

## L'INFERMIERE IN EQUILIBRIO PRECARIO

in evidenza

EDITORIALE

PRIMO  
PIANO

IN  
FORMAZIONE

L'infermiere  
incompiuto

Infermieri  
nell'Università in cerca  
della pari dignità

Apnee del sonno e  
sicurezza stradale



IPASVI

# Filodiretto

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

## Direzione/Redazione/Amministrazione

V.le Salandra, 42 - 70124 Bari - T. 080 9147070 - 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 7 agosto 2015

## Direttore Responsabile

Saverio Andreula

## Vicedirettrici

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

## Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

## Comitato di redazione

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 Fighera, Ciro Genchi, Vincenzo Inglese, Pasquale Lacasella, Adriana Laterza, Antonia Mennuni, Alessandra Piazzolla, Adriana Piazzolla, Michele Ragnatela, Alessia Schiavone, Concetta Tassielli, Rosa Tupputi, Marta Visentini.  
 Foto/immagini di Raffaele Recchia

## FILODIRETTO NORME EDITORIALI

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

## EDITORIALE

### 3 L'INFERMIERE INCOMPIUTO

Saverio Andreula

## PRIMO PIANO

### 5 INFERMIERI NELL'UNIVERSITÀ IN CERCA DELLA PARI DIGNITÀ

Salvatore Petrarolo

### 7 RICONOSCERE AGLI INFERMIERI LE COMPETENZE AVANZATE

Salvatore Petrarolo

## PROFESSIONE IN AZIONE

### 9 L'INFERMIERE: RISORSA PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA SALUTE

Michele Ragnatela

### 11 ASSISTENZA PREOPERATORIA

Adriana Laterza, Tina Tassielli

### 13 NEL S.S.N. INGLESE

Alessia Schiavone

### 15 ULCERE E OSSIGENOTERAPIA NORMOBARICA DISTRETTUALE

Rosa Tupputi, Marta Visentini

### 17 IPERTENSIONE ARTERIOSA

Pasquale Lacasella

### 18 LA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI PICC

Antonia Mennuni

### 20 I NUOVI PRINCIPI E STRUMENTI DEL CODICE DELL'AMMINISTRAZIONE DIGITALE

Locantore Altomare

### 22 SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

a cura del Consiglio Direttivo

## RICERCA INFERMIERISTICA

### 23 L'INFERMIERE ALL'INTERNO DEL I I 8 BARI

Ciro Genchi, Roberto Greco

## IN FORMAZIONE

### 26 IL GOVERNO CLINICO

Alessandra Piazzolla, Adriana Piazzolla

### 28 APNEE DEL SONNO E SICUREZZA STRADALE

Michele Fighera, Vincenzo Inglese

## INSERTO 3/4

### MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

## PILLOLE D'INFORMAZIONE

Pasquale Nicola Bianco

## CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



# L'INFERMIERE INCOMPIUTO

## Storia di fallimento (appunti)

Saverio  
**ANDREULA**



*Ancora più in-fuocata, e non solo sotto l'aspetto climatico, l'estate di quest'anno per la sanità italiana e per noi Infermieri in particolare. A tenere banco è il rapporto tra la "politica", le rappresentanze sindacali e pro-*

*fessionali mediche e quelle infermieristiche conseguentemente al famigerato "comma 566" inserito nell'ambito della legge di stabilità 2015 poiché rimasto nella sua declinazione di principio. L'articolato di legge rischia di "far saltare il banco" al nostro sistema sanitario, già ingrippato per il ridimensionamento delle risorse disponibili rinvigorendo la "stucchevole disputa" sui rispettivi ruoli e aree delle competenze, tra i Medici e gli Infermieri. Accantoniamo, per il momento l'argomento, occupandoci di altro "miei appunti" redatti, un po' alla rinfusa che si spera rinfrescano i lettori avviluppandoli in una nuvola leggera di immaginazione che aiuti a leggere le prospettive del nostro futuro professionale e non solo.*

### **Formazione & Occupazione**

*Negli ultimi 5 anni, sono oltre 9.000 i posti di Infermiere "falcidiati" in Italia; n. 800 circa i posti che riguardano la Puglia. In evidenza la grave crisi occupazionale che morde come non mai.*

*La lettura dei dati sul fenomeno occupazionale è impietosa:*

*Il tasso di inoccupazione infermieristica*

*pugliese rispetto ai neolaureati dell'ultimo quinquennio è del 68% circa con un forte incremento di contratti atipici. Dopo i primi segnali pervenuti, la percentuale degli inoccupati in Italia e in modo particolare in Puglia (spiegherò il perché in seguito) è destinata inevitabilmente a salire.*

*Parallelamente in Puglia si è deciso, (decreto UNIBA n.2522 10/7/15), con il parere contrario del Collegio e nonostante l'evidente "non conformità" degli standard organizzativi e di risorse umane, definite dall'ANVUR-MIUR, l'incremento dell'offerta formativa a n. 561 posti complessivi a cui si aggiungono n. 201 posti dell'università foggiana (decreto UNIFG n. 17960-V.2 del 16/715).*

*Evidentemente, l'incremento dei posti per il corso di laurea in infermieristica, è destinato a determinare un complessivo peggioramento della qualità del sistema formativo che ha già evidenziato clamorosamente le proprie deficienze, con documentati fatti di cronaca, in particolare nei poli dell'area ionica e di quella foggiana.*

*Corposo è l'elenco delle inefficienze riguardanti aspetti tecnico-strutturali e di sistema, che impediscono, la cogente applicazione che la legislazione vigente impone con rigore nell'osservanza dei piani di studio regolamentati per ogni corso di laurea dagli ordinamenti didattici.*

*Le carenze tecnico-strutturali e organizzative e le gravi lacune dei percorsi didattico-formativi relativi ai corsi di laurea in Infermieristica attivati presso le università di Bari e Foggia, inevitabilmente determinano per gli infermieri che ivi conseguono il titolo, la perdita di competitività nel mercato del lavoro con evidente ulteriore pregiudizio per i livelli occupazionali.*

*Tanti i precari e inoccupati costretti a riparare all'estero. Nell'ambito della Direzione, docenza e tutoraggio infermieristico nei processi di formazione accademica, le Università (eppure hanno bisogno di Noi) ci ignorano. I Docenti di Infermieristica in molte realtà non vengono considerati/remunerati; ancor meno i Tutor; in compenso abbiamo ottenuto di poter chiamare "Direttore di Corso" e "Prof. di discipline infermieristiche" qualcuno che Direttore o Prof. non è!!!*

### **La programmazione sanitaria della Puglia & Infermieri**

*Molti si interrogano sulle iniziative pugliesi definenti modelli organizzativi nell'assistenza infermieristica nel territorio secondo le logiche dell'assistenza d'iniziativa, dell'infermieristica di famiglia, del case management, dell'integrazione socio sanitaria a fronte degli impegni che la stessa regione ha assunto nell'ambito del così detto "patto per la salute" stretto con i Dicasteri competenti. Non risultano Azioni e risultati degni di nota in quest'ambito, se non quelli strettamente legati alle difficoltà economiche che vive la Puglia, costretta a sottoscrivere un impegnativo piano di rientro a causa del mancato rispetto del patto di stabilità interno le cui responsabilità mai sono state evidenziate.*

*Non risulta nessun progetto e nessuno studio sulle nuove forme organizzative e clinico-assistenziali. Timide ed inconcludenti alcune iniziative (maldestramente abbozzate) per la definizione dei criteri per la determinazione delle dotazioni organiche ospedaliere e territoriali.*

### **Infermieri Dirigenti e Coordinatori nella sanità pugliese**

*Non risultano intraprese azioni finalizzate a valorizzare le figure infermieristiche con funzioni di coordinamento e dirigenziali; anzi in tale ambito si riscontra:*

- *Per la dirigenza infermieristica e la sua autonomia dirigenziale forti "resistenze lobbistiche" poste in essere da diversi Direttori generali che sconsideratamente violano le stesse norme che vincolano il loro rapporto di lavoro e definite in particolare dalla legge regionale n. 26-2006 Istitutiva dei servizi dirigenziali delle professioni sanitarie.*
- *Per il coordinamento anziché preoccuparsi di definire un modello organizzativo di riferimento entro cui collocare la funzione di coordinamento, si è preferito definire parametri standard meramente economici.*

### **Le relazioni con Regione e l'Università.**

*Nonostante significativi progetti presentati dal Collegio, la regione (assessorato alla salute) si è distinto per l'inoperosità al confronto. Sarebbe stato importante definire:*

- *Standard e criteri per l'accreditamento delle strutture sanitarie ospedaliere e residenziali, pubbliche e private;*
- *Standard e criteri per la determinazione delle dotazioni organiche delle strutture sanitarie ospedaliere e residenziali, pubbliche e private, nonché per i servizi domiciliari;*
- *una chiara declinazione di ruoli e responsabilità, tenuto conto dei cambiamenti avvenuti, nonché una definizione dei sistemi di comunicazione, collaborazione e interazione professionale e multi-professionale.*

*Niente di niente!!!!*

### **La programmazione sul fabbisogno delle figure di supporto**

*In Puglia la formazione dell'OSS è assegnata alla competenza congiunta (Assessorato alla sanità e Assessorato alla Formazione). Lo scorso anno, la regione ha promosso 1000 posti (riservati a disoccupati) per formare OSS nell'ambito del P.O. PUGLIA 2007 - 2013 a valere sul Fondo Sociale Europeo. Quest'anno, pochi mesi prima della consultazione elettorale l'Assessorato alla Formazione ha implementato ulteriori corsi per OSS (oltre 1000), riservati al personale, delle Az. Sanitarie e gli II.RR.CC.CC.SS pugliesi delle società e nelle aziende erogatrici di servizi esternalizzati. Una recente pubblicazione di un'organismo di rappresentanza degli OSS ha stimato la presenza in Puglia di oltre 9000 OSS in cerca di occupazione. Una esemplificativa valutazione dei dati pubblicati a sostegno della richiesta di finanziamento dei corsi ci porta a considerare che "il rapporto ottimale, tra OSS/Infermieri è di 1/4-5 e quindi al Sistema sanitario pugliese è di circità n. 2758 a fronte delle previsioni di assunzioni definite dal piano ufficiale che è pari a circa 400 per le aziende sanitarie. Fallimento totale, dunque, nessuna dignità, né rispetto nei confronti degli infermieri, della professione e dei diritti sanitari dei cittadini a ricevere cure infermieristiche adeguate, nessuna vergogna ... e il coraggio di ri-presentarsi! Peraltro senza dibattito e senza confronto! Ri-partiamo con la sanità pugliese all'anno zero caro Presidente Emiliano!*

*La comunità infermieristica può contribuire significativamente al rilancio della sanità pugliese!!! Ci ascolti.*



# INFERMIERI NELL'UNIVERSITÀ IN CERCA DELLA PARI DIGNITÀ

Salvatore  
**PETRAROLO**



sposta alle vicende tutte nostrane, legate alla formazione universitaria, si scoprono numeri sbilanciati tutti a sfavore degli infermieri. Una fotografia, tanto realistica quanto impietosa, che porta con sé anche una sorta di denuncia, rivolta alle università e, in subordine, alle Regioni, perché si metta mano a questa sperequazione. A scattarla, questa fotografia in chiaro scuro per la professione infermieristica, è il professor Marcello Bozzi, dirigente delle professioni sanitarie presso la Ausl di Pescara. Sono immagini che raccontano come se una parte di strada sia stata percorsa, molta ce n'è ancora da compiere per ottenere quella pari dignità all'interno delle università da parte delle discipline infermieristiche. Marcello Bozzi non gira attorno al problema, nel suo intervento durante il congresso di Pu-

Le anomalie sono tutte nei numeri: in Italia ci sono 22 professioni sanitarie che, al confronto con il panorama europeo, rappresentano una enormità. Se poi lo sguardo lo si

gnochiuso: in Italia ci sono troppe professioni sanitarie (ventidue) e questo rende il nostro Paese un'anomalia rispetto al resto d'Europa. Si dovrebbe accorpate alcune specializzazioni per evitare che si creino facili illusioni per gli studenti di infermieristica perché, come spiega il professor Bozzi, non è un'equazione dal risultato scontato l'aver 22 professioni sanitarie e, di conseguenza, trovare occupazione appena laureati. "Si creano facili illusioni per gli studenti - spiega Bozzi - e a ciò si aggiunga che sono peggiorate le condizioni economiche del Paese, così da produrre disoccupazione infermieristica". Un'anomalia anche questa, se si considera che la richiesta di salute non arretra mai. "La disoccupazione, però, non sarebbe un problema - rilancia il presidente del Collegio Ipasvi della provincia di Brescia, Stefano Bazzana - se si istituisse, ad esempio, l'infermiere di famiglia". Ma c'è anche la questione legata alla pari dignità nell'ambito universitario a richiedere un cambio di passo: è cambiata la formazione, ricorda il professor Bozzi, ma si applicano le stesse logiche del passato per formare

**“Si creano facili illusioni per gli studenti e a ciò si aggiunga che sono peggiorate le condizioni economiche del Paese, così da produrre disoccupazione infermieristica”**

i professionisti della sanità. "Le università hanno investito tanto - ricorda Bozzi - ma non sempre in maniera ragionata". E anche in questo caso ci sono i numeri a fotografare l'a-





nomalia italiana: i docenti ordinari e gli associati sono aumentati di oltre duemila unità, ma solo 36 di questi (una miseria) sono disciplinari. Detto in altre parole, spiega Bozzi, c'è stato un riconosci-

ché chi insegna deve essere in possesso dei saperi e non solo del titolo accademico". Tocca alle Università farsi carico di questo cambio di rotta ma anche le Regioni devono fare la loro parte. E un ruolo importante lo hanno anche i Collegi degli infermieri, come sottolinea Stefano Bazzana: "Siamo noi ad essere convocati dalle Regioni con i rappresentanti delle Università per definire i fabbisogni dell'anno accademico successivo". L'occasione, insomma, per far sentire la propria voce non manca, anche se

discipline infermieristiche che, però, non sempre (anzi sono casi rari) vengono insegnate da infermieri. Una prima via d'uscita ci sarebbe e la indica ancora il professor Bozzi, con uno schema che prevede un ordinario per ogni sede universitaria, un associato per la stessa, un ricercatore per ogni corso attivato. Se si considera che sono 43 gli atenei coinvolti e 216 i corsi attivati, basterebbe una semplice operazione matematica per far crescere il numero di infermieri chiamati ad insegnare, in università, la loro professione. "Il processo didattico - commenta ancora Bozzi - deve essere affidato ad un infermiere, per-

**“Con 43 atenei coinvolti e 216 corsi attivati basterebbe una semplice operazione matematica per far crescere il numero di infermieri chiamati ad insegnare in Università”**

quando si tratta di programmazione si naviga a vista, ammonisce Bozzi. Che durante il suo intervento, al congresso di Pugnochiuso, porta all'attenzione della platea altre criticità ed anomalie legate alle profes-

sioni sanitarie: si attende la piena applicazione dell'infermiere di famiglia, così come si contano 55 citazioni degli infermieri nel piano sanitario.

Salvo poi fare i conti con la realtà: in Italia c'è una carenza di 30mila infermieri che stride con la disoccupazione giovanile, soprattutto dei neo laureati. Una sorta di cane che si morde la coda.

