

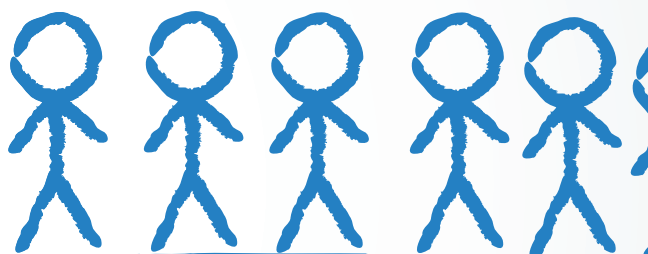
RIANNODIAMO

LE FILA

PER UN

NUOVO

PERCORSO



in evidenza

EDITORIALE

PRIMO
PIANO

IN
FORMAZIONE

Il lungo letargo
dell'infermistica
italiana

The "new"
critical thinking

Le problematiche
relazionali
nell'infermieristica



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
 Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici
 e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e
 Barletta-Andria-Trani
 Anno XXX - N° 5/6 settembre-dicembre 2012
 Spedizione in A.P.
 Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
 Iscritto nel registro nazionale della stampa P.399/199



Questo periodico è associato alla
 Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

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

Direzione/Redazione/Amministrazione

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

Editrice L'Immagine

Via Antichi Pastifici B/12 - Z.I. - 70056 Molfetta (Ba)
 T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51 - www.editricelimmagine.it
 Finito di stampare il 10 dicembre 2012

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco, Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

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

Comitato di esperti

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

Segreteria di Redazione

Vanessa Manghisi

Hanno collaborato

Michele Calabrese, Vincenzo Inglese, Rossella Manzari, Chiara Perniola,
 Marcello Perri, Anna Porcella, Sofia Dellino Ranieri, Massimo Rivolo, Nicola
 Romano, Federico Ruta, Concetta Tassielli, Maria Tubito, Marta Antonia
 Visentino.

Foto/immagini di Raffaele Recchia

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

Filodiretto è un periodico del Collegio IPASVI di Bari, utilizzato dai Collegi IPASVI della provincia di Bari e BAT, che pubblica, nelle sue sezioni, contributi originali (articoli scientifici inerenti alla teoria e alla pratica infermieristica, alla organizzazione dei servizi socio-sanitari, alla politica sanitaria, ecc), in lingua italiana, relativi ai vari ambiti della professione infermieristica. Per la pubblicazione, saranno considerati i lavori su temi specifici purché abbiano le caratteristiche della completezza, siano centrati su argomenti di attualità e apportino un contributo nuovo e originale alla conoscenza dell'argomento. Il testo deve essere inviato come file di un programma di videoscrittura (Word o RTF o TXT) e, in generale, non deve superare le 3.600 battute per ogni cartella (inclusi gli spazi) di lunghezza non superiore alle 4 cartelle. Eventuali tabelle, figure e grafici dovranno essere ridotte all'essenziale al fine di rendere comprensibile il testo e devono essere fornite su file a parte, numerate (il numero andrà richiamato anche nel testo) e con brevi didascalie. Per uniformità grafica è necessario sempre fornire una foto dell'autore con risoluzione di almeno 300 DPI in formato TIFF o JPG, eventuali altre foto dovranno avere le stesse caratteristiche ed i vari file andranno numerati. Per le immagini che ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Le citazioni bibliografiche devono essere numerate progressivamente nel testo e al termine dell'articolo andranno inserite tutte le citazioni dei lavori a cui ci si è riferiti. In allegato all'articolo deve essere inviata una breve nota biografica dell'autore. L'invio e la pubblicazione degli articoli sono tutti a titolo gratuito ed in nessun caso danno diritto a compensi di qualsiasi natura. Gli articoli inviati alla rivista saranno sottoposti all'esame del Comitato di Esperti, che si riserva di pubblicarli. Ogni lavoro deve riportare il nome e cognome dell'Autore (o degli Autori) per esteso, e l'indirizzo completo dell'Autore di riferimento per la corrispondenza. La Redazione si riserva il diritto di apportare modificazioni al testo dei lavori, variazioni ritenute opportune ed eventualmente ridurre il numero delle illustrazioni. I lavori non pubblicati non si restituiscono. Gli articoli per la pubblicazione devono essere inviati alla Redazione della rivista, preferibilmente utilizzando il seguente indirizzo di posta elettronica: e-mail: redazionefilodiretto@libero.it
 Redazione Filodiretto: Viale Salandra n. 42, 70123 Bari - tel. 080/5427333.

