole esercitare il diritto di delega può compilare il fac-simile di seguito pubblicato. Ogni iscritto, nei giorni precedenti all'Assemblea e negli orari d'ufficio potrà esaminare i documenti di bilancio presso la sede del Collegio IPASVI.

Il Presidente *Saverio Andreola*

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

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

ISCRITTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI BARI DAL \_\_\_\_\_

DELEGA L'ISCRITTO \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE IN SUA ASSENZA ALL'ASSEMBLEA ORDINARIA 2015

DATA \_\_\_\_\_

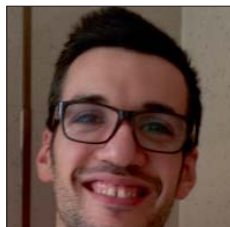
FIRMA \_\_\_\_\_



# PREVENZIONE ALIMENTARE DELLE RECIDIVE

## Codice europeo contro il cancro

Giovanni  
**FILANNINO**



“L’infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l’informazione e l’educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori”: questo è quanto recita il Codice Deontologico all’articolo 19 cap. IV ed è uno dei riferimenti per dare

sostanza a quel ruolo educativo che spetta all’infermiere. Un ruolo importante specialmente in campo oncologico, dove la necessità di diffondere stili di vita e comportamenti salutari gioca un ruolo fondamentale nell’ambito preventivo. A tal proposito risulta efficace la diffusione, da parte degli infermieri che operano nell’ambito della prevenzione oncologica, di codici comportamentali accreditati come il “Codice Europeo contro il cancro”. Stilato nel 1986 dai Paesi della comunità Europea, si tratta di un progetto unitario di semplici norme di prevenzione che costituiscono un’arma importante nella lotta ai tumori, diretta conse-

guenza dell’iniziativa tenuta a Milano, nel giugno del 1985, dal titolo “Europa contro il cancro”, che si proponeva di ridurre del 15% il numero di decessi da tumore entro il 2000. Il “Codice europeo contro il cancro” riveduto nel 1994 a Bonn da un gruppo di oncologi, su incarico della Commissione della Comunità Europea, è entrato in vigore dal 1995. Il Codice è stato promosso dalla Scuola Europea di Oncologia e dalla Divisione di Epidemiologia dell’Istituto europeo di oncologia. Sono dieci le raccomandazioni contenute nel “Codice europeo contro il cancro” e abbracciavano tre grandi aree comportamentali: adottando un più sano stile di vita è possibile evitare taluni tipi di cancro e migliorare lo stato di salute; molti più tumori possono essere curati se diagnosticati in tempo; per le donne un invito a eseguire regolarmente il Pap-test e a controllare il seno.

Nel 2003 il Codice europeo contro il cancro ha subito una revisione e i suoi dieci principi fondamentali sono stati integrati con altre due raccomandazioni: partecipare ai programmi di screening per la prevenzione del tumore del colon e partecipare ai programmi di vaccinazione contro l’epatite B. Così a livello europeo sono stati definiti dodici modi per ridurre il rischio di contrarre una patologia cancerosa, ovvero:

- Non fumare: evitare l’uso di qualsiasi tipo di tabacco;
- non consentire che si fumi nel proprio ambiente domestico o lavorativo;
- impegnarsi nel mantenere un peso corporeo sano;





- fare quotidianamente esercizio fisico;
- mantenere una dieta sana: consumare abbondantemente cereali integrali, legumi, verdura e frutta; limitare cibi molto calorici; evitare bevande zuccherate; limitare le carni rosse; limitare i cibi ricchi di sale;
- evitare il consumo di alcol;
- evitare esposizioni prolungate al sole e a lampade abbronzanti;
- proteggersi da sostanze cancerose, negli ambienti di lavoro, rispettando le regole di sicurezza;
- controllare che nella propria abitazione non ci sia una alta concentrazione di radon;
- per le donne: allattare al seno, per ridurre il rischio di cancro; limitare l'uso della terapia ormonale sostitutiva (TOS);
- far aderire i bambini ai programmi di vaccinazione per l'epatite B e del papilloma virus (HPV), per le ragazze;
- partecipare ai programmi organizzati di diagnosi precoce per: tumore dell'intestino; tumori della mammella; tumori della cervice uterina.