6





# RICONOSCERE AGLI INFERMIERI LE COMPETENZE AVANZATE

Salvatore  
**PETRAROLO**



za che gli stessi invadano il campo medico. Si cammina in parallelo, si lavora in equipe, senza invasioni da una parte e dall'altra. La questione è stata al centro dei lavori al congresso di Pugnochiuso al termine della quale il messaggio è stato unanime: le competenze avanzate spettano agli infermieri, anzi ci sono alcune aree di intervento dove gli infermieri hanno imparato competenze diverse per stare al passo con l'evoluzione del mondo sanitario. "Il dibattito non è nuovo – spiega Domenico Antonelli, coordinatore nazionale della Società italiana interdisciplinare cure primarie -. Nell'area delle cure primarie da anni ci si batte per il riconoscimento delle competenze infermieristiche". Ed un infermiere con competenze sempre più appropriate, ragiona ancora Antonelli, diventa protagonista dell'assistenza al paziente cronico. "Gli infermieri hanno un ruolo determinante – spiega il coordinatore della Siicp – per la presa in carico dei pazienti con malattie croniche come la bpcp, il diabete, l'ipertensione e lo scompenso cardiaco. Riconoscere competenze

Tutti favorevoli e non per senso di appartenenza. Il mondo infermieristico non ha dubbi sulle competenze avanzate: vanno riconosciute a questi professionisti della sanità senza

avanzate agli infermieri permetterebbe di creare la figura del care manager che dovrà interfacciarsi con il medico di medicina generale". I risultati, a giudizio di Antonelli, sarebbero positivi per i costi della sanità (si ridurrebbero gli accessi spontanei in ospedale, favorendo quelli programmati) e migliorerebbero anche gli esiti dell'assistenza primaria (una ridotta mortalità e una migliore aspettativa di vita). Non ha dubbi sul riconoscere le competenze avanzate agli infermieri anche Maria Caputo, presidente nazionale dell'Aico (Associazione italiana infermieri camere operatorie). "Noi da sempre, per il tipo di lavoro che svolgiamo, abbiamo dovuto imparare le competenze, diverse da quelle che ci sono state insegnate. Con chirurghi e anestesisti – spiega – abbiamo pari dignità e svolgiamo un ruolo importante per la preparazione dello strumentario, ma anche nell'accoglienza, nell'assistenza e nella comunicazione al paziente che entra in sala operatoria". Anche per questo Aico, che a livello nazionale raccoglie oltre mille iscritti, si preoccupa di tutti i bisogni formativi di questa professione svolta in posto "così ermeticamente

»





chiuso". Sulle competenze avanzate, a giudizio della Caputo, "è importante ridefinire tutta l'infermieristica per poi passare alle competenze avanzate".

Ridefinizione che andrà ad appannaggio dei colleghi "esperti nel percorso chirurgico e in sala operatoria" spiega la presidente nazionale dell'Aico. Che porta come esempio di infermiere con competenze avanzate quello dello strumentista: "E' una di quelle figure che ha ricoperto un ruolo di professionista". Ma le competenze dovrebbero essere definite e certificate non solo dagli enti preposti, ma anche dagli ordini professionali, e nel caso specifico la Federazione nazionale degli infermieri che ha voce in capitolo, so-

**“Le competenze dovrebbero essere definite e certificate non solo dagli enti preposti ma anche dagli ordini professionali”**

stiene la presidente dell'Aico. In attesa di un riconoscimento anche normativo, c'è chi lavora ogni giorno per far valere, in favore degli infermieri, competenze mai attuate. "Cerchiamo di far riconoscere agli infermieri quello che già è presente nelle professioni sanitarie" spiega Raffaele Recchia, segretario nazionale dell'Associazione avvocatura diritto infermieristico. "L'infermiere deve poter esprimere la propria professionalità - spiega ancora Recchia - anche se spesso dobbiamo intervenire per ottenere il riconoscimento delle mansioni e applicare il profilo professionale nel lavoro quotidiano". Perché la questione, anche se sottintesa, resta sempre quella relativa al timore di un'invasione di campo tra infermieri e medici: i primi, però, chiedono solo di essere riconosciuti nella loro professionalità e qualificati per le competenze avanzate. "Solo un infermiere preparato svolge con competenza il lavoro di sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili" chiosa Agostino Inglese, dell'associazione italiana operatori addetti alla sterilizzazione.

professionalità - spiega ancora Recchia - anche se spesso dobbiamo intervenire per ottenere il riconoscimento delle mansioni e applicare il profilo professionale nel lavoro quotidiano". Perché la questione, anche se sottintesa, resta sempre quella relativa al timore di un'invasione di campo tra infermieri e medici: i primi, però, chiedono solo di essere riconosciuti

nella loro professionalità e qualificati per le competenze avanzate. "Solo un infermiere preparato svolge con competenza il lavoro di sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili" chiosa Agostino Inglese, dell'associazione italiana operatori addetti alla sterilizzazione.







# L'INFERMIERE: RISORSA PER GARANTIRE IL DIRITTO ALLA SALUTE

Le attività del Collegio IPASVI BAT nel primo semestre 2015

Michele  
RAGNATELA



L'infermiere è tra le figure più importanti per continuare a garantire il diritto alla salute attraverso un'assistenza infermieristica che fa riferimento anche a linee guida, protocolli e procedure.

Le competenze necessarie agli infermieri per soddisfare con professionalità adeguata tutte queste necessità, delle singole persone e della collettività, richiedono una formazione continua e costante nel tempo attraverso il loro continuo aggiornamento basato ormai sempre più sulle evidenze scientifiche, innescando nella professione una spirale di attività e crescita culturale, che sta coinvolgendo, positivamente, tanti colleghi (numerosi sono gli infermieri, giovani e non, che hanno ripreso gli studi per essere aggiornati e pronti alle nuove sfide). La professionalizzazione è la chiave di lettura per capire come si è evoluta la figura dell'infermiere negli ultimi decenni, cui sono richieste sempre più competenze tecnico-professionali, un'attenzione crescente alla dimensione relazionale per ottimizzare i servizi delle strutture sanitarie e la capacità di rispondere alle aspettative di cura e tutela dei cittadini. Quest'anno il 12 maggio, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, il Collegio IPASVI

BAT ha promosso una serie di iniziative dal titolo "IPASVI BAT on TV" al fine di divulgare e sensibilizzare la popolazione sulla conoscenza dell'infermiere. Con questa iniziativa il Collegio ha posto e continuerà a porre l'attenzione sui valori della professione, sottolineando l'impegno degli Infermieri alla solidarietà ed alla cura del paziente e delle loro famiglie. Quest'anno durante l'evento, vi è stata anche la premiazione del "Premio IPASVI BAT 2015", riprendendo naturalmente, ciò che nel Consiglio Direttivo precedente era stato deliberato. Questo è per noi motivo di stimolo continuo, vediamo attraverso i neo-laureati, prospettive e intuizioni su come riconsiderare la professione infermieristica in una società in evoluzione. Molte sono le iniziative che il nuovo Consiglio Direttivo della BAT ha sviluppato nei primi sei mesi d'insediamento, in particolare: progetto "Scuole Sicure" ovvero informare, attraverso lezioni tenute da infermieri esperti, le manovre salvavita, come comportarsi di fronte ad un evento come ad esempio il soffocamento da cibo o da ingestione di oggetti. Realizzazione di uno sportello per la gestione del burnout, attraverso il quale, i colleghi che soffrono per una disorganizzazione lavorativa o perché lavorano in reparti altamente stressanti come ad esempio l'Onco - Ematologia, possono trovare ascolto; creazione di gruppi di lavoro per migliorare i rapporti con l'Università, settore in cui il collegio risultava carente, cercando di interagire con l'Università e dare quel contributo professionale che agli studenti potreb-



be servire per far comprendere quanto sia importante la nostra professione; realizzazione di un corso (offerto in più edizioni, vista la massiva partecipazione) sulla gestione dei PICC e quindi di come l'Infermiere, oramai, è leader in

molte realtà italiane nei PICC team; realizzazione di corsi per migliorare l'utilizzo dell'inglese, iniziativa che potenzia ed eleva sia la cultura personale sia quella professionale. Consentendo di gestire rapporti anche con persone straniere che afferiscono alle nostre unità operative; progetto Garanzia Giovani, 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 e 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 per i giovani infermieri disoccupati, entro i 29 anni, con lo scopo di favorirne l'inserimento lavorativo. Infatti, le Aziende Sanitarie che aderiranno al progetto potranno beneficiare di importanti incentivi in caso di assunzione. Noi infermieri siamo una risorsa importante per continuare a garantire il diritto alla salute, l'equità e l'universalità di accesso ai servizi sanitari, questo non solo perché siamo numericamente una "forza", ma soprattutto perché siamo accanto alle persone costantemente,

cercando di conoscere e sostenere gli utenti in quelle necessità quotidiane derivanti dalla malattia.

Questa prospettiva ci consente di farci vedere come una risorsa utile per produrre cambiamenti nel SSN promuovendo un'assistenza sanitaria sostenibile. Tutto questo è stato pensato per entrare in contatto con il cittadino, in modo diretto e interessato, interesse che nasce dallo spirito di una professione ovvero quello di promuovere la salute in tutti gli ambiti e i momenti della vita oltre che di assistere la persona, attraverso tutte le conoscenze che sino ad oggi si sono acquisite con fatica, ma anche con grande soddisfazione. L'obiettivo ultimo è quello di provare a colmare quelle lacune ancora esistenti sull'importante ruolo dell'infermiere nel tessuto sociale, la sua mission, il suo contributo quotidiano per la salvaguardia ed il mantenimento del benessere della cittadinanza. E' indubbio che stiamo spianando la strada alle future generazioni. Il cambiamento è ormai iniziato spinto dalla consapevolezza della necessità di tale mutamento proprio dall'interno, cioè dalla stessa comunità di cui facciamo parte. E' proprio qui, però che a volte si registrano paradossalmente le maggiori resistenze.



## UN PENSIERO PER GRAZIA ARBORE

Ciao Grazia, mi piace pensare che non sei andata via per sempre, ma che viaggi serena verso i più bei posti che solo un angelo può visitare! La vita è un viaggio continuo e tu con la tua tenacia, con la tua forza hai saputo tenere i pugni stretti e condurre a testa alta questo difficile percorso! Mi piace pensare che varcherai la porta del nostro reparto...sì, nostro, e il tintinnio delle tue chiavi, il rumore dei tuoi passi, il tuo sorriso che illumina la stanza saranno riconoscibili tra tanti...e saremo ancora noi. Vieni, siediti, ascolta, stai ancora un po e poi vai via.... un angelo, stanotte mi ha detto che in cielo stanno preparando una bellissima festa per te...ma prima che tu vada vorremmo tutti dirti: Grazie per i consigli e l'amore di mamma, per il coraggio di donna, per il sostegno d'amica grazie per aver lottato il silenzio per difenderci dal dolore che resta... ciao Grazia....ora vai alla festa del Cielo, il nostro pensiero ti accompagnerà sempre e il tuo sarà tra noi. Ciao Grazia. I tuoi amici, i tuoi colleghi, la tua seconda famiglia....

**Sfregola Clementina**



# ASSISTENZA PREOPERATORIA

## Conoscenze e competenze

Adriana  
LATERZA



L'importanza del ruolo infermieristico, dal punto di vista medico-clinico e dal punto di vista educativo ed informativo, sta alla base di un rapporto tra infermiere e paziente. Tale ruolo nei reparti di chirurgia è più evidente, in quanto il paziente che si prepara ad un intervento chi-

irurgico si affida all'infermiere per esorcizzare ansie, preoccupazioni e paure.

Per la buona riuscita di un intervento chirurgico è fondamentale dedicare la giusta attenzione alla fase di preparazione del paziente, correggendo tutti i fattori che sono potenzialmente in grado di compromettere l'esito dell'intervento. Un soggetto non adeguatamente preparato è più a rischio di insorgenza di complicanze. La preparazione chirurgica inizia nel momento in cui viene presa la decisione di effettuare l'intervento e termina nel momento in cui il paziente viene portato in sala operatoria, avendo quindi dei tempi differenti in relazione al grado d'urgenza. Quando la data dell'operazione è concordata tra medico e paziente è più facile programmare un piano di as-

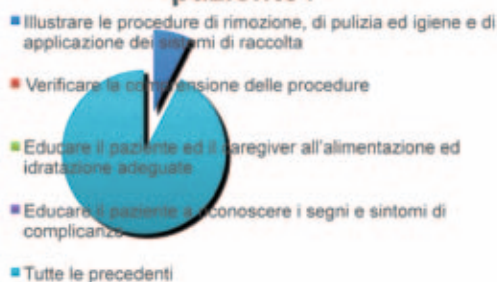
sistenza infermieristica, considerando tutti gli aspetti fondamentali quali la valutazione, il grado di nutrizione, l'idratazione, l'eliminazione, l'igiene, il riposo adeguato e la terapia del paziente. Quali sono, allora, le competenze e le conoscenze che l'infermiere, in un'unità operativa di chirurgia, deve possedere? Per valutarle è stata effettuata un'intervista a 40 infermieri delle Unità Operative di Chirurgia del Policlinico di Bari, ai quali è stato chiesto quali siano le procedure adeguate e le responsabilità infermieristiche in fase preoperatoria e quale sia il giusto approccio da adottare nei confronti di un paziente oncologico che dovrà subire un intervento di resezione intestinale. Tale paziente necessita di un differente approccio nella pianificazione dell'assistenza infermieristica preoperatoria. Si dovranno tenere ben distinti tre elementi fondamentali: l'origine della malattia che, essendo di origine neoplastica, determina spavento ed ansia; l'amputazione che il paziente dovrà subire mediante l'intervento chirurgico e il nuovo schema corporeo conseguente al confezionamento della stomia. Tenere in considerazione questi aspetti garantisce un migliore decorso postoperatorio. Contestualmente ai test diagnostici da effettuare per avere un quadro clinico più dettagliato, è importante che l'infermiere trovi il tempo di dialogare con calma col paziente, permettendogli di esprimere le preoccupazioni inerenti al cambiamento del proprio corpo, alle sequele operatorie e alla riabilitazione. La fase di insegnamento è essenziale affinché la persona apprenda i





semplici atti di gestione della stomia, come svuotare e cambiare la sacca in modo corretto. Durante l'intervista, come emerge dal grafico 1, è stato chiesto all'infermiere cosa deve fare l'infermiere per preparare al meglio il paziente. Per il 7% degli intervistati è sufficiente illustrare le procedure di rimozione, d'igiene e di applicazione dei sistemi di raccolta. Il 93%, invece, pensa che oltre ad insegnare le procedure di base per la gestione della stomia, sia necessario verificare che la comprensione di tali procedure sia stata chiara per il paziente. Bisogna, inoltre, educare il paziente e il caregiver affinché sia effettuata una corretta alimentazione e idratazione oltre che alla capacità di riconoscere i segni e i sintomi delle complicanze. Grafico 1

## Cosa deve fare l'infermiere per preparare al meglio il paziente?

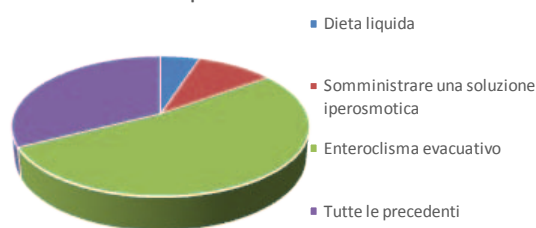


La sera precedente l'intervento si procede con la preparazione intestinale, eseguita con un clistere. In tutti gli interventi in cui è prevista la resezione di un tratto intestinale, vengono somministrati 2 litri di acqua associati ad una preparazione salina, in modo da ridurre il riassorbimento di acqua e garantire un corretto e cospicuo svuotamento dell'intestino. Dal grafico 2, che rappresenta i dati raccolti, si evince che per il 5% basta una dieta liquida, per il 10% basta somministrare una soluzione iperosmotica, per il 52% basta effettuare un enteroclisma evacuativo. Solo il 33% ha risposto che per preparare al meglio l'intestino bisogna effettuare tutte le precedenti procedure. La tricotomia andrebbe eseguita poche ore prima dell'intervento, per ridurre l'incidenza di infezioni postoperatorie. Subito dopo, utilizzando sostanze antisettiche specifiche, viene effettuata la doccia preoperatoria.