Per l'invio tramite posta ordinaria, è necessario allegare alla versione cartacea il formato digitale su CD-Rom. Responsabilità: L'Autore è responsabile dei contenuti dell'articolo. Quando il contenuto dell'articolo esprime o può coinvolgere responsabilità e punti di vista dell'Ente nel quale l'Autore lavora, o quando l'Autore parla a nome dell'Ente, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi Responsabili dell'Ente. Le opinioni espresse dall'Autore così come eventuali errori non impegnano la responsabilità del periodico. L'Autore è tenuto a dichiarare: che l'articolo proposto per la pubblicazione è inedito e non è già stato pubblicato e/o proposto contemporaneamente ad altre riviste per la pubblicazione; l'autenticità ed originalità dell'articolo inviato; l'assenza di conflitto di interessi relativamente all'articolo proposto; eventuali finanziamenti, di qualunque tipo, ricevuti per la realizzazione dell'articolo.

numero **5/6**

EDITORIALE

3 IL LUNGO LETARGO DELL'INFERMIERISTICA ITALIANA

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

6 THE "NEW" CRITICAL THINKING

Massimo Rivolo

8 AL VIA IL NUOVO ANNO ACCADEMICO

Sofia Dellino Ranieri, Marta Antonia Visentini

10 RIFORMA DEGLI ORDINAMENTI PROFESSIONALI

Chiara Perniola

PROFESSIONE IN AZIONE

12 L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO TRA TERRITORIO E OSPEDALE

Elena Guglielmi

14 COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE E IMPATTO SANITARIO

Michele Calabrese

16 BRONCOASPIRAZIONE

Anna Porcella, Federico Ruta

17 LA RIABILITAZIONE SESSUALE

Marcello Perri, Concetta Tassielli

19 ACCESSI INTRAOSSEI NEL BAMBINO

Angelica Misino

RICERCA INFERMIERISTICA

21 L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Tubito Maria

24 LA GESTIONE DEI DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

Nicola Romano

INFORMAZIONE

27 LE PROBLEMATICHE RELAZIONALI NELL'INFERMIERISTICA

Vincenzo Inglese, Rossella Manzari

INSERTO 5/6

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Pasquale Nicola Bianco

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



IL LUNGO LETARGO DELL'INFERMIERISTICA ITALIANA

Saverio
ANDREULA



Noi, Infermieri italiani a fatica ci siamo resi protagonisti di un importante e significativo processo di “re-styling giuridico” del nostro profilo e dei nostri ambiti di competenza.

Ciononostante,

specie in quest'ultimo periodo, “segniamo il passo” sulla via della concreta rifondazione del nostro “essere” poiché, ci ritroviamo ad esercitare la professione in una forma assai diversa rispetto al modello auspicato e delineato dalle norme.

La spinta propulsiva al cambiamento ed alla rifondazione della nostra professione, che hanno significato i professionalizzanti percorsi formativi, introdotti con i nuovi ordinamenti didattici universitari, e l'assunzione di una competenza e, quindi, di una responsabilità decisionale fortemente recepite dal nostro ordinamento giuridico, sembra eclissarsi inesorabilmente.

I segnali sono forti!

La linea rossa di congiunzione di un pensiero critico professionale sulle motivazioni che sono alla base dell'attuale crisi della nostra identità è più o meno marcata da regione a regione e, finalmente, inizia ad appassionare il dibattito nelle organizzazioni professionali e negli organismi di rappresentanza.

Cresce tra gli infermieri, era ora, la consapevolezza di vivere un ruolo professionale e sociale, diverso da quello raccontato dalla linea della continuità e del “disinteresse”,

di “certa rappresentanza professionale” capace di muovere le proprie azioni fondendo l'infermieristica reale con quella virtuale.

Gli ultimi provvedimenti legislativi in materia di sanità, tanto per citare alcuni: PSN 2011/2013, la speding review, la legge Balduzzi e un'altra serie di provvedimenti in itinere: l'ampliamento delle competenze professionali; il regolamento che definisce gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera; incespicano nel considerare gli infermieri una “risorsa” tanto da indurre, seppure in modo metaforico, a dire per voce delle alte sfere della nostra rappresentanza professionale, che forse dobbiamo ritenerci una professione “Invisibile”.