La diffusione di questi comportamenti rappresenta, sicuramente, un notevole vantaggio oggi per la popolazione sana, ma il ruolo educatore dell'infermiere non si esaurisce a questo punto, poiché di prevenzione si parla anche dopo la malattia. In particolare modo è compito dell'infermiere saper educare il paziente oncologico a mantenere comportamenti adeguati ed efficaci anche dopo i vari trattamenti chemioterapici o chirurgici al fine di prevenire eventuali recidive. Il paziente spesso nelle corsie dei reparti oncologici chiede consigli all'infermiere che è la figura sicuramente più capace di raggiungerlo empaticamente e dare una risposta alle sue preoccupazioni.

I giusti comportamenti definiti sulla base di studi clinico-epidemiologici eseguiti da parte del Centro Nazionale dei Tumori di

Milano, coincidono con le raccomandazioni formulate dai ricercatori del Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro ovvero, attuare comportamenti ali-

mentari capaci di favorire il suicidio delle cellule alterate. Gli obiettivi saranno dunque quelli di tenere bassa la glicemia, tenere bassa l'insulina, evi-

tare cibi ad alto indice glicemico, latte e cibi ad alto contenuto di grassi saturi che ostacolano il buon funzionamento dell'insulina, tenere bassi i fattori di crescita, evitare dunque il latte e cibi molto ricchi di proteine animali, tenere bassi i livelli di infiammazione consumando cibi con proprietà anti-infiammatorie come cereali integrali, soia, cipolle, verdure, evitare cibi ricchi di poliamine (sostanze indispensabili alla proliferazione cellulare), come arance, pomodori, melanzane, peperoni, banane, kiwi; non ne contengono invece i frutti di bosco. Educare e formare il paziente è un atto dovuto e contemplato nel codice deontologico e l'infermiere ha il compito fondamentale di veicolare i pareri degli esperti e le evidenze scientifiche al paziente, in maniera semplice comprensibile e diretta, a vantaggio dell'etica professionale e della salute del paziente. Prevenire significa utilizzare gli strumenti principali con cui difendere la nostra salute e, quando questa è minacciata da una malattia, fare in modo di curarla nella maniera meno invasiva e più efficace. Prevenzione vuol dire vivere meglio e più a lungo. Esistono tre forme di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria. Si fa prevenzione primaria quando si riduce l'esposizione ai fattori di rischio ed alle cause di insorgenza della malattia. Fare prevenzione primaria vuol dire eliminare o ridurre i fattori di rischio che possono determinare l'insorgenza di una malattia. La prevenzione secondaria, invece, mira ad ottenere la diagnosi precoce del tumore. Della prevenzione terziaria fanno parte i trattamenti attuati per la cura definitiva della malattia e per prevenire le sue possibili complicanze. La prevenzione oncologica non richiede solo impegno, ma responsabilità verso noi stessi, perché la salute è il nostro bene più prezioso!







# OSPEDALI INGLESI PIÙ SICURI CON PIÙ INFERMIERI

Approvate le nuove linee guida sulle dotazioni organiche

Giuseppe  
PAPAGNI



Dopo i recenti scandali che hanno colpito le strutture sanitarie inglesi, le autorità sono corse ai ripari con Peter Carter, segretario generale del Royal College of Nursing che è ri-

uscito ad imporre l'organico di sicurezza, favorendo l'assunzione di molti infermieri. Lo dimostrano le copiose campagne di reclutamento che portano le agenzie incaricate a reclutare personale infermieristico proprio dall'Italia. Mentre da noi mancherebbero nel sistema ben 60 mila infermieri, abbassando pericolosamente quel livello di sicurezza, demansionando continuamente il lavoro dell'infermiere laddove mancano anche le figure di supporto. Un vero e proprio paradosso al quale si dovrebbe rispondere, nel nostro Paese, non solo riportando agli standard previsti il lavoro infermieristico ma anche aprendo la strada alle assunzioni, attraverso i concorsi pubblici, ferme da troppo tempo anche a causa di una delicata situazione economica per la sanità italiana (ma anche quella pugliese) che, lentamente, si sta cercando di risanare. Ma tornando alle vicende di oltre Manica (che interessano, di fatto, anche gli infermieri di casa nostra) è importante evidenziare che negli ospedali inglesi sono state promosse linee guida/direttive rigorose in merito ai livelli

di sicurezza dell'organico degli infermieri, nonostante non vi siano numeri minimi prestabiliti.