Il personale infermieristico deve prendere visione della prescrizione farmacologica dell'anestesista in modo da poter preparare la terapia, la profilassi antiallergica, antibiotica e tromboembolica con eventuale inserimento delle calze elastiche antitrombotiche. L'infermiere stesso avrà il compito di accompagnare il paziente in sala operatoria, in modo da essere presente e gestire le eventuali ansie del paziente. Dai dati ricavati si evince che gli infermieri presi in esame abbiano buone conoscenze tecniche generali delle procedure di assistenza infermieristica preoperatoria, ma scarse conoscenze tecniche specifiche del preoperatorio di un intervento di confezionamento di un'enterostomia. Una delle ragioni di tale carenza è dovuta al fatto che la presenza di uno stomaterapista non è contemplata in tutte le Unità Operative di Chirurgia, tale situazione impedisce anche un possibile confronto di esperienze tra colleghi. Per restringere i tempi di degenza, inoltre, viene ridotto notevolmente il periodo preoperatorio e quindi viene dedicata sempre minor attenzione a questa fase.

Grafico 2

## Come è meglio effettuare la preparazione intestinale precedente una resezione?



Da questo studio si nota quanto sia fondamentale dedicare la giusta attenzione alla fase di preparazione del paziente ad un intervento al fine di ridurre al minimo l'insorgenza di complicanze. Per migliorare sotto questo aspetto sarebbe ideale pensare a delle possibili soluzioni come assicurare la presenza di personale specializzato in enterostomia in tutti i reparti di chirurgia. Un'altra soluzione potrebbe essere quella di mettere in atto strumenti organizzativi, quali protocolli, che consentano un piano di organizzazione generale delle procedure da mettere in atto come, in questo caso, durante la preparazione preoperatoria.



# NEL S.S.N. INGLESE

L'esperienza di un'infermiera pugliese

Alessia  
**SCHIAVONE**



Ormai il fenomeno della disoccupazione giovanile in Italia è dilagante e coinvolge anche quei settori che fino a qualche tempo fa erano considerati più fortunati e che difficilmente sarebbero stati

coinvolti dalla crisi occupazionale, come quello dell'infermieristica. Se da un lato ci sono neo-infermieri che lottano per riuscire ad ottenere quell'unico posto messo a concorso nei pochi ospedali italiani che ancora bandiscono concorsi, per cui si presentano in 16 mila per concorrere per quell'unico posto, dall'altro ci sono coloro invece che, immediatamente dopo il conseguimento del titolo universitario o dopo essere rimasti avviliti dalle lunghe tempistiche concorsuali, non sempre trasparenti, decidono di intraprendere una via più "semplice", che è quella dell'estero. Se in Italia le offerte di lavoro per infermieri si limitano prevalentemente alla libera professione, che spesso maschera in realtà un rapporto di lavoro subordinato, con compensi economici quasi sempre poco vantaggiosi, diversa sono due altre realtà da cui gli infermieri italiani sono prevalentemente attratti: la Germania e l'Inghilterra. Da questi due paesi le offerte di lavoro fioccano giornalmente, comprendendo contratti a tempo indeter-

minato, possibilità di avanzamento di carriera, primo mese di affitto pagato, corso di lingua. Tutto ciò che sembrerebbe surreale al giorno d'oggi in Italia, diventa un'offerta davvero allettante che spinge molti a lasciare la propria famiglia e gli affetti più cari per intraprendere la professione per cui si è studiato durante il percorso universitario. Mi soffermerò sul sistema sanitario inglese pubblico (Nhs), conoscendolo meglio, lavorandoci personalmente da qualche mese. Ero tra il primo e il secondo anno di magistrale e nonostante avessi davanti ancora un altro anno di università, il pensiero di non essere riuscita a trovare un'occupazione inerente al mio corso di studi a quasi un anno dal conseguimento del titolo di primo livello, mi avvilita molto.

Provavo ad iscrivermi a tutti i concorsi che venivano pubblicati in G.U., ma non sempre risultava semplice, soprattutto economicamente, spostarsi fino in Sardegna per poi andare a sostenere realmente le prove e così spesso ci rinunciavo; per non parlare delle lunghe tempistiche che a volte intercorrono tra il sostenimento di una prova e la successiva. Così un po' per curiosità, un po' perché mi sarebbe piaciuto effettivamente lavorare in una realtà dove le linee guida non erano solo carta, mandai il mio curriculum ad un'agenzia di reclutamento inglese e dopo neanche un minuto di orologio fui contattata. Non ero molto convinta di volermi trasferire immediatamente e così lasciai passare questa occasione. Dopo neanche un mese però mi convinsi e dopo diversi colloqui telefonici e il colloquio di



persona con la matrona (direttrice del dipartimento) e la responsabile delle risorse umane, sono stata assunta a tempo indeterminato, con la promessa di un anno di preceptorship (affiancamento) e di aiuto nell'accomodation (sistemazione) temporanea. Così a Novembre sono partita per iniziare questa nuova avventura. Durante il viaggio non avevo ancora ricevuto notizie certe sull'accomodation e quindi il mio livello di agitazione era apicale e solo quando sono giunta in terra inglese ho saputo dove sarei dovuta andare a dormire quella notte. In ogni caso non ero intenzionata a mollare. Ho cominciato a seguire due settimane di lezioni (induction), durante le quali, nonostante il mio livello di inglese intermedio (B1-B2), avevo serie difficoltà a seguire, ma neanche questo mi ha abbattuta.

E dopo le due settimane di lezioni ho cominciato i turni in reparto, dapprima in affiancamento, ma in realtà solo per tre settimane, e non un anno come prevedeva il pacchetto di assunzione. Le lezioni prevedevano corsi di venipuntura, incannulamento, blsd, piaghe da decubito, diabete, trasfusione di sangue, tutte tenute da specialist nurses e poi lezioni teoriche su alcune procedure seguite che sono tipicamente inglesi, tipo il safeguarding. L'infermiere in Inghilterra è una figura centrale, a cui afferiscono tutte le altre figure, che si occupa dell'assistito dall'ammissione alla dimissione, che non avviene se il paziente non ha effettuato tutti gli assessments previsti dall'infermiere, anche se magari dal punto di vista medico è pronto per la dimissione.

I parenti hanno come punto di riferimento l'infermiere, il quale effettivamente è il responsabile dell'assistenza globale. In Inghilterra l'infermiere è obbligato a seguire dei corsi e dopo ad essere supervisionato prima di effettuare autonomamente una procedura. Così per esempio per la somministrazione di terapia endovenosa, è necessario seguire il corso, dopo di che in reparto è necessario essere supervisionati e valutati prima di poter effettuare autonomamente la somministrazione di terapia endovenosa. La regola vale per tutte le procedure invasive. All'ammissione del paziente l'infermiere è obbligato a valutarlo seguendo tutte le schede di valutazione presenti

in un plico prestabilito e quindi ci sarà la scheda di valutazione della cannula, del rischio caduta, del rischio di malnutrizione, le piaghe da decubito.... La compilazione di tutti questi care plans per ogni paziente richiede tantissimo tempo, per questo l'infermiere è affiancato da figure di supporto, gli healthcare assistants, che si occupano delle cure igieniche e dei bisogni primari del paziente.

Ogni infermiere ha in genere in carico un numero definito di pazienti per turno e la gestione di questi è di sua completa responsabilità. Per poter essere assunti nell'NHS ci sono due vie: le agenzie di reclutamento che postano gli annunci su qualsiasi social network oppure direttamente l'ospedale di interesse, andando nella sezione vacanze disponibili. Le agenzie di reclutamento percepiscono per ogni candidato che viene assunto una percentuale dall'ospedale. In ogni caso però le agenzie di reclutamento consentono di sostenere i colloqui in Italia, ciò che non avverrebbe se si facesse direttamente riferimento all'ospedale di interesse. Per poter sostenere e superare il colloquio è sufficiente un livello B1 di inglese, ma per poter lavorare con tranquillità è necessaria tanta pratica e un livello di inglese superiore. La difficoltà che riscontro maggiormente è la comprensione nella comunicazione telefonica. L'NHS al momento si trova in uno stato di grave carenza di personale infermieristico e si appoggia quindi alla comunità europea per compensare il deficit. La maggior parte degli infermieri inglesi preferisce lavorare come bank nelle agenzie e non a tempo indeterminato, perché sostanzialmente il grado di responsabilità è inferiore e lo stipendio è molto più alto. L'ospedale non riuscendo a compensare i deficit con il personale di ruolo si affida quindi ai bank, pagandoli di più.

Concludendo il sistema sanitario inglese non è perfetto, perché spesso si lavora in turni massacranti o in carenza di personale, però al momento offre lavoro, a mio parere ben retribuito, le possibilità di avanzamento di carriera sono molto più concrete rispetto all'Italia e rappresenta sempre un modo per poter sperimentare nuove realtà, cercando di apprendere il meglio che queste offrono. È un'esperienza che io personalmente ripeterei se tornassi indietro.



# ULCERE E OSSIGENOTERAPIA NORMOBARICA DISTRETTUALE

Rosa  
TUPPUTI



Marta  
VISENTINI



Negli ultimi anni le ulcere cutanee hanno assunto un'importanza rilevante nella pratica medica e infermieristica, in particolare, le ulcere degli arti inferiori colpiscono la maggior parte della popolazione in età avanzata con il 3,5% della popolazione over 65 e con un'in-

cidenza maggiore nelle donne rispetto agli uomini. Esse a causa del concomitante aumento di malattie croniche e disabilitanti rappresentano una vera e propria patologia invalidante in cui non è possibile seguire una terapia unica e standardizzata. Infatti le metodiche eseguite variano dal trattamento farmacologico a quello chirurgico, passando per l'utilizzo di medicazioni avanzate e l'ossigenoterapia.

L'ossigenoterapia normobarica distrettuale è una metodica che può essere eseguita da personale infermieristico adeguatamente formato, si tratta di una camera, ma a differenza di quella iperbarica è costituita da un contenitore, un coperchio e uno sportello in cui l'arto viene introdotto da un lato attraverso un'apertura circolare, all'interno

della quale è possibile applicare delle guarizioni circolari intercambiabili, con foro di diametro variabile, di gomma o silicone, allo scopo di dare un tenuta ermetica a tutto il dispositivo.

L'ossigeno viene fornito attraverso un apposito ugello erogatore collegato all'ossigeno ospedaliero o ad una bombola esterna. Il principio di tale dispositivo è quello di far arrivare ossigeno ai tessuti lesi per contatto e non come avviene nella camera iperbarica attraverso il sangue, infatti la percentuale di ossigeno erogata è pari al 95% rispetto al 23% applicata nella camera iperbarica, pertanto nella camera normobarica viene a mancare il meccanismo dell'aumento dell'ossigeno sciolto nel plasma e viene invece compensato dall'aumento di concentrazione dell'ossigeno a contatto con l'ulcera.

Da ciò ne consegue che tale metodica presenta numerosi vantaggi, quali l'assenza di controindicazioni locali e sistemiche, maggiore compliance del paziente e riduzione dei costi rispetto alla camera iperbarica. La camera normobarica distrettuale è stata utilizzata presso il centro medico chirurgico Dama Salus di Trani e presso altri centri; il suo utilizzo si è rivelato molto soddisfacente. Nel suddetto centro, nel periodo che va da Gennaio a Novembre 2014 sono stati presi in analisi 40 casi di pazienti affetti da ulcere degli arti inferiori di varia origine. Il campione analizzato è composto da 24 donne e 16 uomini di età compresa tra i 50 e gli 85 anni, i quali presentavano:

- n. 20 pazienti ulcere di origine vasco-





lare;

- n. 16 pazienti ulcere di origine diabetica;
  - n. 4 pazienti ulcere di tipo traumatico.
- Il diametro di tali ulcere variava dai 2 ai 6 cm, alcune con fondo necrotico, alcune esudanti e altre scarsamente granuleggianti e con cute perilesionale disidratata e ipercheratosica.

I pazienti sono stati informati sul trattamento di Ossigenoterapia Normobarica Distrettuale dal personale medico e infermieristico, che si è occupato di raccogliere l'anamnesi e documentare lo stato delle ulcere, attraverso fotografie fatte, prima, durante e alla fine della terapia, con una camera digitale. I pazienti sono stati sottoposti al trattamento per 10 mesi della durata di un'ora a seduta, suddiviso per i primi mesi a tre sedute settimanali, successivamente si è passati a due sedute settimanali, fino al raggiungimento di una seduta alla settimana.

Alla fine di ogni seduta è stata applicata una medicazione avanzata in base alla tipologia dell'ulcera. Alla fine dei trattamenti i risultati hanno rilevato:

- la riduzione delle secrezioni e la com-

parsa del tessuto di granulazione nel 25% dei casi;

- la riduzione del diametro della lesione fino alla chiusura completa nel 60% dei casi;
- mentre ne 15% dei casi il risultato è stato nullo.

Da quanto esposto, non si può che trarre una conclusione positiva circa l'applicazione dell'Ossigenoterapia Normobarica Distrettuale per la cura delle ulcere degli arti inferiori. La letteratura è ricca di evidenze che riguardano l'azione dell'ossigeno nel processo riparativo delle cellule, però è utile considerare l'importanza di aver accostato, a tale trattamento, l'uso di medicazioni avanzate, che garantiscono il mantenimento del microambiente nel letto di lesione, permettono la rimozione di essudati e ambiente necrotico e rendono possibile una temperatura costante e la permeabilità all'ossigeno.

Ad ogni modo, purtroppo, ad oggi non esistono evidenze forti da orientare nella scelta di una medicazione piuttosto che un'altra, pertanto la scelta deve essere attenta e prudente da parte dello specialista e inoltre sicuramente in futuro sarà necessario ottenere dati maggiormente attendibili con studi clinici controllati su un numero ancora più rilevante di pazienti, rimane comunque fondamentale l'approccio multidisciplinare e l'attuazione di validi protocolli per una corretta gestione delle ulcere.