Ma come? Di punto in bianco oggi ci riscopriamo essere una professione incorporea? Ieri no? E l'altro ieri? Ma chi ci ignora: la politica? E la professione medica invece? Ci controlla? E le altre professioni sanitarie? Probabilmente ci temono. I media: ci confondono... e i cittadini?

Mi confesso: avverto un lucido e sereno senso di “disorientamento”, condiviso, probabilmente, da moltissimi altri colleghi di diverse regioni d'Italia nel sentirmi dire che la mia è una professione incorporea incapace di “farsi leggere” come si deve.

E allora bisogna spezzare questo inutile filo rosso infeltrito che si attorciglia sulla nostra identità culturale, professionale collettiva e individuale rendendola irricognoscibile e sempre più esanime. Bisogna rompere con il passato e riannodare le fila di un percorso nuovo, più coerente con l'infermieristica reale capace di catalizzare le energie “giovani” disponibili a cominciare una nuova era e a elaborare nuove e più incisive



iniziative per “cucire quel filo”, per riannodarlo teso verso uno sviluppo professionale rispettoso della nostra identità storica, delle nostre radici e della nostra storia. La storia dell’infermieristica italiana, oggi si presenta di difficile lettura. Essa passa attraverso la sanità delle Regioni e della loro capacità di definire progetti assistenziali condivisi con la rappresentanza infermieristica e rispettosi del ruolo e delle competenze. Oggi è il momento della legge n. 189/12 “legge Balduzzi”. Essa apre nuove prospettive di confronto tra le regioni e le rappresentanze professionali. Noi infermieri non possiamo presentarci impreparati. Il percorso sarà impegnativo e dovrà confrontarsi con il dibattito aperto sul fallimento della riforma costituzionale di modifica del titolo V che sta animando in quest’ultimo periodo il dibattito di fine legislatura. Infatti la politica discute sull’opportunità di rivisitare il titolo V della costituzione considerando il fallimento della riforma attuata in ambito sanitario che ha portato 21 Regioni a pensare a 21 sistemi sanitari diversi, con forme di applicazione dei principi dettati dai L.E.A. spesso “incoerenti e contraddittori”, per voler usare un eufemismo.

La proposta del Sen. Palumbo (nuova rivisitazione del titolo V - la sanità ritorna allo stato ... tenuto conto del fatto che i risultati prodotti dalle regioni risultano essere significativamente diversi da quelli attesi ...!) fa molto discutere. Vale la pena di domandarsi se la capacità di analisi delle singole situazioni, dei contesti e delle caratterizzazioni locali, e delle conseguenti azioni programmatiche, siano maggiormente presenti nello stato o nelle regioni.

Se qualcosa non ha funzionato, il sistema va ripensato e diversamente sviluppato, tenuto conto dei punti di forza e di debolezza. Altrettanto certamente non vanno gettati “acqua sporca con il bambino”.

Oggi, per quanto concerne la formazione e l’esercizio professionale dell’Infermiere, le differenze presenti sul territorio nazionale sono numerose. Non necessariamente per arrivare all’uniformità bisogna ritornare alla “centralizzazione statale”. Probabilmente è sufficiente una forte (o più forte) azione d’indirizzo e di verifica e valutazione dei risultati, per arrivare all’uniformità auspicata o comunque a un miglioramento delle situazioni in essere.

E’ indubbio che a fronte di una modifica dei contenuti normativi di riferimento professionale, e dei cambiamenti dei curricula formativi, vadano rivisti i modelli organizzativi, i sistemi di cura e assistenza, i ruoli

e le responsabilità. E’ quello che sta succedendo, sia nella formazione accademica, sia l’organizzazione dei servizi infermieristici aziendali, certamente non senza difficoltà, come spesso accade nei momenti di cambiamento storici.

Alcune Regioni “virtuose”, non già la Puglia, si sono distinte sia per la qualità della formazione accademica, sia per l’organizzazione dei servizi infermieristici aziendali, conseguendo risultati concreti sul piano dell’efficacia e dell’efficienza delle cure infermieristiche erogate agli utenti dei servizi sanitari. In altri casi, forse anche a seguito di una mancata produzione legislativa, il miglioramento della qualità delle cure infermieristiche ai cittadini sono presenti solo sulla carta, con un’attuazione limitata o assente.