C'è un dato che deve far riflettere: l'Istituto Nazionale per la Salute e assistenza riferisce che avere più di otto pazienti per un infermiere in un reparto dovrebbe agire da fattore scatenante per verificare se l'assistenza può essere compromessa nel corso di una giornata lavorativa. Ha inoltre definito una serie di eventi "red flag" che avrebbero potuto provocare un inadeguato livello di assistenza ospedaliera come per esempio deficit nella gestione del dolore oppure situazioni in cui i pazienti non hanno ricevuto la giusta assistenza durante le cure igieniche in bagno e problemi legati alla somministrazione della terapia.

Il governo inglese ha ribadito che l'introduzione delle linee guida è un "importante passo in avanti" per l'assistenza, anzi, il giusto livello di assistenza. Il professor Gillian Leng, vice direttore generale dell'Istituto Nazionale per la Salute (NICE), ha dichiarato che "è più complesso impostare un livello di sicurezza relativo alla composizione dell'organico che focalizzare l'attenzione sul singolo lavoratore. L'attenzione – spiega ancora Leng – non deve essere posta solo sul numero del personale, ma dovrebbe essere posta sul livello di assistenza di sicurezza del paziente in modo che il personale infermieristico sia assolutamente pronto con le migliori pratiche per avere una buona gestione in ospedale. Il motivo per cui non esiste il rapporto di un infermiere per otto pazienti – conclude nella sua analisi il



professor Leng – è perché in alcuni reparti vi sono scenari differenti per cui non è sufficiente il suddetto rapporto, dunque, una sola figura non è sufficiente se si vuole fornire il giusto livello di assistenza ai pazienti”. Dichiarazioni che dovrebbero essere tenute in considerazione anche alle nostre latitudini, proprio per garantire agli infermieri un elevato livello di sicurezza nello svolgimento del proprio lavoro e ai pazienti un altrettanto elevato livello di assistenza. In Inghilterra, attualmente, impostare i livelli di sicurezza dipende interamente dai singoli ospedali anche se i ministri del Governo di quel Paese hanno posto il problema a Nice dopo l’inchiesta pubblica sullo scandalo dell’ospedale di Stafford, avvenuto nel 2007. Gli organismi di vigilanza, al termine delle analisi periodiche che vennero effettuate nell’ospedale di quella città inglese, verificarono che c’era un elevato tasso di mortalità tra i pazienti degenti in regime d’urgenza. Fu il rapporto della Commissione d’inchiesta, presentato nel 2013, a sollevare il velo su quanto accaduto a Stafford. Ed è grazie alle campagne condotte an-

che dal Royal College of Nursing che si è arrivati ad imporre l’organico di sicurezza. NICE ha stimato che l’attuazione delle linee guida potrebbe costare sulle 200 sterline - circa il 5% del costo di un infermiere nei reparti ospedalieri - anche se ha detto che a lungo andare si risparmierebbe denaro attraverso il miglioramento dell’assistenza. Peter Carter, segretario generale del Royal College of Nursing ha affermato: “Il personale infermieristico ha da tempo riconosciuto l’importanza dell’organico di sicurezza e ha costantemente fornito elementi di prova pericolose per i pazienti ove vi è poco personale. Sarebbe bello vedere se questo venisse riconosciuto in tutto il Servizio Sanitario Nazionale”. Dichiarazioni, anche queste, che dovrebbero essere prese ad esempio da chi governa la sanità italiana. Il Ministro della Sanità inglese, Jeremy Hunt ha asserito che le direttive in questione sono un importante passo avanti. “Il NHS - ha spiegato Hunt - sarà in grado di fornire un’assistenza sanitaria più sicura ed i pazienti possono aver fiducia nel giusto numero di personale infermieristico che è in servizio. Le indicazioni valgono anche per il Galles, sebbene saranno i ministri a decidere se verranno applicate. In Scozia, il livello di organico negli ospedali è già regolarmente monitorato anche se non esistono percentuali minime consigliate”. La pubblicazione delle linee guida ebbe seguito il giorno dopo della visita dell’ispettore capo degli ospedali, il quale considerò che il numero di organico era talmente basso in alcune unità operative dell’ospedale di Stafford che la perdita di uno o di due unità avrebbe causato problematiche serie.