#### BIBLIOGRAFIA

- Amato G., Madeyski P., Babbo G.A., Bartelloni A.: "Le lesioni trofiche degli arti inferiori: loro terapia con la camera distrettuale di madeyski", 2003
- Errico M., Maldarella F., Colombi I.: "L'Ossigeno Terapia Iperbarica (OTI) nel trattamento delle ulcere degli arti inferiori in pazienti arteriopatici non diabetici", 1990

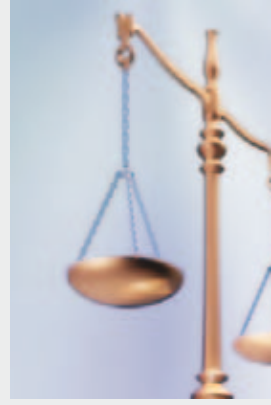


**SPUNTI DI RIFLESSIONE**

a cura di

**avv. Raffaele Cristiano Losacco**

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



**CONGEDI PARENTALI E DESTENSIONE DEI LIMITI**

Il d.lgs. n. 80/2015 in attuazione della delega contenuta nel Jobs Act, ha elevato i limiti temporali di fruibilità del congedo parentale da 8 a 12 anni e quelli di fruibilità dell'indennizzo a prescindere dalle condizioni di reddito da 3 a 6 anni. Le nuove disposizioni trovano applicazione per le giornate di astensione fruita dal 25 giugno al 31 dicembre 2015; in particolare, l'INPS precisa che:

- le lavoratrici ed i lavoratori dipendenti possono fruitare dell'eventuale periodo di congedo parentale ancora spettante fino al compimento dei 12 anni di età del figlio oppure fino a 12 anni dall'ingresso in famiglia del minore adottato/affidato;
- i periodi di congedo fruiti fino a 6 anni di età del figlio, oppure fino a 6 anni dall'ingresso in famiglia del minore adottato/affidato, sono indennizzati al 30% della retribuzione media giornaliera a prescindere dalle condizioni di reddito del genitore richiedente;
- la fruizione del congedo parentale tra il 25 giugno 2015 e il 31 dicembre 2015 è coperta da contribuzione figurativa fino al 12° anno del bambino ovvero fino al 12° anno di ingresso del minore in caso di adozione o affidamento; nei limiti temporali ai quali è sottoposta la riforma in oggetto, l'allungamento della fruibilità del congedo parentale si applica anche al beneficio di cui al comma 5 dell'art. 35 d.lgs. n. 151/2001 (riscatto dei periodi corrispondenti al congedo parentale fuori dal rapporto di lavoro);
- le domande all'INPS, anche per i periodi fruibili in base alla riforma, sono presentate on-line, fatto salvo il periodo transitorio dal 25 giugno alla data dell'aggiornamento della procedura di presentazione delle domande.

E per le lavoratrici madri e lavori usuranti?

Il Ministero del Lavoro chiarisce (o meglio, tenta di chiarire) che il divieto di adibire la lavoratrice madre a lavori usuranti si applica nel servizio pubblico, esclusivamente durante la gestazione e fino al termine del periodo di astensione obbligatoria.

Il Ministero del Lavoro, con interpello n. 16/2015, fornisce alcuni chiarimenti in merito alla disciplina dei divieti di adibizione delle lavoratrici madri allo svolgimento di determinate attività

in quanto l'art. 7 d.lgs. n. 151/2001 (interdizione) può trovare applicazione nell'ipotesi in cui la lavoratrice madre espletò attività riconducibili nella categoria dei lavori usuranti ex art. 1, d.lgs. n. 67/2011.

L'art. 7, infatti, dispone il divieto di adibire le lavoratrici madri al trasporto e al sollevamento di pesi, nonché a lavori pericolosi, faticosi, insalubri e a quelli che comportano il rischio di esposizione a particolari agenti e condizioni di lavoro che renderebbero insalubre e insicuro l'ambiente di lavoro. Il divieto di adibizione al lavoro può sussistere per tutto il periodo della gravidanza e:

- fino a tre mesi dopo il parto (termine del periodo di astensione obbligatoria);
- fino a sette mesi dopo il parto (interdizione posticipata).

**IL LICENZIAMENTO RITORSIIVO**

Secondo costante giurisprudenza, il licenziamento per ritorsione, diretta o indiretta, è assimilabile a quello discriminatorio, vietato dall'art. 4, l. n. 604/1966, dall'art. 15, Statuto dei Lavoratori nonché dall'art. 3, l. n. 180/1990.

Esso costituisce un'ingiusta ed arbitraria reazione ad un comportamento legittimo del lavoratore colpito o di altra persona a quest'ultimo legata. La gravità di un simile licenziamento comporta addirittura la nullità del provvedimento espulsivo, sempre che l'abominevole motivo sia l'unico e determinante e che il lavoratore ne abbia fornito prova, anche con presunzioni.

A fronte di un licenziamento ritorsivo, il lavoratore è gravato da un onere della prova molto articolato: egli non solo deve dedurre quali siano i comportamenti ritorsivi, ma anche dimostrare il rapporto di causalità tra le circostanze pretermesse (i comportamenti scatenanti) e l'asserito intento di rappresaglia. In ogni caso, l'allegazione da parte del lavoratore del carattere ritorsivo del licenziamento intimatogli, non esonera il datore di lavoro dall'onere di provare la legittimità del provvedimento espulsivo ai sensi dell'art. 5, l. n. 604/1966: il datore di lavoro deve, quindi, dare prova della sussistenza della giusta causa o del giustificato motivo di licenziamento. Solo ove il datore di lavoro abbia fornito, alme-

**CCI**





no apparentemente, prova della legittimità del licenziamento, allora incombe sul lavoratore dimostrare l'intento ritorsivo, quale unico e determinante motivo del licenziamento. Il tutto quindi con un onere della prova che si ribalta di passaggio in passaggio.

### IL LICENZIAMENTO PER GIUSTIFICATO MOTIVO OGGETTIVO

È noto come esso sia riconducibile all'esigenza di sopprimere il posto di lavoro occupato dal lavoratore licenziato, a causa di esigenze economiche dell'azienda, siano esse riconducibili a crisi non contingenti, o alla riorganizzazione degli assetti aziendali. In considerazione del principio di libertà di iniziativa economica, il giudice di merito non può sindacare la scelta imprenditoriale sul taglio dei costi o sulla riorganizzazione del lavoro, ma deve limitarsi a valutare l'effettiva esigenza di soppressione del posto di lavoro (ex ante) e l'effettiva soppressione del posto (ex post). In tale prospettiva si colloca il c.d. onere di *repechage*.

Ebbene, al fine di ritenere raggiunta la prova dell'inutilizzabilità aliunde del lavoratore licenziato, è necessario che il datore di lavoro indichi le assunzioni effettuate, il relativo periodo, le qualifiche e le mansioni affidate ai nuovi dipendenti e dimostri che queste ultime non siano equivalenti a quelle già svolte dal lavoratore licenziato, tenuto conto della professionalità da questi raggiunta. Il giudice si trova, infatti, a dover soppesare gli elementi di prova provenienti da entrambe le parti. Entrambe le parti sono chiamate a dare prova delle loro ragioni.

Nel caso di specie alla Suprema Corte appare coerente che il giudice di merito abbia ritenuto provato il giustificato motivo oggettivo del licenziamento e non precisamente articolato l'intento di rappresaglia del datore di lavoro, sicché, rigetta il ricorso. Tutta questione di efficacia delle prove e di equilibrio del giudizio

### IL DANNO DA MANCATO RIPOSO SI QUANTIFICA PER EQUITÀ

L'attribuzione patrimoniale spettante al lavoratore per mancato godimento del riposo settimanale, previsto ex art. 36 comma 3 Cost., ha

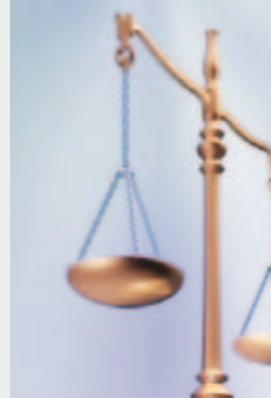
natura risarcitoria poiché è correlata ad un inadempimento del datore di lavoro, essa, quindi, non va confusa con la maggiorazione contrattualmente prevista per la coincidenza di festività con la giornata di riposo settimanale.

Il (sacro) diritto al riposo. Un gruppo di dipendenti di un'azienda di trasporto pubblico si rivolgeva al giudice del lavoro per ottenere il risarcimento del danno per non aver goduto dei riposi stabiliti.

Essi, infatti, avrebbero dovuto fruire del riposo minimo di undici ore giornaliere e del riposo settimanale di quarantacinque ore consecutive. I giudici di merito qualificavano il danno patito dai lavoratori come "danno da usura psico-fisica" e non come "danno alla salute" o "danno biologico", pertanto liquidavano il danno in via equitativa, utilizzando come parametro di calcolo la retribuzione prevista dalla contrattazione collettiva di settore per la maggiorazione del lavoro straordinario notturno e festivo. La società datrice di lavoro impugnava la sentenza di secondo grado, deducendo vizi di motivazione in ordine all'accertamento del danno (non vi sarebbero stati più fatti gravi, precisi e concordanti) ed alla sua determinazione in via equitativa (che sarebbe stata scarsamente giustificata). La Corte di Cassazione rigetta il ricorso. Nel caso di specie, tutti i giudici aditi sono concordi nel ricondurre il danno da mancato riposo al danno da stress o da usura psico-fisica.

A sua volta, il danno da stress o da usura psico-fisica, rientra nella categoria unitaria del danno non patrimoniale, causato da inadempimento contrattuale, pertanto, la sua risarcibilità presuppone la sussistenza di un pregiudizio concreto, sofferto dal titolare dell'interesse leso, sul quale grava l'onere della relativa allegazione e prova, anche attraverso presunzioni semplici. In particolare, per qualificare il danno da mancato riposo, la Corte di Cassazione applica il principio - già enunciato con riferimento al lavoro prestato oltre il sesto giorno consecutivo - secondo cui è doveroso distinguere il "danno da usura psico-fisica" dall'ulteriore "danno alla salute" o "danno biologico".

Il primo, infatti, consegue la mancata fruizione del riposo dopo sei giorni di lavoro, i secondi,



invece, si concretizzano in una vera e propria infermità del lavoratore dovuta ad un'attività che è usurante, poiché svolta in piena continuità, senza il rispetto dei riposi settimanali. Tali differenze vengono giustificate dalla Suprema Corte in considerazione della copertura costituzionale specifica del danno da mancato riposo: l'art. 36 Cost, disponendo il diritto al riposo settimanale, espone il datore di lavoro al diretto risarcimento del danno non patrimoniale.

È lo stesso ordinamento che valuta il mancato riposo settimanale come un'offesa grave ed intollerabile, pertanto non v'è la necessità di un ulteriore accertamento sul punto da parte del giudice di merito. L'eccezione del datore di lavoro circa la mancanza di violazioni plurime, precise e concordanti è, quindi, priva di fondamento: esse non servono, per l'ordinamento il mancato riposo è già fatto grave, tale da giustificare un risarcimento. Una volta accertato il danno da mancato riposo e qualificato come danno da usura psico-fisica, il giudice di merito l'aveva quantificato in via equitativa, utilizzando come criterio di calcolo la maggiorazione retributiva prevista per le ore di lavoro straordinario notturno e festivo.

La Corte di Cassazione avalla la decisione sul punto, poiché ben motivata.

Tale conclusione sembra contraddire la massima della sentenza, ma non è così. Vero è che il mancato riposo non è automaticamente assimilabile allo svolgimento del lavoro straordinario e vero è, quindi, che il danno da mancato riposo non può essere riparato attraverso il pagamento delle maggiorazioni dovute per lavoro straordinario.

Tuttavia, in assenza di una norma che indichi come quantificare il danno da mancato riposo, il giudice può determinarlo in via equitativa, applicando istituti e parametri che siano coerenti con la serietà del caso. L'importante è che la scelta dei criteri di valutazione sia adeguatamente motivata. Il giudice di merito, quindi, ha ben potuto liquidare il danno da stress utilizzando come criterio la retribuzione dovuta nei casi di lavoro straordinario notturno e festivo. Ben ha potuto poiché ha adeguatamente motivato tale scelta, senza "appiccicare" la retribuzione per il lavoro straordinario al mancato riposo.

### L'INTERESSE DEL LAVORATORE CHE ASSISTE UN FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP

Alla luce di un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 33, comma 5, l. n. 104/1992, il diritto del genitore o del familiare lavoratore che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado handicappato di non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede, se non può subire limitazioni in caso di mobilità connessa ad ordinarie esigenze tecnico - produttive del datore di lavoro, non è invece attuabile ove sia accertata – in base ad una verifica rigorosa anche in sede giurisdizionale – l'incompatibilità della permanenza del lavoratore nella sede di lavoro.

La Corte di Cassazione ha parzialmente accolto il ricorso proposto da Poste Italiane avverso la sentenza della Corte d'appello di Caltanissetta che aveva dichiarato nullo il trasferimento di una lavoratrice da una sede di lavoro ad un'altra – distante solo 9 km dalla sua residenza), sul presupposto che tale trasferimento si risolveva in un disagio per la lavoratrice incompatibile con la tutela accordata dall'art. 33, comma 5, l. n. 104/1992. In particolare, la Corte territoriale, da un lato, aveva ravvisato la sussistenza dei presupposti per l'applicazione della citata l. n. 104/1992, poiché la lavoratrice già godeva dei permessi retribuiti per assistere la madre, riconosciuta dalla AUSL portatrice di handicap grave e con essa convivente; dall'altro, aveva escluso che il trasferimento fosse giustificato da effettive ragioni tecnico - organizzative. Inoltre, il giudice di secondo grado aveva accertato che la mansione svolta dalla lavoratrice sino al trasferimento non era affatto stata soppressa e che, comunque, presso l'originaria sede di lavoro erano disponibili altre posizioni inserite nell'area di base della lavoratrice.

La Suprema Corte, aderendo alla decisione dei precedenti giudicanti, ha affermato che il trasferimento della lavoratrice ad altro ufficio postale integrava sotto il profilo oggettivo il presupposto per l'attivazione della tutela di cui all'art. 33, comma 5, l. n. 104/1992, che attribuisce al lavoratore che conviva con parente o affine entro il terzo grado handicappato grave o lo assista

CCIII





con continuità, il diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e a non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede. Nel caso in esame, infatti, la Corte territoriale aveva escluso che il trasferimento fosse stato adottato in presenza di condizioni oggettive integranti una vera e propria condizione di necessità e dunque idonee a far venire meno il diritto della lavoratrice, che assisteva con continuità la madre affetta da handicap grave, a non essere trasferita senza il suo consenso ad altra sede. Sul punto, la Suprema Corte ha concluso che l'interesse della persona handicappata costituisce un limite esterno al potere datoriale di trasferimento, come disciplinato dall'art. 2103 c.c., e come tale prevale sulle ordinarie esigenze produttive ed organizzative del datore di lavoro. La sentenza in esame, inoltre, ha affrontato anche l'aspetto peculiare delle mansioni cui il lavoratore debba essere adibito, a seguito dell'accertamento di nullità del trasferimento.

La Corte territoriale, infatti, aveva accertato che nella sede originaria erano presenti due posti vacanti di sportellista, ruolo diverso da quello di usciere precedentemente assegnato alla lavoratrice, ma comunque rientranti nella sua area operativa.