Ancora oggi, in molte strutture sanitarie pubbliche di numerose regioni italiane, come per la Puglia come evidenziato da numerosi rapporti, realizzati da organismi governativi e non, certamente con rigore scientifico e metodologico, sono difficili sia l’individuazione e la definizione del modello organizzativo, sia la valutazione degli out - come, con conseguente incertezza relativamente alle cure infermieristiche erogate dagli infermieri e ricevute dai cittadini, con possibili perplessità relativamente all’adeguatezza, alla appropriatezza e alla completezza delle azioni e delle prestazioni. Ciò significa che è necessario stabilire un nuovo rapporto funzionale tra il rinnovato quadro normativo regolatore dell’esercizio professionale degli infermieri e il sistema di cure e assistenza in essere, eliminando le contraddizioni e le criticità, favorendo lo sviluppo del sistema qualità sia nella formazione, sia nei modelli organizzativi, per un risultato sempre più vicino alle esigenze dei cittadini e alle necessità di funzionamento del sistema.

Un’ultima annotazione va fatta sul fronte del mercato del lavoro infermieristico. I vari rapporti indicano, senza mezzi termini, una sensibile contrazione delle opportunità di lavoro, conseguenza delle difficoltà economiche di finanziamento del sistema e delle misure di contenimento della spesa pubblica. E’ bene chiarire da subito la questione e, in particolare, si ritiene opportuno evidenziare:

- la “disoccupazione” infermieristica è da legare solo ed esclusivamente alla disponibilità di risorse finanziarie, non certamente ad una diminuzione della domanda;
- i sistemi utilizzati per la determinazio-



**SENATO DELLA REPUBBLICA
XVI LEGISLATURA**

Piano sanitario nazionale 2011-2013

1.6 Risorse umane del SSN

*Un'altra questione aperta è quella dell'ormai storica **carezza infermieristica**. Anche se rimane confermato che il numero di infermieri per abitanti nel nostro Paese è uno tra i più bassi in Europa (6,1 infermieri per 1.000 abitanti rispetto ad una media europea di 8 infermieri per 1000 abitanti, fonte OECD), è vero anche che il numero dei laureati in infermieristica è andato progressivamente crescendo negli anni arrivando a circa 10.000 nel 2008.*

*Nei prossimi cinque anni, il saldo tra pensionamenti e neo-laureati sarà positivo e la pregressa carezza tenderà gradualmente a sanarsi **anche per effetto dell'ingresso di infermieri stranieri** con titolo riconosciuto dal Ministero della Salute.*

La percezione è che, anziché generalizzare a livello nazionale, si possa ormai parlare di una carezza a livello territoriale per tale figura professionale con situazioni occupazionali diversificate per singola Regione.

ne delle dotazioni organiche sono "jurassici" e non certamente in linea con le necessità di funzionamento del sistema e con i bisogni della gente;

- *alcuni lavori tratti dalla letteratura più recente evidenziano appieno la necessità di implementare di circa 70-80 minuti/giorno lo standard offerto nei contesti di ricovero definiti "bi base", tenuto conto anche delle evoluzioni scientifiche, tecnologiche e metodologiche che hanno interessato il sistema sanitario (pur nella consapevolezza della limitata validità dello strumento del "minutaggio");*
- *l'aumento della cronicità e il conseguente aumento della domanda di servizi sanitari territoriali obbliga un pesante ripensamento del sistema e importanti investimenti per il funzionamento dei servizi e per la garanzia della continuità assistenziale;*

Oltre a ciò è importante evidenziare anche altre criticità legate ai contenuti del Piano

Sanitario Nazionale 2011/2013 (riportato in griglia) che rappresenta il pensiero "governativo" sulla carezza infermieristica condiviso, per presa d'atto dal C.C. della nostra FNC IPASVI che si ripropone in lettura in griglia.

Attenzione, rispetto a quanto riportato in griglia si osserva che nei successivi 10 anni succede l'esatto contrario, con un saldo pesantemente negativo tra studenti diplomati e infermieri pensionati, e la situazione rimarrà invariata per ulteriori 10 anni. Se non ci si attiva da subito, sarà veramente un grande problema garantire l'adeguatezza e la completezza della risposta ai bisogni della gente.

Il futuro dell'Infermieristica Italiana? E' certamente nelle mani delle nuove generazioni a cui spetta il compito di continuare l'opera di rinnovamento professionale e anche dei quadri dirigenti della nostra comunità professionale, al fine di rispondere al meglio alle criticità che vive la nostra comunità professionale.