# IL FUTURO DELL'OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Elena  
GUGLIELMI



ad un incremento notevole degli accessi. Tra le principali cause di questo fenomeno, la crisi del sistema delle cure primarie che è tutt'ora inadeguato ad assorbire gli effetti della de-ospedalizzazione delle cure. In conseguenza di ciò è esplosa la richiesta di prestazioni sanitarie, determinando anche pericolose situazioni di superaffollamento nell'ambito delle strutture dei Dipartimenti d'Emergenza/urgenza. La limitata disponibilità di risorse, spazio e tempo, contro la necessità di una valutazione e trattamento corretti e adeguati produce la medicina osservazionale, intesa però in senso generico, multi-specialistico. L'Osservazione Breve Intensiva e la Degenza Breve fanno parte della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e risponde all'esigenza di proseguire, per tutti i pazienti che lo necessitano, con il monitoraggio mirato a valutare l'evoluzione del quadro clinico ed a completare gli accertamenti necessari, ove richiesto e possibile. La Struttura persegue altresì l'obiettivo di ridurre i ricoveri impropri nei reparti di degenza e di evitare in tal modo

In questi ultimi anni, per diversi motivi, si è assistito ad un utilizzo crescente delle strutture dedicate all'emergenza/urgenza ed in particolare del Pronto Soccorso che ha portato

le dimissioni troppo precoci dal Pronto Soccorso, garantendo al paziente una maggiore sicurezza e la corretta esecuzione dei protocolli diagnostico-terapeutici verificati e normalizzati. In particolare, in O.B.I., ogni posto letto deve essere dotato di monitor, vengono ricoverati i pazienti per cui è previsto un tempo di permanenza compresa tra un minimo di 6 ore ed un massimo di 24 ore, ovvero per tutte le patologie a bassa complessità incluse in appositi elenchi deliberati dalle rispettive Regioni. La Degenza Breve, è dotata di posti letto monitor, ed è invece destinata a tutti i pazienti definiti a bassa/media complessità e dimissibili verosimilmente entro le 72 ore. In entrambi i reparti possono essere ricoverati anche pazienti critici che, se non dimissibili, verranno poi successivamente trasferiti presso altre Unità Operative per competenza. All'Unità di Osservazione Breve Intensiva vengono inviati, dal Pronto Soccorso, casi con malattie che non necessitano di ricovero immediato, ma di una terapia con osservazione per alcune ore e/o di un approfondimento diagnostico. Gli scopi dell'O.B.I. sono:

- Valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così da consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile;
- valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel reparto più appropriato;
- ridurre il numero di ricoveri nei reparti





di degenza migliorando l'appropriatezza;

- in caso di sovraffollamento del Pronto Soccorso o di temporanea assenza di posti letto presso reparti di degenza dell'Azienda, mantenere sotto controllo un paziente in

attesa di esami, consulenze, e/o trasferimento ad altro Ospedale o di posto letto libero.

Il paziente indirizzato all'O.B.I. dovrebbe presentare (almeno idealmente) le seguenti caratteristiche. Dal punto di vista clinico ci deve essere la presenza di sintomi e segni di media o bassa gravità sia di competenza medica che chirurgica od ortopedica, in presenza comunque di una certa stabilità clinica e dei parametri vitali con esclusione del paziente rianimatorio e di quello con agitazione psicomotoria o rischio autolesivo. Dal punto di vista diagnostico ci deve essere la possibilità di eseguire in regime ambulatoriale gli accertamenti necessari ad una diagnosi corretta, senza troppo interferire con attività elettive dei servizi. Dal punto di vista terapeutico ci deve essere la possibilità di un trattamento rapido ed efficace, in grado di risolvere il quadro clinico. Ogni stanza di degenza dell'O.B.I. deve essere supportata da servizi. Dispone degli stessi supporti diagnostici aziendali del Pronto Soccorso, ovvero radiologia tradizionale e TC, esami dal laboratorio di emergenza 24 ore su 24, è supportata inoltre dai servizi di radiologia per esami di ecografia vascolare e addominale. La Medicina d'Urgenza ha il compito di accettare, valutare e trattare le emergenze-urgenze; al termine di questo percorso il personale medico decide se dimettere o ricoverare il paziente. L'O.B.I., è la terza opportunità a disposizione del Pronto Soccorso nella gestione delle emergenze-urgenze, per evitare il rischio di dimissioni e/o ricoveri inappropriati. In un contesto caratterizzato dalla tendenza alla de-ospedalizzazione e alla riduzione