#### **IL LICENZIAMENTO PER GIUSTIFICATO MOTIVO OGGETTIVO DOPO LA LEGGE FORNERO: NUOVE PROCEDURE, NUOVE SANZIONI**

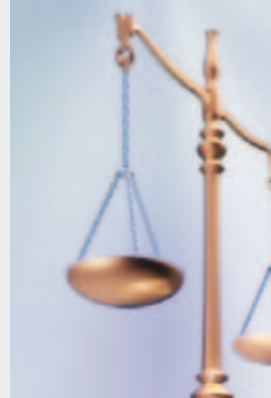
La legge 92/2012 sul mercato del lavoro è intervenuta su vari aspetti del diritto del lavoro ed ha modificato sostanzialmente la precedente disciplina in materia di licenziamenti creando non pochi grovigli invece di semplificare le procedure e soprattutto velocizzarle.

Il licenziamento individuale per giustificato motivo oggettivo. In base alle interpretazioni fornite dalla dottrina e dalla giurisprudenza di 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 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 (ad esempio, l'introduzione di sistemi di erogazione di banconote automatici, come il bancomat), oppure a causa di riassetti organizzativi (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 si fanno rientrare invece quei 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). Con la Legge n. 92/2012 (c.d. Legge Fornero), il legislatore ha ritenuto opportuno prevedere che, nel caso di licenziamenti individuali per giustificato motivo oggettivo, il datore di lavoro che abbia alle proprie dipendenze più di quindici lavoratori nella stessa unità produttiva o nello stesso Comune o comunque più di sessanta complessivamente, debba seguire una specifica procedura.

Tale procedura 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;
  - gli specifici 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;
- c) l'incontro dovrà 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) al termine dei venti giorni (o del più lungo periodo concordato tra le parti o del periodo di sospensione dovuto a legittimo e documentato impedimento del lavoratore), se non si è trovato un accordo, il datore di lavoro potrà comunicare il licenziamento al lavoratore 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, nel rispetto delle seguenti condizioni:
  - Innanzitutto, facendo pervenire al datore di lavoro, a pena di decadenza, una comunicazione;
  - entro sessanta giorni dalla ricezione della comunicazione del licenziamento;

- in forma scritta in cui sia resa nota la propria volontà di impugnare il licenziamento;
- 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. 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.

#### **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 sono diverse in funzione dei motivi di tale illegittimità. Nei seguenti casi di illegittimità dovuti a motivi discriminatori, 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 è nullo; nel caso di mancanza della forma scritta, il licenziamento intimato oralmente è inefficace; ed ancora, aver contratto matrimonio, ove il giudice abbia ritenuto che il licenziamento sia stato intimato perché la lavoratrice ha contratto matrimonio, ne dichiara la nullità se intimato nel periodo intercorrente dal giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio, in quanto segua la celebrazione, a un anno dopo la celebrazione stessa; in caso di Maternità/paternità, se il licenziamento è stato intimato dall'inizio del periodo di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, è nullo; se datore di lavoro e lavoratore si sono accordati per procedere al licenziamento esclusivamente per un motivo illecito comu-

**CCV**





ne ad entrambi, il licenziamento è nullo. Motivo di tipo soggettivo, quindi di natura disciplinare.

Il datore di lavoro sarà condannato a: reintegrare il lavoratore nel posto di lavoro; 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 e comunque non inferiore a cinque mensilità della retribuzione globale di fatto, versare i contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione. In sostituzione della reintegrazione, al lavoratore è data la facoltà, entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, di chiedere al datore di lavoro un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, alla quale si aggiunge peraltro il diritto a percepire il risarcimento del danno nell'identica misura sopra indicata.

Nei casi di illegittimità dovuti a mancanza o carenza di motivazione, mancato od incompleto rispetto delle procedure previste dall'articolo 7 della Legge 15 luglio 1966, n. 604, 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.

V'è altro. Purtroppo. Nel caso di riscontro 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 e comunque non superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto ed al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione (mag-

giorati 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. Nei casi, invece, di illegittimità dovuti a mancata giustificazione del licenziamento per sopraggiunta inidoneità fisica o psichica del lavoratore assunto in forza della legge 68/1999 sul collocamento dei disabili, 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 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. Ove sia stata riscontrata la manifesta insussi-



stenza 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 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.

Ed ancora. Se vi è inesistenza degli estremi del giustificato motivo oggettivo il giudice dichiara risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condanna il datore di lavoro ed 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. Un ultimo aspetto da valutare, coinvolge i così detti diritti specifici del datore di lavoro e del lavoratore.

Il primo è il diritto di revoca del licenziamento; infatti il datore di lavoro può revocare il licenziamento, ma a condizione che ciò avvenga entro il termine di quindici giorni dalla comunicazione del lavoratore al datore di lavoro dell'impugnazione del licenziamento stesso. In

tale ipotesi, il rapporto di lavoro si intende ripristinato senza soluzione di continuità, con diritto del 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 rinunciarvi, chiedendo al datore di lavoro, in sostituzione della reintegrazione nel posto di lavoro, un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, non 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 risarcitoria, così come determinata in funzione del tipo di illegittimità del licenziamento. Ove il lavoratore, entro trenta giorni dall'invito del datore di lavoro non abbia ripreso servizio o non abbia richiesto l'indennità di cui sopra, il rapporto di lavoro si intende risolto. Le modifiche apportate dalla Legge Fornero alla disciplina sui licenziamenti, ed in particolare in materia di licenziamento per giustificato motivo oggettivo, sono rilevanti, basti pensare alla rigida procedura che il datore di lavoro è tenuto ad osservare preventivamente all'attuazione del licenziamento, oppure alla possibilità, in presenza talune forme di riscontrata illegittimità del licenziamento, di non reintegrare il lavoratore. Notevoli, purtroppo, 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" oppure alla "manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo" o al fatto "che

CCVII





non ricorrono gli estremi del predetto giustificato motivo”.

**CONTRATTI A TEMPO DETERMINATO E LA RAGIONE GIUSTIFICATIVA DEL TERMINE CHE DEVE ESSERE SPECIFICA.**

In base all’art. 10, comma 7, d.lgs. n. 368/01, i CCLN possono inserire limiti quantitativi alle assunzioni a termine. Il principio è stabilito dalla legge.

La Corte di Appello di Roma dichiarava nullo il contratto a termine stipulato tra la RAI e un programmatista regista, e instaurava invece tra le parti un contratto a tempo indeterminato. La stessa Corte capitolina condannava poi la RAI al risarcimento dei danni a favore del lavoratore. Richiamando diverse pronunce precedenti (Cass. n. 7244/14 e Cass. n. 18532/13), la Corte di Cassazione ricorda il principio generale, confermato dall’art. 1, d.lgs. n. 368/01, secondo cui il rapporto di lavoro subordinato è normalmente a tempo indeterminato, rappresentando l’apposizione del termine un’ipotesi eccezionale. In particolare, l’art. 1 del decreto prima citato ha previsto l’onere di precisare le ragioni giustificatrici “di carattere tecnico, produttivo, organizzativo o sostitutivo” del termine finale.

Tali ragioni devono essere enunciate in maniera sufficientemente dettagliata, in modo tale da consentire la conoscenza della loro effettiva portata e il relativo controllo di effettività.

Fatte tali considerazioni, la S.C. ribadisce che l’art. 10, comma 7, d.lgs. n. 368/01, ancor prima di essere stato modificato, lungi dal determinare una specifica e autonoma causale che giustifichi l’apposizione di un termine al contratto di lavoro, si limita a esonerare (per le ipotesi espressamente indicate dalla norma stessa) il datore di lavoro dal rispetto dei limiti quantitativi di utilizzazione delle assunzioni a termine, individuati, in via generale, dai CCNL conclusi dai sindacati comparativamente più rappresentativi, ma sempre osservando la legge. Questo implica che, nel caso in esame, i contratti collettivi possono inserire dei limiti quantitativi alle assunzioni a termine per programmi radiofonici e/o televisivi e per spettacoli, ma deve comun-

que trattarsi di programmi e spettacoli specifici. In ordine al risarcimento del danno (aspetto che riguarda tanti infermieri assunti con contratto a tempo determinato e che hanno in corso un contenzioso) secondo l’interpretazione datane dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 303/11, la disciplina contenuta in tali commi risponde alla ratio legis di «introdurre un criterio di liquidazione del danno più agevole, certa e omogenea applicazione». In particolare, il comma 5 prima citato stabilisce che nei casi di conversione del contratto a tempo determinato, il Giudice condanna la parte datoriale al risarcimento del lavoratore, prescrivendo un’indennità onnicomprensiva nella misura compresa tra un minimo di 2,5 e un massimo di dodici mensilità dell’ultima retribuzione globale di fatto. Secondo un’interpretazione costituzionalmente orientata di tale norma, il danno forfettario dall’indennità in questione copre soltanto il periodo “intermedio”, ossia quello compreso tra la scadenza del termine e la sentenza che accerta la nullità di questo e dichiara la conversione del rapporto. Pertanto, a partire da tale sentenza, il datore di lavoro è tenuto a reintegrare il lavoratore e a versargli le retribuzioni dovute, anche in caso di mancata riammissione effettiva. Allo stesso tempo, sempre in linea con la pronuncia costituzionale, «il nuovo regime risarcitorio non ammette la detrazione dell’aliunde perceptum.

Sicché l’indennità onnicomprensiva assume una chiara valenza sanzionatoria. Essa è dovuta in ogni caso, al limite anche in mancanza di danno, per avere il lavoratore prontamente reperito un’altra occupazione». Dunque, la disposizione contenuta nel comma 5 va interpretata nel senso che l’indennità ivi prevista ristora interamente il pregiudizio subito dal lavoratore, incluse le conseguenze retributive e contributive riguardanti il periodo compreso tra la scadenza del termine e la decisione con cui il Giudice abbia ordinato la ricostituzione del rapporto di lavoro.

Di conseguenza, la Corte di Cassazione accoglie il terzo motivo e cassa la sentenza in relazione a tal punto, con rinvio alla Corte di appello di Roma in diversa composizione.





# IPERTENSIONE ARTERIOSA

## Prevenzione e stili di vita

Pasquale  
**LACASELLA**



Si definisce Ipertensione Arteriosa l'aumento della pressione sistolica (massima) oltre i 140 mmHg e della pressione diastolica (minima) al di sopra dei 90 mmHg. La P.A. va sempre misurata

con una precisa tecnica di rilevazione onde garantire la riproducibilità dei valori rilevati. L'ipertensione è più frequente negli uomini fino ai 65 anni e nelle donne oltre quell'età per ovvie ragioni di natura ormonale legate alla menopausa e non solo. La malattia colpisce il 25-30% della popolazione italiana. Nel 95% dei casi la causa dell'I.A. è sconosciuta e si parla quindi di ipertensione essenziale o primitiva, mentre nel restante 5% dei casi la patologia è collegata ad altre patologie come l'insufficienza renale, il feocromocitoma, la stenosi arteriosa ad esempio dell'arteria renale, ecc. Di norma non ci sono chiari segni premonitori, possono tuttavia manifestarsi palpitazioni, mal di testa ricorrenti, vertigini, nervosismo, stanchezza e ronzii alle orecchie. Principali complicanze sono l'infarto e l'ictus. Le principali categorie di farmaci contro l'I.A. sono date dai diuretici, dai beta bloccanti, dagli ace inibitori, dagli inibitori dell'angiotensina, dai calcio antagonisti, dagli alfa bloccanti e dai vasodilatatori. Per quanto riguarda la sua rilevazione è importante informare il paziente della necessità di non fumare, di non assumere caffeina

e non effettuare attività fisica nei 30 minuti precedenti la rilevazione della P.A. E' sempre consigliabile, prima di ogni rilevazione, mantenere il paziente seduto in ambiente tranquillo per almeno 5 minuti, togliere gli indumenti che costringono il braccio prima dell'applicazione del bracciale, effettuare due misurazioni ad intervallo di non meno di 2 minuti la prima dalla seconda, di usare bracciali idonei per bambini ed obesi. L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare che può potenziare azioni negative su altri fattori di rischio. Ecco perché sin da giovani è indispensabile seguire alcune semplici regole comportamentali:

- mantenere una dieta equilibrata povera di grassi saturi e ricca di verdura e frutta;
- non fumare e moderarsi nell'uso dell'alcol;
- tenere sotto controllo il peso corporeo valutando preventivamente l'indice di massa corporea. L'individuo sarà considerato sotto peso se l'indice di M.C. è minore di 18,5 Kg/mq - normopeso se compreso tra 18,6 e 24,9 - sovrappeso se compreso tra 25 e 29,9 - obeso se superiore a 30 Kg/mq;
- ridurre al minimo l'assunzione di cloruro di sodio con la dieta preferendo l'uso di sale iodato, anche se questa raccomandazione non è valida per chi soffre di problemi tiroidei;
- fare attività fisica con costanza ma sempre ricordando che una buona attività fisica viene effettuata in base alle caratteristiche cliniche individuali ed in base al profilo di rischio cardiovascolare del soggetto preso ad esame;
- controllare almeno settimanalmente la pressione arteriosa, provvedendo a segnare i valori riscontrati.



# LA GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI PICC

Uno studio prospettico per interventi infermieristici mirati

Antonia  
MENNUNI



I cateteri venosi ad inserimento periferico rappresentano una recente ed importantissima innovazione tecnologica che ha cambiato in modo sostanziale l'approccio al sistema

venoso del paziente, costituendo la migliore risposta alla crescente necessità di ottenere in ogni paziente, sia in ospedale che a domicilio, una via d'accesso stabile e sicura, conseguita e mantenuta con il minimo rischio possibile e il miglior rapporto costo-efficacia. Il Picc, in particolare, trova largo impiego soprattutto nei pazienti oncologici che necessitano trattamenti chemioterapici o di trapianto; spesso trattasi di soggetti complessi che richiedono assistenza e supporto fisico-psicologico adeguato. L'obiettivo principale del mio studio è stato quello di valutare il rischio di infezione e dislocazione correlato al catetere venoso, in base al sistema di fissaggio e dispositivi di medicazione utilizzati.

Per la valutazione dell'exite-site è stata utilizzata una scala: Visual Exit-site Score (VES). Il campione è stato, inoltre, sottoposto a valutazione della qualità di vita, attraverso, l'utilizzo del questionario SF-36, in modo tale da prendere in considerazione diversi aspetti della salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alle salute fisica o

allo stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute, vitalità, attività sociali, salute mentale.

L'esperienza sul campo, ha evidenziato la fragilità del paziente onco-ematologico e di come la presenza di un dispositivo per l'accesso vascolare potesse stravolgere la sua vita. È stato condotto su un campionamento a grappolo di pazienti affetti da patologia neoplastica di tipo ematologico che è causa di un deficit delle difese immunitarie. I cateteri intravascolari, come ad esempio il PICC, sono causa di infezioni locali e nei casi più gravi sistemiche. Il PICC, inoltre potrebbe dislocarsi, ritardando la somministrazione di un'eventuale terapia e causando, anche, stress psicologico, poiché necessita di reimpianto.

L'obiettivo specifico dello studio è stato quello di identificare il miglior sistema di fissaggio e di medicazione in grado di migliorare la qualità di vita del paziente. L'intero campione è stato diviso in tre gruppi, ognuno composto da 10 soggetti, distinti in base al sistema di medicazione e di adesione utilizzato: gruppo A (pazienti che presentano un sistema di fissaggio tipo Statlock e medicazione in poliuretano trasparente); gruppo B (pazienti che presentano un sistema di fissaggio tipo Statlock e medicazione in garze e cerotti); gruppo C (pazienti che presentano un sistema di fissaggio con punti di sutura e medicazione in garze e cerotti). Per la raccolta dei dati, il campione è stato sottoposto ad un primo quesito, con il quale è stato annotato il tipo di sistema di fissaggio usato, tipo di medi-



cazione, score secondo la scala VES e complicanze tardive (in particolare infezioni e dislocazione del catetere venoso).