**Il Consiglio Direttivo,
il Collegio dei Revisori dei Conti
e il Comitato di Redazione di
"Filodiretto" dei Collegi IPASVI
di Bari e Barletta-Andria-Trani
augurano di cuore a tutti i lettori
un lieto Natale e un Felice Anno Nuovo**

THE “NEW” CRITICAL THINKING

Manifestare senza “manifestare”

Massimo
RIVOLO



Ho letto con attenzione la lettera scritta da Ivan Cavicchi su QS (*Manifestazione del 27 ottobre. E gli Infermieri?*), riguardo alla iniziativa di piazza del 27 ottobre in cui chiedeva agli infermieri

di partecipare tutti uniti. Ho pensato anche di fare un copia e incolla sul mio sito.

Dopo alcuni giorni è arrivata la risposta della presidente della FN IPASVI, Dottoressa *Annalisa Silvestro*, che ha scritto una lettera che francamente non ho capito (*Gli infermieri e la manifestazione del 27. Noi aderiamo ma NON saremo in piazza*). Non sono riuscito a cogliere il significato del discorso.

Può sembrare che io voglia fare polemica, il solito infermiere che spara su tutto ciò che si muove, la solita testa calda... ma non è così! io non ho capito come si possa *manifestare senza manifestare!* Da sempre utilizzo il pensiero critico, o il Critical Thinking, così tanto sventolato nelle università, oggetto di ampi dibattiti, requisito fondamentale per la professione infermieristica e

per tutti i professionisti: *“Il pensiero critico nell’infermieristica, è il saper andare oltre i risultati evidenti, al fine di formulare giudizi informati ed è considerato il miglior attributo dell’infermiere.”* (1) Ho cercato attentamente di applicare questa metodica alle parole che ho letto: *“Il “gesto politico di adesione” – dunque – ci sarà ed in maniera chiara ed inequivocabile: gli oltre 400.000 infermieri di questo Paese condividono i valori fondanti del sistema salute italiano e sostengono con forza il mantenimento di un Servizio Sanitario Nazionale pubblico, universale e solidaristico.”* Non intravedo alcun gesto politico in questo atteggiamento, ma nessuno! Il gesto presuppone un’azione.

Mi chiedo se possa essere considerato un gesto politico continuare a fare ciò che si compie tutti i giorni, stando sempre zitti e lasciando andare la barca alla deriva! O meglio, questo atteggiamento può essere considerato un’azione di protesta? no! E’ pura logica! *Ma non si doveva togliere l’invisibilità alla professione?* (2) Quale occasione migliore dunque per manifestare. Invece niente!

Poi ancora: *“Non abbiamo remore ad affermare che la nostra testimonianza e ostinazione assume una valenza etica quando si traduce nell’andare a lavorare, nel prende-*



re servizio anche quando non viene – da mesi – percepito lo stipendio;” Ma tutto ciò non è motivo di vanto, mio Dio, è follia pura andare a lavorare gratis! Lo sancisce anche la Costituzione: *Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa.* Art. 36. (3) Si può forse assicurare a sé e alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa con la miseria? Di cosa parliamo? Ma di cosa stiamo parlando?

Come si può dunque prendere una posizione senza prenderla? Manifestare senza essere presenti? Lottare senza lottare e pensare di togliere l’invisibilità alla categoria?

L’applicazione del metodo scientifico del pensiero critico mi induce a pensare che la formulazione dei contenuti espressi nella lettera su QS sia assai lacunosa. Se qualcuno vuole offenderci lo faccia pure, ma non se la prenda con me, ma con il Critical Thinking!

Il 27 ottobre sono stato impegnato in una docenza, purtroppo non ho potuto partecipare alla manifestazione Romana. Invece volevo far presente che i Collegi

delle provincie di Bari, Milano Lodi Monza e Brianza, Salerno, Avellino, Campobasso, Isernia, Matera, Potenza, Catania, Firenze, La Spezia e Caserta si sono uniti alla protesta contro i tagli (4)

Ora che il decreto “Balduzzi” è diventato legge al Senato con una serie di modifiche che “rendessero più visibile l’Infermiere

ALCUNE DELLE ADESIONI ALLA MANIFESTAZIONE NAZIONALE DEL 27 OTTOBRE 2012

- Cittadinanza attiva
- Tribunale diritti ammalato
- Federconsumatori
- PD - IDV - SEL - PSI - RIF. COMUNISTA
- Collegio Ostetriche
- FNOM. CEO
- Girolamo Sirchia
- Ignazio Marino
- Ordine Psicologi
- Associazioni mediche europee
- L. Turco, Bersani, Vendola ed altri

semmai con gli stessi riconoscimenti, in termini di esercizio libero professionale, dei medici. Registriamo l’amarrezza della capogruppo del Pd in Commissione Sanità del Senato, dopo l’incontro tenuto con Balduzzi che ha stoppato qualsiasi modifica in tal senso. E così legge è fatta.