del numero di posti letto per acuti, l'O.B.I. offre peraltro un setting assistenziale alternativo al ricovero tradizionale, garantendo all'utenza prestazioni qualitativamente ottimali con minore utilizzo di risorse. Il 5-10% dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso necessita di osservazione; di questi mediamente il 70% viene dimesso ed il 30% ricoverato al termine dell'osservazione. L'O.B.I. è una unità funzionale all'interno del Pronto Soccorso. L'osservazione, invece, che viene sviluppata in Pronto Soccorso e che viene conclusa entro 2-3 ore, non necessita di posti letto, ma comunque di spazi adeguati e di poltrone comode e/o di barelle con sponde, può denominarsi Osservazione Temporanea (O.T.).

La permanenza in O.B.I. viene documentata da apposita scheda contenente il diario clinico, le indagini, le terapie eseguite, la diagnosi e l'esito. Inoltre, è prevista la somministrazione dei pasti e la visita ai pazienti da parte dei parenti in accordo con il personale medico in fasce orarie stabilite. Una quota parte dei posti letto (P.L.), mediamente il 50%, deve essere dotata di monitoraggio emodinamico e respiratorio. Ogni P.L. deve avere a disposizione l'ossigeno e aspiratore a parete. All'interno della U.O. devono essere presenti almeno: monitor defibrillatore/stimolatore, ventilatore meccanico non invasivo in grado di lavorare almeno in modalità PSV/PEEP, ecografo pluridisciplinare, elettrocardiografo, pulsiossimetro, glucometer, sfigmomanometri, pompe di infusione, in numero adeguato, set per intubazione/RCP. In generale dovrebbe essere potenziato, ma occorrerà definire meglio e condividere i percorsi di diagnosi e cura per specifiche patologie individuate sulla base delle strutture presenti nel territorio di riferimento. Da un punto di vista clinico-organizzativo in O.B.I. la gestione dei pazienti deve essere affidata a personale medico ed infermieristico esperto, il tempo limite di 24 ore deve essere tenuto in considerazione nella scelta della tipologia dei pazienti, pertanto occorre individuare esattamente il paziente che non abbisogna di cure prolungate, è necessario definire e condividere con i Dipartimenti i percorsi diagnostici e di cura, è imperativo mantenere standard adeguati riguardo organico e strutture.



# CADUTE IN OSPEDALE

## La responsabilità della struttura e degli operatori

Annamaria  
**MARTELLOTTA\***



Elena  
**CHIEFA\***



Le cadute degli utenti in una struttura sanitaria ospedaliera, causate da problemi strutturali o da omessa vigilanza del paziente, sono, almeno nel 90% dei casi, prevedibili ed evitabili. La letteratura internazionale evidenzia che le cadute determinano un incremento dal 5% al 10% di tasso di ospedalizzazione o comunque un prolunga-

mento del periodo di degenza. Considerato l'aumento di richieste di risarcimento danni, non solo alle strutture sanitarie (ex art. 2051 c.c. o ex art. 1218 c.c.) ma anche agli operatori sanitari (ex art. 2043 c.c.), è necessario che le strutture predispongano interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali. La Raccomandazione Ministeriale n. 13 del novembre 2011 "prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", stima che "circa il 14% delle cadute in ospedale è classificabile come accidentale, cioè determinate da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), che

circa l'8% è classificabile come imprevedibile, cioè determinate dalle condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio) e circa il 78% rientra tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, paziente con difficoltà nella deambulazione). È evidente che le cadute, nel 92% dei casi, sono determinate da problemi organizzativi per carenza strutturale o da "cattiva gestione" del paziente da parte del personale sanitario. Le cadute rientrano tra gli eventi avversi, eventi inattesi di grave rilevanza che comportano un effettivo danno non intenzionale ed indesiderabile, che si verificano più frequentemente nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate o tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le tipologie di responsabilità, che si possono riscontrare, riguardano la responsabilità della struttura e la responsabilità degli operatori. La responsabilità della struttura deriva da inadeguata manutenzione dell'area della struttura sanitaria (esempio: buche, pavimenti scivolosi, ...). In questi casi viene individuata una responsabilità oggettiva del responsabile della Struttura Sanitaria, su cui ricade l'onere di dimostrare l'esclusiva colpa altrui ovvero il caso fortuito. Ciò poiché alla struttura sanitaria viene richiesta un'adeguata attività di vigilanza e controllo dei propri beni patrimoniali, garantendo standards di diligenza ed efficienza particolari proprio in considerazione delle caratteristiche dell'utenza, alla quale non può richiedersi, nell'uso del bene