La scala per la valutazione del sito di inserzione (Visual Exit-Site Score) è stata utilizzata per definire il grado di flogosi e consta di quattro stadi:

- grado 0 (cute integra e priva di segni di flogosi);
- grado 1 (iperemia <1 cm dal punto di uscita, +/- fibrina);
- grado 2 (iperemia >1 cm <2 cm dal punto di uscita, +/- fibrina);
- grado 3 (iperemia >2 cm dal punto di uscita, secrezione, pus, +/- fibrina).

Dopo questa prima valutazione, il paziente è stato sottoposto al questionario SF-36 (item short-form), un quesito che si occupa di valutare e prendere in considerazione la qualità di vita dall'individuo.

In linea generale, con l'analisi dei risultati e dei valori ottenuti, si evince che il rischio di infezione è minore nei pazienti appartenenti al gruppo A, aventi un sistema di medicazione in poliuretano trasparente ed un sistema di adesione tipo Statlock.

Difatti, un numero superiore di pazienti con

Score 0, quindi in assenza di flogosi, è rappresentato da coloro che appartengono al gruppo A (64%). Il gruppo B è predominante nello Score 1 della scala di valutazione dell'exit-site (50%). Il gruppo C predomina nello Score 2 e 3. Per quanto riguarda il dislocamento, per il gruppo A e B, il rischio è pari (29% per entrambi), mentre è lievemente aumentato nel gruppo C (43%).

Da questo studio, si rileva che i sistemi più adatti a ridurre complicanze infettive e di dislocazione e l'incidenza di reimpianto, consiste nell'uso di medicazione trasparente in poliuretano e sistema Statlock.

Una riduzione delle complicanze, migliora la qualità di vita dei pazienti, infatti, riellaborando i dati raccolti con il questionario SF-36, è stato rilevato un cambiamento dal punto di vista emotivo, mentre per quanto concerne le altre sfere della salute, i valori ottenuti sono più o meno gli stessi.

Il gruppo A presenta minori limitazioni da un punto di vista emotivo e quindi, anche, un livello superiore di benessere emotivo, mentre valori intermedi rappresentano il gruppo B, ed il gruppo C risulta essere il più critico in termini di qualità di vita.

### PREMIO IPASVI BAT 2015

L'8 maggio scorso presso la sede del Collegio IPASVI BAT di Trani, è stato assegnato il Premio IPASVI BAT 2015, quest'anno dedicato al collega Giuseppe Loconte, un concorso riservato a tutti i nuovi iscritti, neolaureati, che hanno terminato il percorso didattico nel 2014, presentando le loro tesi. Il primo premio dal valore di 300 euro è stato assegnato alla neolaureata dottoressa Antonia Mennuni, dopo un'attenta valutazione di tutte le tesi pervenute, da parte di una commissione, in base ad alcuni requisiti quali

l'originalità, l'importanza del ruolo dell'infermiere, qualità del lavoro e contenuto. Nella tesi premiata dal titolo "La gestione del paziente portatore di PICC: uno studio prospettico per valutare la qualità di vita e rischio di infezione e dislocazione mediante interventi infermieristici mirati", la studentessa ha messo in evidenza il ruolo dell'infermiere nella gestione dei PICC con finalità sia cliniche che relazionali attraverso uno studio prospettico all'interno dell'U.O di ematologia del P.O. "Dimiccoli" di Barletta.



Sono stati assegnati due ulteriori premi, rispettivamente per il secondo e terzo posto, che sono andati rispettivamente alla collega dottoressa Rosa Mennuni che ha presentato la tesi dal titolo: "Sono vivo grazie a un donatore" qualità di vita ed interventi infermieristici nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche dell'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, e alla dottoressa Nicoletta Conte che ha presentato una tesi dal titolo "L'infermiere e il clown dottore: un'alleanza terapeutica per l'umanizzazione delle cure".



# I NUOVI PRINCIPI E STRUMENTI DEL CODICE DELL'AMMINISTRAZIONE DIGITALE

Locantore  
**ALTMARE**



Negli ultimi anni il SSN si è trovato ad affrontare il problema dell'assicurazione della tutela sanitaria per tutti i cittadini disponendo di volumi di risorse inadeguate. Per reagire a

questa situazione ci si è impegnati in politiche orientate alla razionalizzazione dell'uso delle risorse. Tale processo ha implicato la necessità di poter valutare l'efficacia di diversi protocolli diagnostico-terapeutici rispetto alla popolazione interessata valutando nello stesso tempo i costi di erogazione del servizio. Per far fronte a questa esigenza si è sviluppato uno spazio di ricerca multidisciplinare conosciuto con il nome di HTA (Health Technology Assessment) cioè valutazione delle tecnologie sanitarie. L'HTA è una metodologia dinamica a rapida evoluzione finalizzata ad assistere, supportare e consigliare chi ha il potere decisionale in ambito sanitario nella definizione delle scelte. L'obiettivo principale dell'HTA è quello di individuare trattamenti ed interventi che portino il maggior beneficio ai pazienti. L'HTA è uno strumento che aiuta a prevenire l'erogazione di prestazioni inefficaci, inappropriate o superflue, contenendo la spesa e migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria. Se usato in modo appropriato l'HTA è in grado di

eliminare tecnologie non sicure, inefficaci e dannose. Nell'ambito delle tecnologie importante per il mondo sanitario è l'e-Health. Per e-HEALTH o sanità in rete si intende, l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita. Le iniziative della e-HEALTH migliorano l'accesso alle cure ponendo il cittadino al centro del sistema sanitario e contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del sistema sanitario. La realizzazione di un sistema di servizi integrati, assume una notevole importanza soprattutto in un quadro in profondo mutamento ed evoluzione del SSN caratterizzato da una quota di popolazione anziana sempre più preponderante e un'assistenza sempre più centrata sui servizi territoriali per far fronte a patologie croniche. I 5 punti cardine del processo di sviluppo delle e-Health sono: definizione delle priorità nel rispetto dei contesti locali, valutazione dei vincoli e delle istanze dei portatori di interesse, definizione degli approcci di sviluppo sostenibile, ottimizzazione degli sforzi progettuali e degli investimenti e garanzia di coerenza dei percorsi e dei risultati conseguiti. I nuovi principi e strumenti del codice dell'amministrazione digitale sono traducibili in termini di trasparenza: viene arricchito il contenuto dei siti istituzionali delle amministrazioni, prevedendo che sugli stessi siano pubblicati, in modo integrale anche tutti i bandi



di concorso; le pubbliche amministrazioni dovranno rendere disponibile on-line i moduli e i formulari da utilizzare come unici strumenti per richiedere l'avvio dei procedimenti amministrativi, la mancata pubblicazione è rilevante ai fini della valutazione dei dirigenti responsabili. Sarà possibile effettuare pagamenti informatici spettanti alle pubbliche amministrazioni utilizzando carte di credito o prepagate o ogni altro strumento di pagamento elettronico disponibile. Per i rapporti fra PA e imprese, la presentazione di istanza, dichiarazioni dati e lo scambio di informazioni e documenti tra imprese e amministrazioni pubbliche, nonché l'adozione e la comunicazione da parte di queste ultime di atti e provvedimenti amministrativi, avverrà utilizzando le tecnologie delle informazioni e della comunicazione.

Inoltre l'amministrazione titolare del provvedimento raccoglierà gli atti, i documenti e i dati del procedimento medesimo in un fascicolo informatico, dotato di un apposito identificativo. Tutte le comunicazioni effettuate mediante PEC equivalgono alla notifica per mezzo della posta, le PA utilizzeranno la PEC per le comunicazioni e la trasmissione di documenti informatici nei confronti dei soggetti che abbiano preventivamente dichiarato il proprio indirizzo. L'accesso dei servizi erogati in rete dalla PA consente l'utilizzo anche di strumenti diversi dalla carta d'identità elettronica e dalla carta nazionale dei servizi, previa individuazione del soggetto che richiede il servizio. Viene riordinata la disciplina delle copie dei documenti informatici e amministrativi e si sviluppa il processo di dematerializzazione dei documenti.

Importante è la continuità operativa e disaster recovery: le PA dovranno predisporre appositi piani di emergenza per assicurare in caso di disastri e per fornire continuità delle operazioni indispensabili a fornire servizi e il ritorno alla normale operatività. Scambi di dati per evitare che il cittadino debba fornire più volte gli stessi dati, le amministrazioni titolari di banche dati predisporranno apposite convenzioni aperte per assicurare l'accessibilità delle informazioni. Infine il FSE è la raccolta on line di dati e informazioni sanitarie che costituiscono la storia clinica e di salute di una persona. Il FSE ha come obiettivo il fornire ai medici e

più in generale ai clinici, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini.

Rappresentata il punto di aggregazione e di condivisioni delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari attori del Sistema sanitario e esso contiene eventi sanitari e documenti di sintesi organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica che permette la navigazione fra i documenti in modalità differente a seconda del tipo di indagine. Il soggetto a cui il FSE si riferisce è sempre un singolo cittadino, l'orizzonte temporale di riferimento è la vita intera. All'interno è fondamentale che sia contenuta una sintesi della storia clinica del cittadino, il Patient Summary, in modo da rendere fruibile in maniera ottimale le informazioni necessarie. Al fine di favorire la qualità di monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia, ai fini della sicurezza del paziente, è prevista l'istituzione del dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione. Le tipologie di informazioni contenute riguardano i seguenti ambiti: ricovero ospedaliero, specialistica ambulatoriale, prestazioni farmaceutiche, assistenza residenziale, assistenza domiciliare, accessi al pronto soccorso. Il FSE è il punto di aggregazione delle informazioni e dei documenti clinici generati dai vari attori del sistema sanitario e quindi fornisce una visione globale e unificata dello stato di salute del singolo cittadino.

L'evoluzione socio demografica della popolazione, la necessità di bilanciare le risorse disponibili e la qualità dell'assistenza sanitaria prestata sono di stimolo alla definizione di nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari, che consentono di tracciare chiaramente il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete di assistenza sanitaria. Ciò è possibile attraverso un sistema di servizi integrati in rete che consenta, in tempo reale il controllo e la valutazione sistematica di parametri quali il rischio clinico, le procedure diagnostiche e terapeutiche con particolare riferimento alla qualità delle stesse, alle risorse impiegate, alle tecnologie utilizzate e al livello di soddisfazione percepito dal cittadino.



# SPORTELLO D'ASCOLTO PSICOLOGICO

Iniziativa promossa dal Collegio IPASVI BAT

a cura del  
**CONSIGLIO DIRETTIVO**



stress lavoro-dipendente o che cominciano ad avvertirne i primi sintomi e prevenire il verificarsi di una perdita della motivazione al lavoro attraverso lo sviluppo di adeguate strategie di coping che riducano la probabilità di “bruciare” professionalmente.

Il servizio di consulenza psicologica è totalmente gratuito per gli iscritti (che sono in regola col pagamento a tutto il 2015 compreso) considerando che ogni iniziativa è gestita con le quote di chi paga il Collegio, ed è gestito da una psicoterapeuta che riceverà gli iscritti ogni 2° e 4° lunedì del mese, previa prenotazione da eseguire chiamando la segreteria del collegio IPASVI BAT al seguente numero 0883 482500.

Da anni si cerca di comprendere le cause e le conseguenze sul piano assistenziale, organizzativo e individuale del disagio psicologico e dello stress che coinvolge e colpisce gli operatori sanitari. È vero che, nelle professioni di aiuto, un certo grado di stress è ineliminabile, e talvolta positivo, ma il superamento dei limiti innesca un inconsapevole meccanismo distruttivo che porta allo spegnimento di ogni passione, ossia al burnout, “bruciato”. La creazione di uno sportello di ascolto a disposizione degli infermieri mira a fornire gli strumenti per capire il fenomeno burnout e le cause che lo determinano con due principali obiettivi: supportare tutti quegli operatori che si trovano in una condizione di





# L'INFERMIERE ALL'INTERNO DEL 118 BARI

Ciro  
GENCHIRoberto  
GRECO

Il collegio IPA-SVI Bari ha dato seguito al percorso già avviato nell'ottobre 2014 attivando un gruppo di lavoro, interno al personale del 118 barese, con l'intento di dimensionare le criticità del 118. Nel periodo successivo si è redatto un questionario, poi distribuito a tutti, con una molteplicità di domande, nato fondamentale-

si aspetti all'interno del questionario e nel 50% delle schede analizzate le postazioni risultano essere inadeguate, negli ambienti, nella sicurezza, nel confort climatico e nell'igiene. Questo dato che è sicuramente interessante, risulta essere particolarmente evidente nella specificità di ogni giudizio espresso nettamente al negativo in se, interventi urgenti e risolutivi devono essere adottati per rendere idonee le postazioni. Per ciò che riguarda i mezzi di soccorso si evince che pur essendoci gli spazi a loro regolarmente assegnati più del 50% non dispone di adeguato ricovero. Più che buono l'approvvigionamento della farmacia e la conservazione dei farmaci. Irrisolto, acclarato e macroscopico è il fatto che nella maggior parte dei casi il ritiro e la consegna delle divise tanto sporche quanto pulite non avviene e induce il personale a lavare le proprie divise all'interno delle proprie abitazioni o, in alternativa, ricorrendo alle lavanderie con un aggravio a proprie spese. La contemporanea presenza dei frigoriferi e dei termo box per la parallela conservazione dei liquidi tanto freddi quanto caldi è presente nella sola metà dei casi. La comunicazione tra tutti gli operatori all'interno delle postazioni è risultata buona e collaborativa così come una valutazione sostanzialmente positiva è stata espressa per il personale soccorritore presente a bordo dei mezzi delle associazioni di volontariato. Un indirizzo in senso migliorativo invece, è stato espresso dagli infermieri per ciò che concerne le comunicazioni che allo stato intercorrono tra la centrale operativa/coordi- >>

mente per indagare statisticamente attraverso l'analisi dei dati: Sistemazione logistica; Comunicazione; Funzionalità; Organizzazione ed informazione. Il questionario con 59 domande con risposta in scala di valutazione numerica da 1 a 10 dove, 1 rappresentava il minimo gradimento mentre 10 il massimo, è stato distribuito a tutte le postazioni. Sono stati riconsegnati 185 questionari dai quali è stata fatta una mega-analisi e successivamente delle osservazioni. Il 30 aprile c.a. si è svolta una conferenza, presso il Polo Didattico dell'ospedale "Di Venere" Bari aperto a tutti gli infermieri. La sistemazione logistica è stata esaminata sotto diver-



namento 118/postazioni 118, infatti, il 56% le giudica in modo negativo. Si auspicano, pertanto, sinergie di tipo programmatico/organizzativo. Si intuisce la necessità di una collaborazione continua e sistematica tra la parte operativa e quella organizzativa. Le direttive seguono percorsi autonomi soprattutto in funzione del fatto che l'una è rappresentativa del Policlinico di Bari e l'altra è gestita dalla Asl Bari che tra l'altro hanno risorse e priorità diverse. La tempestività e la diffusione delle informazioni è negativa (per entrambi il 59%), vanno esaminati i diversi motivi e quindi migliorati. L'estromissione dai flussi informativi è una delle cause di "burnout". Aspetti inquietanti si nascondono dietro quel 34% degli infermieri che asserisce di aver subito fenomeni di mobbing e che spesso vede coinvolti coloro che hanno un contratto a tempo determinato.