Dov’è la democrazia in tutto questo? Anche la partecipazione politica di Bersani è ridicola: dopo aver votato per un anno a favore di questo governo, il 27 ottobre quelli del PD si riscoprono di sinistra e vanno a fare i sovietici in piazza. Bravi!

C’è bisogno del saluto quantico, ormai non è più un lusso è una necessità! O sei parte del problema o sei parte della soluzione. Non ci sono altre strade! Anche l’Ordine degli psicologi è da annoverare tra gli aderenti alla manifestazione. (5) Non manca più nessuno, siamo stati gli unici che non partecipare, anzi lo abbiamo fatto a nostra insaputa!



RIFERIMENTI

(1) (Fowler, L (1998). Improving Critical Thinking in Nursing Practice. Journal for Nurses in Staff Development, 14(4), 183-187.)

(2) Infermieri. Intervista ad Annalisa Silvestro (Ipasvi): “Siamo stanchi di essere invisibili” QS

(3) http://www.governo.it/governo/costituzione/1_titolo3.html

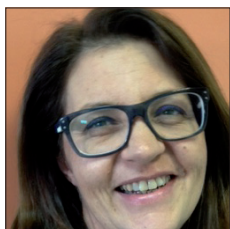
(4) Manifestazione nazionale del 27 ottobre a Roma, QS infermieri, lo strappo dei collegi di quindici provincie italiane

(5) Manifestazione del 27 ottobre. L’adesione dell’Ordine nazionale degli psicologi

AL VIA IL NUOVO ANNO ACCADEMICO

E se scoprono che ci piace pensare...

Marta Antonia
VISENTINI



Sofia
DELLINO RANIERI



La nostra società, il nostro Paese è sfinito. I dati ufficiali dicono che la disoccupazione è oltre il 10 %. Di sicuro, solo un italiano su tre ha un posto regolare a tempo indeterminato. Dieci milioni di famiglie oramai tirano la cinghia. Secondo Eurostat, gli occupati in Italia sono 450 mila in meno che nel

2007. Il numero dei cassa integrati è in continuo aumento. Su una popolazione di circa 60 milioni di residenti, dai dati ufficiali, si desume che solo il 37 % lavora.

Sono migliaia i lavoratori a rischio di perdere il lavoro o che l'hanno già perso o che hanno la certezza di perderlo tra non molto, quando terminerà la cassa integrazione. La ripresa del lavoro sembra che stia avvenendo, come è immaginabile, in un clima di grandi preoccupazioni e tensioni in ragione della crisi. L'economia italiana, secondo alcuni studiosi del settore, assomiglia a una piramide rovesciata, la cui base è formata da chi produce e che inesorabilmente si restringe sempre di più.

In questo periodo, di grandi e continui cam-

biamenti, la vita delle Università italiane, ed in particolare di quella barese, è possibile affermare che non è proprio facile.

Le risorse per la ricerca e per la cultura, sono sempre di più ridotte, anzi, si potrebbe asserire che mancano.

Noi professionisti, come da anni stiamo facendo, desideriamo continuare a dare significativi contributi al fine di far vivere con responsabilità il compito e l'onore di studiare, di approfondire e di maturare nella disciplina infermieristica l'apprendimento. Ci auguriamo di raggiungere la consapevolezza che questa fatica è un'occasione preziosa di crescita professionale.

In questo periodo, che potremmo definire *generazione in crisi, smarrita, disaffezionata* alla politica e destinata al precariato, noi ci auspichiamo di impegnarci, come sempre fatto, seriamente e di investire con spessore e maturità nella formazione universitaria.

Sappiamo, infatti, che domani, come da sempre, saremo chiamati a metterla al servizio di tutti i cittadini, nel contesto della nostra professione e in tutti gli altri ambienti dove opereremo, sia come cittadini, sia come professionisti responsabili.

Il lavoro, in contemporanea, di decostruzione e ricostruzione degli strumenti d'intervento pubblici e sindacali, per adeguarli alla realtà del lavoro di oggi, è e sarà l'oggetto di attenzione, di analisi e di proposta che compete a tutti i soggetti in campo per i prossimi anni.