pubblico, quel livello di vigilanza e di accortezza normalmente spendibile dall'uomo medio in discrete condizioni di salute. La struttura sanitaria ha l'onere di provvedere ad una diligente gestione e manutenzione programmata delle aree comuni, scale, nonché di mettere in atto accorgimenti tecnici antiscivolo per evitare il prodursi di un danno all'utente. Per quanto attiene la responsabilità degli operatori è necessario evidenziare che l'accettazione in una struttura sanitaria del paziente ai fini del ricovero determina con la struttura, la conclusione di un contratto di natura atipica, incentrato su una prestazione complessa a favore dell'ammalato che può, sinteticamente, definirsi di "assistenza sanitaria". Nell'ambito di tale rapporto atipico assumono rilievo, oltre alle prestazioni sanitarie, anche quelle di carattere alberghiero e le connesse obbligazioni di sicurezza e/o protezione. Ne deriva quindi che la responsabilità della struttura nei confronti del paziente che ha subito lesioni a seguito di caduta all'interno dell'ospedale ha natura contrattuale e può sussistere a prescindere dalla possibilità o meno di accertare il comportamento colposo di un singolo soggetto operante all'interno della struttura stessa. Il rapporto che lega il paziente all'istituzione sanitaria, ha natura contrattuale, l'istituzione assume un'obbligazione principale avente ad oggetto la cura del paziente, o l'accertamento diagnostico. Nell'illecito contrattuale dovrà essere il debitore a provare di aver correttamente adempiuto e, in caso di inadempimento, dimostrare, al fine di liberarsi dalla responsabilità, di non aver potuto adempiere, in tutto o in parte, per causa a lui non imputabile. Nell'illecito extracontrattuale, l'onere della prova spetterà interamente a colui che intende ottenere il risarcimento del danno. Il Paziente danneggiato dovrà provare l'esistenza di un danno ingiusto, il nesso di causalità con il comportamento, anche omissivo, di colui che lo ha causato e l'eventuale dolo o colpa. Si ritiene, dal punto di vista giurisprudenziale, che nel caso di lesioni da caduta di un paziente occorre seguire la strada dell'azione per responsabilità extracontrattuale per ottenere il risarcimento dei danni patiti. Sussiste in questo caso però la necessità di individuare l'operatore la cui condotta omissiva ha causato l'evento caduta. Di facile soluzione

sono i casi di degenti, con problematiche particolari e quindi che non sono in condizioni di deambulazione, che cadono mentre vengono trasportati con carrozzine, o con barelle, o comunque sono aiutati a spostarsi da personale sanitario. È più complicato individuare il soggetto responsabile in casi in cui i pazienti si procurino lesioni da cadute in assenza di operatori ospedalieri nelle loro immediate vicinanze. Escludendo i casi di degenti autosufficienti che cadono all'interno della struttura sanitaria per fatto proprio, o per cause non imputabili al personale sanitario che li ha in cura (es.: paziente che scivola sul pavimento bagnato) e per cui può ravvedersi una responsabilità della struttura ex art. 2051 c.c., la tipologia rilevante di casi è ricompresa nella fattispecie di pazienti che per le loro condizioni di salute, necessitano di essere contenuti e/o controllati al fine di evitare che si procurino lesioni. In tale caso può sussistere una responsabilità colposa dell'operatore di tipo omissivo determinata dalla mancata vigilanza del paziente. La responsabilità per colpa del personale sanitario in turno, consiste in imprudenza, negligenza ed imperizia, per non aver, in molti casi, tenuto sotto diretto controllo il paziente e per non aver collocato attorno al lettino le sbarre e che di sicuro impediscono di cadere. La logica e la prudenza consigliano a chiunque, tanto più a personale sanitario, di utilizzare per i pazienti confusi quelle sbarre di cui ogni letto ospedaliero è dotato, al fine di evitare le cadute. La riduzione del rischio da caduta dei pazienti nelle strutture sanitarie è un indicatore della qualità assistenziale e può essere conseguita solo se si mettono in essere momenti di specifica formazione del personale sanitario al fine di migliorare la competenza nella prevenzione e gestione delle cadute. La struttura e gli operatori devono adottare le misure di valutazione sia degli ambienti sia del paziente, identificando, mediante scale di valutazione (es. Scala Conley, Scala Morse, Scala Stratify, ...), i soggetti potenzialmente a rischio di caduta ed attuando conseguentemente una pianificazione di interventi clinico-assistenziali atti a ridurre il rischio.