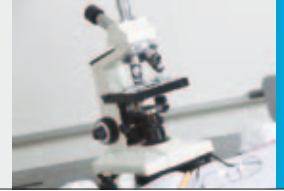
In senso assoluto è inspiegabile e ingiustificato che il personale non sia a conoscenza dei turni di reperibilità del coordinamento infermieristico 118 e, ancor di più non è a conoscenza dei turni di reperibilità del personale preposto alla sostituzione/manutenzione dei mezzi aziendali in un sistema dove nulla dovrebbe essere lacunoso o casuale.

L'aspetto più interessante del questionario era conoscere dalle risposte degli infermieri se il 118 barese funzionasse. Circa il 60% di loro ritiene che il sistema funzioni tant'è che il 57% degli infermieri lo consiglierebbe ad altri colleghi per eventuali incarichi. Un altro aspetto che andava esaminato ed approfondito era quello dello staff del coordinamento 118 che pur raccogliendo una media dei consensi stentatamente accettabili, ha denunciato note di rilevante criticità che inducono ponderata riflessione. La centrale operativa 118 in tema di funzionalità percepita dagli infermieri non ha particolari consensi anzi, al contrario, la qualità dei "dispach" è giudicata per lo più negativa ed è più evidente in situazioni particolari. Come più volte evidenziato dal collegio Ipasvi, si riscontra anche in questo sondaggio l'assenza di protocolli condivisi con la capitaneria di porto. L'assenza di protocolli operativi aggiornati è richiesta dagli infermieri in maniera preponderante. I lunghi tempi di attesa nei pronto soccorso

è giudicato negativamente per il 77% delle schede. Questo rappresenta un motivo di forte preoccupazione perché la mancanza cronica di ambulanze è determinata da lunghe soste nei pronto soccorso e la presa in carico del paziente dalla struttura accettabile non termina con il triage ospedaliero ma, si protrae sino alla visita del medico in ambulatorio. Altro aspetto che genera sgomento è la mancanza delle simulazioni, evidenziata dal 79% degli infermieri che nello stesso tempo sottolineano l'importanza e l'urgenza di inserire le simulazioni nella programmazione dell'aggiornamento e della formazione. L'efficacia e la collaborazione del coordinamento 118 è mediocre ed è giudicata negativamente per il 53% degli infermieri. Si evidenzia disinformazione per la privacy, rischio clinico e documento di valutazione dei rischi.

Gli ordini di servizio nel 50% dei casi non vengono effettuati nelle forme e modalità così come previsto dal CCNL. Ritardi nell'attribuzione dei turni di servizio mensili sono evidenziati nel 50% delle schede. Scarsa collaborazione con la centrale operativa è presente nel 54% dei casi spesso dovuta ai sistemi di comunicazione che non sono immediati e continui (soprattutto durante le fasi del soccorso) dovuti alla mancata realizzazione della rete radio digitale con canale predisposto già previsto dal Burp 103 del 2014. La copresenza del coordinamento 118 e della centrale operativa 118 è giudicata sostanzialmente negativa. La formazione è giudicata soddisfacente in senso complessivo con picchi di gradimento riferiti al paziente adulto, al paziente pediatrico, alle maxi-emergenza; un po' meno per ciò che riguarda la scena del crimine e, ancor meno, al soccorso della donna gravida. È pressoché unanime il giudizio sull'importanza dell'attività formativa per i pazienti in assistenza domiciliare integrata. I mezzi di soccorso sono stati giudicati ampiamente buoni visto l'impianto organizzativo regionale del 2011 che, per quelli in convenzione prevede un parco complessivamente poco usurato perché di recente istituzione. I giudizi negativi sono per le ambulanze aziendali che sono vecchie ed obsolete in linea con quanto in passato segnalato dal collegio Ipasvi. In termini di innovazione tecnologica, non più al passo con i tempi,





il fax è uno strumento vetusto mentre l'utilizzo del computer è doveroso sia per completare e ammodernare l'impianto informatico sia per il feedback continuo e sistematico con le varie aree aziendali. Su questo aspetto si è espresso l'89% degli infermieri così come una valutazione molto critica ha riguardato il nuovo piano di riordino a causa della mancata attuazione di quanto pubblicato sul Burp n.6 del 12.01.2010. Per consentire la realizzazione sia del vecchio piano sia dell'ultimo del 2014, si rende più che mai necessaria la presenza sistematica dell'infermiere in ogni postazione e dunque le ambulanze Victor (senza infermiere) non sono più previste e sostituite da quelle India (con infermiere). La presenza di ambulanze Victor tuttora in uso, pregiudica quanto programmato a livello regionale poiché la sola partenza delle auto-mediche non corrisponde alla funzionalità e operatività dell'intervento. L'assunzione di personale infermieristico è fortemente auspicato in ragione del fatto che la salute del cittadino dipende anche da scelte regionali che devono trovare riscontro nella realtà. Il giudizio negativo espresso dagli infermieri è anche frutto dell'assenza di una rappresentanza infermieristica ai tavoli di programmazione regionale. Questi invece alcuni dei punti sui quali intervenire a cominciare da un'ampia rivisitazioni di tutte le postazioni del 118 barese attraverso un team competente che analizzi la logistica degli ambienti, la sicurezza, l'igiene e l'idoneo ricovero dei mezzi. Rendere attuabile il ritiro e la consegna delle divise da lavoro tanto sporche quanto pulite.

Assicurare in tutti i mezzi la presenza contemporanea di almeno due termobox per la contemporanea conservazione di medicinali e/o liquidi caldi e freddi. Si auspicano sinergie continue, collaborative e proficue tra Centrale Operativa, coordinamento e postazioni 118;

Comunicazioni più efficaci attraverso l'utilizzo di personal computer e per la centrale operativa l'impiego di strategie comunicative diverse soprattutto nelle modalità che spesso generano perplessità e animosità rendendo poco professionale la comunicazione stessa.

Più attenzione è opportuna per non cagionare fenomeni di mobbing usando linguag-

gi e metodiche uguali per tutti. Prevedere la comunicazione dei turni di reperibilità a tutti sia del coordinamento 118 che del personale che si occupa alla manutenzione/sostituzione mezzi aziendali.

Certezza degli organici sui vari mezzi senza se e senza ma, attraverso l'istituto della pronta disponibilità già attuativo in sede aziendale per il 118 barese.

La qualità dei "dispach" deve essere decisamente migliorata con elementi di natura professionale, integrativa e comunicativa tali da essere chiari anche nelle difficoltà interpretative che ovviamente si rendono manifeste.

Concertare sinergie organizzative con la Capitaneria di porto per il soccorso sanitario in mare e prevedere l'impiego di protocolli operativi aggiornati.

Drastica riduzione delle attese nei pronto soccorso non più tollerabili per i codici gialli e verdi.

Creare una rete di sistema che renda il 118 barese aggiornato ed evoluto per i suoi elementi fondamentali anche attraverso l'impiego sistematico di simulazioni che sino ad ora sono mancate.

Un'altra questione è quella relativa al potenziamento dei PPI (punti di primo intervento). Questi gli obiettivi organizzativi/informativi: tempi congrui per l'attribuzione dei turni di servizio e ordini di servizio che spesso sono disattesi si registrano come elementi sanabili attraverso una maggiore attenzione che, in mancanza, genera avversioni;

realizzazione rete radio digitale con canale predisposto da realizzarsi in tempi rapidi;

Potenziamento dell'attività formativa e monitoraggio della stessa;

approvvigionamento di personal computer in sostituzione degli obsoleti fax;

attuazione dell'ultimo piano di riordino pubblicato sul Burp 160 del 19 Novembre 2014;

implementazione degli organici infermieristici in modo opportuno considerando che non sono più previsti mezzi senza infermieri nel 118 barese così come stabilito nel Burp cui sopra dalla Regione Puglia;

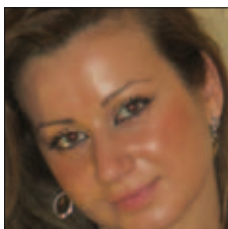
presenza di almeno un infermiere dell'emergenza territoriale 118 ai tavoli regionali per un valido contributo di tipo operativo/funzionale.



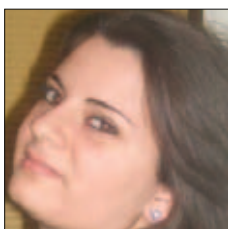
# IL GOVERNO CLINICO

## Obiettivo delle organizzazioni sanitarie

Alessandra  
**PIAZZOLLA**



Adriana  
**PIAZZOLLA**



L'obiettivo delle organizzazioni sanitarie è rivolto, negli ultimi tempi ed in modo sempre crescente, al miglioramento della qualità assistenziale da offrire ai cittadini/utenti. Partendo da questo presupposto si è reso sempre più necessario, col passare degli anni e con il progressivo invecchiamento della popolazione, cercare di in-

dividuare uno strumento valido ed efficace per creare le condizioni necessarie affinché la qualità assistenziale percepita potesse essere all'altezza delle aspettative dei destinatari delle cure. In tal senso, il governo clinico, rappresenta il mezzo attraverso il quale soddisfare le esigenze e le necessità degli utenti, tenendo conto delle loro preferenze e rendendo così il cittadino soggetto attivo, in grado di operare delle scelte in base a criteri specifici di partecipazione ai processi di cura. Esso nasce dall'esigenza di ridefinire i rapporti tra cittadini e servizi e rappresenta la parola chiave delle nuove politiche sanitarie orientate alla promozione della qualità

delle prestazioni, mettendo al centro del sistema il cittadino/utente. L'applicazione del governo clinico presuppone che la qualità dell'assistenza sanitaria venga misurata ed espressa anche in termini di sicurezza, garantendo cioè prestazioni certe ed efficaci. Ciò è possibile attraverso la personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, migliorando la comunicazione e la relazione con gli utenti, tenendo conto dei bisogni assistenziali da garantire. Si tratta di costruire le condizioni che rendano possibile un agire in modo coordinato e coerente sull'insieme dei fattori determinanti che influenzano la qualità della pratica clinica. La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione dei seguenti determinanti: formazione continua, audit clinici, medicina basata sull'evidenza, linee guida cliniche e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e dei contenziosi, comunicazione e gestione della documentazione, ricerca e sviluppo, collaborazione multidisciplinare, coinvolgimento dei pazienti e valutazione del personale. Il Governo Clinico rappresenta una combinazione di attitudini, una modalità nuova di lavoro che coinvolge sia gli infermieri che lavorano in reparto e/o a domicilio, sia i dirigenti infermieristici nei diversi livelli di responsabilità. Gli infermieri hanno un ruolo determinante nell'implementazione del Governo Clinico e pertanto devono essere utilizzate al massimo le loro abilità ed esperienze circa il miglioramento della qualità. Gli infermieri hanno già importanti responsabilità all'interno delle or-



ganizzazioni per quanto concerne problemi di qualità e c'è bisogno che l'autorevolezza dell'infermiere, in questa area, sia riconosciuta. Per gli infermieri il Governo Clinico rappresenterà la possibilità di costruzione e coordinamento fra molte attività in cui essi sono già coinvolti e che aiuteranno a promuovere e a migliorare gli standard di cure per i pazienti come ad esempio l'audit clinico, la supervisione clinica, la pratica basata su prove di efficacia e l'aggiornamento professionale continuo. In questo

modo queste diverse iniziative diverranno parte di un programma coordinato di miglioramento della qualità per i pazienti piuttosto che essere azioni intraprese come azioni discrezionali ed individuali. Ciò comporterà il coinvolgimento degli infermieri e la scelta di priorità per il miglioramento, la comunicazione con i colleghi e l'apprendimento dalle reciproche esperienze professionali dando forza alle preoccupazioni circa i livelli di assistenza ad un livello organizzativo più ampio e strutturato. Figure ideali al fine di portare il Governo Clinico al successo sono gli infermieri dirigenti i quali non dovranno essere considerati persone responsabili di "fare" il Governo Clinico, ma avendo esperienza di coordinamento e direzione di iniziative di miglioramento della qualità e possedendo abilità comunicative, possono facilitare, coordinare e supportare l'implementazione del Governo Clinico all'interno di tutta l'organizzazione. Per far sì che la qualità assistenziale erogata, dunque, sia conforme alle esigenze dell'utenza, è compito degli infermieri focalizzare l'attenzione sulla formazione continua e

sull'aggiornamento, elementi che rappresentano due dei determinanti del Governo Clinico e che, in ambito infermieristico, sono le fondamenta per un'assistenza di qualità. La formazione continua è, infatti, lo strumento insostituibile per mantenere gli adeguati livelli di conoscenza e competenza del personale sanitario, garantire

l'elevato livello di qualità delle prestazioni sanitarie, a fronte del crescente volume di conoscenze, della rapida introduzione di nuove tecnologie, delle mag-

**“Le politiche del governo clinico possono essere applicate con successo soltanto laddove si sviluppi una rete di collaborazioni professionali aperta, ove le scelte siano condivise e lo scambio di idee elevato”**

giori aspettative dei pazienti e della grande attenzione sulla qualità e sugli esiti delle cure. Infine il governo della pratica clinica dovrebbe essere un processo partecipativo. Partecipazione significa, in concreto, avviare una politica di comunicazione ed informazione all'esterno dell'azienda sanitaria, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto ci si può aspettare dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di servizi offerti; significa anche migliore comunicazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori, affinché vengano adottati comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento dei desiderati obiettivi clinici. In questo senso, il governo clinico non dovrebbe essere posto come un'ulteriore metodologia che si aggiunge alle altre, né tanto meno come un'ulteriore infrastruttura aziendale. Piuttosto esso rappresenta una politica sanitaria per la qualità dell'assistenza che si pone come obiettivo prioritario ricostruire i legami tra formazione, organizzazione dei servizi, ricerca e sviluppo entro un servizio sanitario.

#### BIBLIOGRAFIA

- “A First Class Service: Quality in the new NHS” Donaldson (1998);
- Balduzzi R. L'appropriatezza in sanità: il quadro di riferimento legislativo;
- Fiorini M., Mall S., Donatini A. L'appropriatezza assistenziale: il ruolo dei contratti e delle tariffe. In: Fiorentini G. I servizi sanitari in Italia. Bologna: Il Mulino 2002; 129-61;
- Walshe K. Baseline Assessment for clinical governance: issues, methods and results. Journal of Clinical Governance 1999;



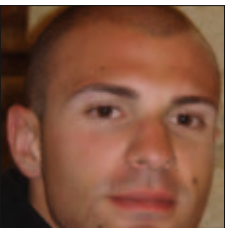
# APNEE DEL SONNO E SICUREZZA STRADALE

## Strategie di intervento

Michele  
**FIGHERA**



Vincenzo  
**INGLESE**



Più di 800 automobilisti ogni anno muoiono sulle strade italiane per distrazione, sonnolenza, difficoltà di concentrazione e scarsa reazione agli imprevisti durante la guida. Molte di queste cause sono indotte dalla **Sindrome delle Apnee nel Sonno (OSAS)**, caratterizzata da ricorrenti episodi di ostruzione delle vie respiratorie durante

il sonno, che pregiudicano il riposo notturno ed hanno ripercussioni negative sulla capacità di attenzione durante la veglia.