L'unica cosa che non è eticamente consentita è la pigrizia mentale, il rifugiarsi dentro



obsolete procedure e all'andamento di una quotidianità burocratica tesa solo a riprodurre ruoli formali che si autocelebrano a prescindere dalle turbolenze che provengono dal mondo reale.

In questo tempo di insofferenza diffusa, di proteste dilaganti, ma anche di silenziosa indifferenza, noi ci auguriamo di coniugare lo stile umile della ricerca, la fatica di imparare e la comprensione degli esami, scoprendo, in fondo a tutto ciò, la stessa smania e la stessa chiamata che animano il nostro cammino di professione e che ci

portano a guardare con fiducia e speranza a questo nuovo anno accademico che inizia.

La vita delle università e della gente che pensa e che studia è preziosa, più che mai, nella veloce e vertiginosa vita sociale di oggi.

Per molti aspetti crediamo e vediamo avvicinarsi l'uscita dalla crisi, anche se il cammino di risanamento è lungo.

Crediamo fermamente nelle prossime generazioni, cercando di orientare le politiche nell'interesse dei giovani.

Siamo orientati a tutti i provvedimenti mirati a creare opportunità di lavoro e provvedimenti che contrastano la disoccupazione giovanile.

In fondo, speriamo che l'insieme delle riforme emanate, con intensità, in questi mesi, che riguardano il lavoro, la spending

review, le liberalizzazioni, le pensioni, facciano partire al più presto l'occupazione e la crescita.

La formazione, continua e costante, è la strada maestra nonché l'unica arma a disposizione di noi professionisti per essere

competitivi e per combattere la crisi e lo spettro del licenziamento in un mondo del lavoro sempre più competitivo.

Per emergere è necessario differenziarsi, diventare originali e spendibili sul mercato.

Vale la pena di vivere bene, completamente, la vita universitaria, con generosità ed umiltà.

Condividiamo con tutti gli studenti universitari e con le loro famiglie questo speciale augurio di un proficuo e impegnato Anno Accademico, presso una Università, come ci auspichiamo, con credenziali serie.

“La ripresa del lavoro sembra che stia avvenendo, come è immaginabile, in un clima di grandi preoccupazioni e tensioni in ragione della crisi”

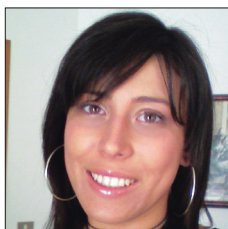
**STRALCIO STAUTO UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI "ALDO MORO"
(Pubblicato in Gazz. Uff.le. serie n. 157 del 7 luglio 2012)**

Con il nuovo statuto sta cambiando l'organizzazione della ricerca scientifica e della didattica presso l'Università degli Studi di Bari, ex Facoltà di Medicina e Chirurgia, oggi Scuola di Medicina. La nuova Organizzazione nasce con i dipartimenti, intesi come centri di coordinamento e razionalizzazione delle attività formative e di gestione dei servizi comuni. Dipartimenti uniti per costituire Centri interuniversitari, Centri di ricerca e Centri di eccellenza. Dipartimenti aperti alla collaborazione con altre associazioni, altre università ed Enti Pubblici e Privati, italiani ed internazionali. Per le funzioni di natura assistenziale ed in particolare in riferimento all'articolo 54 dello statuto, si costituirà presso l'Ateneo Barese, la Facoltà/Scuola di Medicina, una struttura organizzativa che gestirà l'offerta formativa afferente alle funzioni assimilabili ed avrà rapporti con il S.S.N. e regionale. Cambiamenti radicali dell'intero sistema universitario che impongono una revisione ed una migliore collocazione delle risorse e dei rapporti esterni attraverso organi come l'osservatorio e la consulta con gli Ordini e Collegi professionali. Il Collegio di Bari è presente.

RIFORMA DEGLI ORDINAMENTI PROFESSIONALI

Alcune novità

Chiara
PERNIOLA



Nuove regole per tutte le professioni ordinarie, fatte salve in particolare le specificità di quelle sanitarie. Con il DPR n.137 del 07/08/2012, recante la “*Riforma degli ordinamenti pro-*

fessionali”, dopo vent’anni di discussioni, sono state riformate le professioni.