\* Studentessa Corso di Laurea in Infermieristica

\*\* Avvocato del Lavoro



# PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di  
Pasquale Nicola Bianco

## ■ Management dell'invecchiamento: una sfida per il futuro

Il modo in cui la gente invecchia, la possibilità di continuare la propria attività lavorativa e le condizioni di salute dipendono in larga misura dalle condizioni lavorative. Nei paesi europei si è verificato un radicale mutamento delle prospettive: si vuole da un canto che cresca la percentuale di persone anziane nella vita produttiva, dall'altro che quelli che lavorano oggi continuino a lavorare anche domani. Come dimostrano le discussioni sulle prospettive dei lavoratori più anziani e sul prolungamento della vita lavorativa, l'INcapacità di lavoro attira maggiore attenzione del suo pendant positivo, cioè la work ability. Molte misure adottate nel campo della sicurezza e della salute sul lavoro sono oggi misure di tutela, introdotte per evitare compromissioni della salute. Ma in futuro tutto questo non basterà più: si pensa cioè già a come migliorare la work ability delle persone. Ed è in questa luce del prolungamento dell'attività lavorativa che il principio del management dell'invecchiamento assume una importanza crescente per la competitività delle aziende e per la qualità del lavoro. Che ci sia da sviluppare migliori qualifiche e competenze, da gestire il know-how aziendale o da rivedere e riorganizzare il lavoro, i fattori vecchiaia e il processo di invecchiamento diventano sempre più rilevanti. (Istituto Promozione Lavoratori)

## ■ Promozione della salute nei luoghi di lavoro

La promozione della salute nei luoghi di lavoro è il risultato degli sforzi congiunti dei datori di lavoro, dei lavoratori e della società allo scopo di migliorare la salute e il benessere nei luoghi di lavoro. Vi contribuiscono i seguenti fattori: il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro; l'incoraggiamento della partecipazione dei lavoratori all'intero processo riguardante la promozione della salute nei luoghi di lavoro; la possibilità di compiere scelte sane e l'incoraggiamento dello sviluppo personale. Promuovere la salute nei luoghi di lavoro significa ben più che semplicemente soddisfare i requisiti giuridici in tema di salute e sicurezza, significa altresì che i datori di lavoro aiutano attivamente il proprio personale a migliorare la salute e il benessere generale. All'interno di questo processo è fondamentale coinvolgere i lavoratori e tener conto delle loro esigenze

e opinioni su come organizzare l'attività e il luogo di lavoro.

## ■ Strategia Europa 2020

La strategia Europa 2020 si propone di aumentare il tasso di occupazione della popolazione in età compresa tra 20 e 64 anni al 75%. A tale scopo, i cittadini europei dovranno lavorare più a lungo. Aumentare i livelli di occupazione e prolungare la vita lavorativa sono importanti obiettivi delle politiche europee e nazionali sin dalla fine degli anni novanta. Il tasso di occupazione dell'UE-27 per le persone di età compresa tra 55 e 64 anni è aumentato da 36,9% nel 2000 a 46% nel 2009. Si tratta comunque di un tasso di occupazione ancora di gran lunga inferiore a quello generale del gruppo di età compreso tra 20 e 64 anni, che era pari a 69% nel 2009. È aumentata costantemente anche l'età media di uscita dal mercato del lavoro dell'UE-27, che è passata da 59,9 anni nel 2001 a 61,2 anni nel 2007.

## ■ Farmaci: aumenta consumo ma spesso italiani li usano male

Gli italiani consumano sempre più farmaci ma in molti casi li utilizzano male, con un grande spreco in termini di risorse per il Sistema Sanitario Nazionale. È ciò che emerge dal Rapporto Osmed dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), relativo all'uso dei farmaci nei primi nove mesi del 2014. I consumi nel 2014, sono aumenti sia pure lievemente, con i farmaci per il sistema cardiovascolare che si confermano i più utilizzati.