Molti ne sono affetti (oltre 1.600.000 italiani), ma solo il 10% di questi lo sa e si cura in modo appropriato. Gli automobilisti che soffrono di questa sindrome corrono un rischio fino a 7 volte maggiore di provocare un incidente stradale. L'OSAS è una problematica che riguarda molti, ma spesso viene sottovalutata, considerandola solo un fastidioso rumore notturno.

Le apnee hanno invece un'importante ricaduta nella vita quotidiana, con influenze significative in termini di sicurezza. In Ita-

lia soffrono della sindrome delle apnee nel sonno approssimativamente il 4% degli uomini e il 2% delle donne. Siffatta percentuale sale fino al 20% tra gli autotrasportatori proprio per il loro stile di vita più sedentario.

La malattia, oltre ad influire negativamente sui livelli di attenzione, allunga i tempi di reazione, infatti, a 130 km/h i conducenti affetti da OSAS percorrono 22 metri in più rispetto agli altri prima di frenare o impostare una manovra correttiva; a 40 km/h la differenza è di 9 metri.

La sindrome delle apnee nel sonno, ma anche altre sintomatologie respiratorie, sono prese in considerazione, in alcuni Paesi europei (Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Olanda, Polonia, Regno Unito, Spagna, Svezia e Ungheria), nella valutazione della idoneità alla guida di automezzi.

In Italia manca ancora una norma che disciplini il rilascio e il rinnovo della patente ai cittadini affetti da OSAS, soprattutto per gli autisti professionisti, d'altronde non c'è l'obbligo di segnalare tali patologie a un'autorità competente.

La legge non chiarisce nemmeno il corretto comportamento degli operatori sanitari che devono assolvere il dovere di tutela della privacy dei pazienti ma anche il ruolo di tutela della salute pubblica.

L'auto, se usata nel modo sbagliato, rischia di essere un'arma pronta a far male a se stessi e agli altri. Ciò può accadere in modo più o meno volontario, come in caso di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, oppure in maniera



del tutto involontaria, come nel caso di pazienti affetti da OSAS.

È assolutamente necessaria una migliore conoscenza di questa patologia spesso sottovalutata.

La sicurezza, soprattutto per gli autisti professionisti, passa attraverso una maggiore consapevolezza, in modo tale da poter attuare un'efficace attività di controllo sanitario mirata e limitare il rischio degli automobilisti affetti da OSAS, pericolosi per sé e per gli altri.

La sindrome delle apnee ostruttive del sonno è senza dubbio una malattia legata allo stato funzionale della muscolatura delle vie respiratorie, infatti, nessuno ha apnee da sveglia, perchè nella veglia il tono dei muscoli dilatatori della faringe è sufficiente a tenere aperte le prime vie aeree. Importante è conoscere le definizioni di come si valutano le apnee:

- Apnea = interruzione completa del flusso respiratorio, per almeno 10 secondi;
- Ipopnea = riduzione del flusso respiratorio di almeno il 50%, per almeno 10 secondi;
- OSAS = Obstructive Sleep Apnea Syndrome è la sindrome delle apnee del sonno.

Spesso la sindrome delle apnee del sonno può essere diagnosticata con il monitoraggio del sonno che si esegue a casa propria, con un'apparecchiatura di uso semplice che di solito viene applicata dallo stesso paziente, istruito in precedenza su come usarla.

I dati forniti dal monitoraggio del sonno

sono in buona parte gli stessi della polisonnografia, almeno per quanto riguarda la apnee ostruttive. In particolare si rileva la presenza di apnee, ipopnee, russamento, altre alterazioni del flusso respiratorio, frequenza cardiaca e desaturazioni (episodi di diminuzione della concentrazione di ossigeno nel sangue).

Da queste informazioni si ricavano diversi indici. I più

usati sono:

- AHI (Apnea Hypopnea Index) è l'indice più utilizzato e conosciuto. È dato dalla somma delle apnee e ipopnee per ogni ora di sonno considerato dall'esame.
- ODI (Oxygen Desaturation Index) esprime il numero di episodi per ora in cui la saturazione di ossigeno del sangue scende di almeno il 4% della saturazione basale di quel soggetto.
- Tempo di desaturazione è il tempo (in minuti o in percentuale sul tempo di sonno) che il paziente passa con una saturazione sotto al normale. Di solito viene fornito in dettaglio il tempo sotto il 90%, sotto l'85%, sotto l'80%. È molto importante soprattutto nelle apnee gravi.

La gravità della malattia viene definita soprattutto in base all'indice AHI:

- AHI 5-15 = OSAS lieve
- AHI 15-30 = OSAS moderata
- AHI maggiore di 30 = OSAS grave

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (parte integrante del Piano Sanitario Nazionale) 2014-2018, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

Il PNP ha individuati pochi macro obiettivi, a elevata valenza strategica, perseguibili da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi partendo dagli specifici contesti locali:

- Ridurre il carico prevenibile ed evitabile >>



di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;

- Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
- Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
- *Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;*
- Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
- Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;
- Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Gli incidenti stradali influiscono notevolmente sui costi sociali.

Quindi, ogni azione finalizzata ad incrementare la sicurezza stradale, sicuramente, non pesa sul bilancio dello Stato perché i ritorni sono sempre maggiori degli investimenti, infatti, per ogni euro speso per ridurre il numero dei sinistri, dei morti e dei feriti sulle strade, si ottiene un risparmio di 20 euro in costi sociali e sanitari.

Dal momento che la sonnolenza aumenta il rischio di incidenti sia automobilistici che sul lavoro è molto importante diagnosticarla e trattarla. A tal fine esistono test in grado di misurare oggettivamente e soggettivamente la sonnolenza diurna.

A) test oggettivi:

- MSLT: Multiple Sleep Latency Test;
- MWT: test di mantenimento della vigilanza;

B) test soggettivi:

- ESS: Epworth Sleepiness Scale;
- SSS: Stanford Sleepiness Scale.

Le azioni che possono influire sulla riduzione degli incidenti dovuti a sonnolenza e distrazione imputabile ai disturbi respiratori sono tante ed in particolare modo:

- attuare campagne di informazione e prevenzione che favorisca il coinvolgimento spontaneo degli utenti, diretta all'accertamento e alla cura delle patologie;
- definire tempi certi e brevi tra la diagnosi e il trattamento, che corrispondano a un periodo di sospensione dalla guida. Conseguentemente, per gli autisti professionisti andranno attivati gli opportuni ammortizzatori sociali;
- prevedere una componente sanzionatoria solamente per chi nasconde la propria patologia già accertata da una struttura sanitaria.

## EPWORTH SLEEPINESS SCALE

**Che probabilità ha di appisolarsi o di addormentarsi nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?**

*(La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo.*

*Qualora non si sia trovato di recente in alcune delle situazioni elencate sotto, provi ad immaginare come si sentirebbe)*

Usi la seguente scala per scegliere il punteggio più adatto ad ogni situazione:

0 = non mi addormento mai

1 = ho qualche probabilità di addormentarmi

2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi

3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

- Seduto mentre leggo
- Guardando la TV
- Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza)
- Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta
- Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione
- Seduto mentre parlo con qualcuno
- Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcolici
- In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico



# PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di  
Pasquale Nicola Bianco

## ■ Infortuni sul lavoro e qualità del sonno

Il problema della sonnolenza diurna interessa oggi una grande parte della popolazione. Tra le varie motivazioni sicuramente assumono un ruolo importante le abitudini di vita che tendono, da qualche tempo, ad incrementare, per alcuni, lo svolgimento di attività ludiche (movida) e, per altri, attività lavorative nelle ore notturne. Oltre a ciò, si aggiungono le diverse patologie del sonno che lo rendono insufficiente per qualità e durata e che creano quindi i presupposti per una cattiva qualità della veglia diurna. Alcuni studi dimostrano come una deprivazione di sonno porti ad una riduzione delle performance cognitive con importanti conseguenze a livello di salute pubblica e di sicurezza sul lavoro.

## ■ La cultura della sicurezza e della prevenzione sul lavoro

La sicurezza è legata, ancora oggi e nella maggior parte delle realtà lavorative, prevalentemente ad un concetto di mero adempimento alle normative vigenti ed alle eventuali prescrizioni impartite da organi di vigilanza e controllo. Motivare alla sicurezza è portare le persone a superare l'attuale visione di passività. Motivare alla sicurezza vuol dire favorire il passaggio dall'obbligo di condividere alla condivisione dell'obbligo. L'obbligo di prendersi cura della propria sicurezza (D. Lgs 81/2008, art. 20, comma 1) diventa allora consapevolezza nel voler contribuire alla costruzione di un modo di lavorare in cui produzione e prevenzione si integrano coerentemente. Il dovere di sicurezza diventa in tal modo un impegno personale e professionale nel voler contribuire alla sicurezza. La corretta gestione della formazione alla salute e sicurezza sul lavoro permette di verificare l'efficacia, ai sensi di legge, dei percorsi formativi e dei flussi comunicativi realmente svolti in azienda.

## ■ Riposi giornalieri e salute dei lavoratori

La tematica dell'orario di lavoro non coinvolge solo il profilo funzionale del rapporto contrattuale, o meglio, non coinvolge solo l'aspetto organizzativo datoriale, ma sottende, in primo luogo, delle esigenze prevenzionistiche inerenti la salute dei lavoratori. L'art. 7 del D. Lgs.

n. 66/03 stabilisce che il lavoratore ha diritto ad 11 ore di riposo consecutive ogni 24; pertanto, a contrario, si desume che l'orario massimo giornaliero non può superare le 13 ore.

## ■ ISO 39001/2012 (Road Traffic Safety Management Systems)

I governi, le autorità stradali, i gruppi di sicurezza e le società private si sono dimostrati interessati a sviluppare uno standard di riferimento per far fronte al numero crescente di morti e infortuni che si verificano ogni anno sulle strade. Lo standard internazionale ISO 39001 offre linee guida per individuare e gestire i rischi connessi alla sicurezza stradale. È stato creato per ridurre gli incidenti gravi e mortali sulla strada. Lo standard ISO 39001 è uno standard di gestione per la riduzione del rischio stradale di una qualsiasi organizzazione. Si ispira esplicitamente al modello PDCA (Plan-Do-Check-Act). Certificarsi secondo la norma ISO 39001 non è obbligatorio, ma è frutto della scelta volontaria dell'organizzazione (azienda pubblica o privata) che decide di mettere in opera un proprio sistema di gestione per la riduzione del rischio stradale. La certificazione ISO 39001 non attesta una particolare prestazione in termini di sicurezza stradale, ma piuttosto sta a dimostrare che l'organizzazione certificata ha un sistema di gestione adeguato a tenere sotto controllo gli impatti sul rischio stradale derivanti dalle proprie attività, e ne ricercasistematicamente il miglioramento.

## ■ Evoluzione delle competenze infermieristiche

Le indicazioni e gli obiettivi contenuti nel vigente Patto per la salute prendono atto del contesto demografico ed epidemiologico e pongono specifica attenzione all'efficacia, all'appropriatezza, alla sostenibilità del Sistema e alla necessità di valorizzare, rafforzandolo, il patrimonio professionale operante nel Sistema stesso. La Legge 190/2014 - comma 566 - richiama a sua volta gli orientamenti del Patto per la salute e pone le basi per intervenire su ruoli, funzioni e modalità operative dei professionisti sanitari, sostenendo l'evoluzione delle loro competenze, anche attraverso percorsi di formazione complementare e privilegiando i sistemi a rete e il lavoro in squadra.

■ **CORSO DI FORMAZIONE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE IN AMBITO VACCINALE**

Bari, 7-8-settembre 2015

**INFO:** Meeting Planner

Tel: 080 990560

e-mail: [info@meeting-planner.it](mailto:info@meeting-planner.it)

■ **TBC INFANTILE: TRA OSPEDALE E TERRITORIO**

Bari, 12 Settembre 2015

**INFO:** Meeting Planner

Tel: 080 990560

e-mail: [info@meeting-planner.it](mailto:info@meeting-planner.it)

■ **PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE DEL PAZIENTE INTERNISTICO E GERIATRICO**

Acquaviva delle Fonti (BA)

18-19 settembre 2015

**INFO:** Italiana Congressi e Formazione

Tel: 3392822937

e-mail: [segreteria@italianagongressi.it](mailto:segreteria@italianagongressi.it)

■ **UPDATE IN IMMUNOLOGIA-LE IMMUNODEFICIENZE NEL BAMBINO E NEL GIOVANE ADULTO: UN PROBLEMA INTERNISTICO MULTIDISCIPLINARE**

Bari, 18-19 Settembre 2015

**INFO:** Centro Italiano Congressi

Tel : 080 5043737

e-mail: [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it)

■ **XXII GIORNATA MONDIALE ALZHEIMER "MALATTIE NEURODEGENERATIVE APPROCCIO INTEGRATO NEL TERRITORIO"**

Molfetta (BA), 18-19-Settembre 2015

**INFO:** Italiana Congressi e Formazione

Tel: 3392822937

e-mail: [segreteria@italianagongressi.it](mailto:segreteria@italianagongressi.it)

■ **PERCORSI DAL TERRITORIO ALL'HUB**

Molfetta (BA), 25 Settembre 2015

**INFO:** Centro Italiano Congressi

Tel : 080 5043737

e-mail: [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it)

■ **IX CONGRESSO NAZIONALE AINAT "IL NEUROLOGO DEL TERRITORIO TRA PREVENZIONE, ASSISTENZA E COMPLESSITA', FRAGILITA', NON AUTOSSUFFICIENZA DELLE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE"**

Monopoli (BA), 1-2-3 Ottobre 2015

**INFO:** Italiana Congressi e Formazione

Tel: 3392822937

e-mail: [segreteria@italianagongressi.it](mailto:segreteria@italianagongressi.it)

■ **GIORNATE DI AGGIORNAMENTO IN CARDIOLOGIA - L'ANTICOAGULAZIONE NEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO, QUANDO I NAO?**

Bari, 13 Ottobre 2015

**INFO:** Intermeeting

Tel: 049 8756380

e-mail: [infopd@intermeeting.org](mailto:infopd@intermeeting.org)

■ **LA STERILIZZAZIONE DEI DISPOSITIVI MEDICI: GARANTE INVISIBILE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE**

Vicenza, 22-24 Ottobre 2015

**INFO:** Centro Congressi Fiera di Vicenza

Tel: 051 796971

e-mail: [milena.roveri@mymeetingsrl.com](mailto:milena.roveri@mymeetingsrl.com)

■ **CONGRESSO SINP PUGLIA L'APPROCCIO NEUROLOGICO AL NEONATO E AL BAMBINO**

Bari, 2-3 novembre 2015

**INFO:** Centro Italiano Congressi

Tel : 080 5043737

e-mail: [info@cicsud.it](mailto:info@cicsud.it)

■ **DISTURBI NUTRIZIONALI NELLE MALATTIE RESPIRATORIE**

Acquaviva delle Fonti (BA)

21 Novembre 2015

**INFO:** Meeting Planner

Tel: 080 990560

e-mail: [info@meeting-planner.it](mailto:info@meeting-planner.it)

■ **DOLORE DA CANCRO**

Valenzano (BA), 27 novembre 2015

**INFO:** Satagroup

Tel : 099 400493

e-mail: [segreteria@satacard.it](mailto:segreteria@satacard.it)