Il maggior utilizzo si registra nel Centro-Sud, il Lazio si colloca al primo posto per dosi medie giornaliere per mille abitanti (1.184), seguito da Calabria, Puglia e Sardegna. Bolzano, Liguria e Veneto fanno invece registrare i valori più bassi. Gli italiani hanno acquistato in media, tra gennaio e settembre 2014, 23 confezioni di medicinali e i farmaci più utilizzati sono stati, ancora una volta, quelli del sistema cardiovascolare.

La spesa pubblica, invece, vede al primo posto gli antitumorali. Dal rapporto dell'Aifa, emerge che nei primi nove mesi del 2014 la spesa farmaceutica nazionale totale (che comprende i farmaci distribuiti attraverso le farmacie pubbliche e private e quelli acquistati e dispensati dalle strutture sanitarie pubbliche) è stata pari a 19,9 miliardi di euro, il 75,6% dei quali rimborsato dal Servizio sanitario nazionale.

a cura di  
Loredana  
**CAPPELLI**

CORSI E CONVEGNI

■ **MEDITERRANEA 8° CONGRESSO NAZIONALE DI PEDIATRIA**

Bari, 10-11 Aprile 2015

**INFO:** Idea Congress  
Tel: 06 36381573  
e-mail: info@ideacpa.com

■ **VII WORKSHOP PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA ALLA RICERCA DELLA FERTILITA' PERDUTA**

Bari, 10-11 Aprile 2015

**INFO:** Meeting Planner  
Tel: 080 9905360  
e-mail: info@meeting-planner.it

■ **LA GESTIONE DELLO STRESS CORRELATO: STRUMENTI PER LE ATTIVITA' DI ASSISTENZA E VIGILANZA**

Bari, 14-15 Aprile 2015

**INFO:** INAIL  
Tel: 06 54872770  
e-mail: ecm@inail.it

■ **INTERNATIONAL CONGRESS "ON THE PELVIS AS A MOTHER"**

Bari, 19-21 Aprile 2015

**INFO:** MKT ECM  
Tel: 0639372581  
e-mail: cgmkt srl@gmail.com

■ **PROGRESS IN EYE SURGERY NUOVI SCENARI DELLA CHIRURGIA OCULARE**

Bari, 24 Aprile 2015

**INFO:** Italiana Congressi srl  
Tel: 3392822937  
e-mail: segreteria@italianacongressi.it

■ **UROLAP-3 CORSO DI CHIRURGIA PROSTATICA MINI-INVASIVA**

Bari, 6-7 Maggio 2015

**INFO:** Centro Italiano Congressi  
Tel: 080 5043737  
e-mail: info@cicsud.it

■ **LA FIBROLISI NELLA PRATICA RIABILITATIVA**

Bari, 9-10 Maggio 2015

**INFO:** Studiogest srl  
Tel: 800416321  
e-mail: info@studiogest.net

■ **XIV CONGRESSO NAZIONALE ICISCU DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE NON INVASIVA: INTEGRAZIONE CON IL DECISION MAKING CLINICO TERAPEUTICO**

Bari, 14-15 Maggio 2015

**INFO:** Italiana Congressi srl  
Tel: 3392822937  
e-mail: segreteria@italianacongressi.it

■ **COMUNICARE IN CHIRURGIA ASSOCIAZIONE CHIRURGI OSPEDALIERI ITALIANI**

Bari, 18 Maggio 2015

**INFO:** ACOI  
Tel: 06 37518937  
e-mail: segreteria@acoi.it

■ **V EDIZIONE UPDATE IN PATOLOGIA VASCOLARE DALLA CHIRURGIA ALL TRATTAMENTO ENDOVASALE IN DAY SERVICE**

Bari, 29 Maggio 2015

**INFO:** Intermeeting srl  
Tel: 049 8756380  
e-mail: infopd@intermeeting.org

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

**INFO:** CNC Bari

Tel: 349 0947570  
e-mail: cl.infermiere@libero.it

■ **L'INFERMIERE (incompiuto) NELLE "NUOVE" AREE PROFESSIONALI**

**I ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità**  
Vieste (FG), 18 - 19 - 20 Giugno 2015

**INFO:** Eventi e Congressi  
Tel: 081 198 103 98  
www.eventiecongressi.net  
e-mail: segreteria@eventiecongressi.net