La Riforma delle professioni ha avuto un processo legislativo lungo e complicato. Il risultato finale è certamente imperfetto, però nell’insieme si ritiene sia equilibrato e coerente con le necessità quotidiane del lavoro e le direttive comunitarie, equilibrato nel mantenere le caratteristiche delle professioni intellettuali, pur facendo i conti con la realtà del mercato globale che caratterizza la nostra epoca. Un principio è quello di garantire al consumatore/cliente che ovunque vada a sbattere troverà un professionista mediamente serio e preparato.

La riforma entra poi su un tema caro all’Antitrust e altrettanto avvertito dall’opinione pubblica: la deontologia e i procedimenti disciplinari. Di seguito si sottolineano alcuni dei principali cambiamenti dettati dalle nuove norme.

Definizioni

La definizione di “*professione regolamentata*” è limitata a quelle attività il cui esercizio è consentito solo a seguito di iscrizione ad

ordini professionali e collegi subordinatamente al possesso di specifiche qualifiche professionali o all’accertamento delle specifiche professionalità.

Accesso all’esercizio dell’attività professionale

Ferma la disciplina dell’esame di Stato, l’accesso alle professioni regolamentate è libero. Sono vietate limitazioni alle iscrizioni agli albi professionali che non siano legate al possesso o al riconoscimento dei titoli previsti dalla legge per la qualifica e l’esercizio professionale. La formazione di albi speciali, legittimanti specifici esercizi dell’attività professionale, fondati su specializzazioni ovvero titoli o esami ulteriori, è ammessa solo su previsione espressa di legge. Sono in ogni caso vietate limitazioni discriminatorie, anche indirette, all’accesso e all’esercizio della professione, fondate sulla nazionalità del professionista o sulla sede legale dell’associazione professionale o della società tra professionisti.

Albo unico nazionale

Gli albi territoriali relativi alle singole professioni regolamentate, tenuti dai rispettivi consigli dell’ordine o del collegio territoriale, sono pubblici e recano l’anagrafe di tutti gli iscritti, con l’annotazione dei provvedimenti disciplinari adottati nei loro confronti. L’insieme degli albi territoriali di ogni professione forma l’albo unico nazionale degli iscritti, tenuto dal consiglio nazionale competente

La Libertà di pubblicità

Viene definitivamente regolata la libertà di pubblicità informativa relativa all’attività



professionale: la pubblicità deve essere veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non deve essere equivoca, ingannevole o denigratoria.

Sono ammesse pubblicità informative aventi ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni.

Nel caso di violazione, si configura illecito

disciplinare e violazione sulle pratiche commerciali.

L'obbligo dell'assicurazione

Resta l'obbligo di sottoscrivere una polizza assicurativa a copertura di eventuali danni causati al cliente,

comprese le attività di custodia dei documenti e valori ricevuti dal cliente stesso.

Per consentire la predisposizione di eventuali convenzioni tra gli Ordini, gli enti previdenziali e le società di assicurazione viene concessa una proroga di 12 mesi dall'entrata in vigore del DPR; quindi, l'obbligo dell'assicurazione decorrerà a partire dal 15 agosto 2013.

Il Tirocinio

Il tirocinio professionale è obbligatorio per ordinamenti professionali ove è previsto e ha una durata massima di diciotto mesi. Resta ferma l'esclusione delle professioni sanitarie prevista dall'articolo 9, comma 6, del D. L. n. 1 del 24/01/2012, convertito dalla legge 24/03/2012, n. 27.

Il tirocinio consiste nell'addestramento, a contenuto teorico e pratico, del praticante, ed è finalizzato a conseguire le capacità necessarie per l'esercizio e la gestione organizzativa della professione. Presso il consiglio dell'ordine o del collegio territoriale è tenuto il registro dei praticanti, l'iscrizione al quale è condizione per lo svolgimento del tirocinio professionale. Il professionista affidatario deve avere almeno cinque anni di anzianità di iscrizione all'albo.

La Formazione continua

Al fine di garantire la qualità ed efficienza della prestazione professionale, nel migliorare interesse dell'utente e della collettività,

e per conseguire l'obiettivo dello sviluppo professionale, ogni professionista ha l'obbligo di curare il continuo e costante aggiornamento della propria competenza professionale e la violazione di tale obbligo costituisce illecito disciplinare.

Il consiglio nazionale dell'ordine o collegio disciplina con regolamento, da emanarsi, previo parere favorevole del ministro vigilante, entro un anno dall'entrata in vigore del presente decreto:

“Il tirocinio consiste nell'addestramento, a contenuto teorico e pratico, del praticante, ed è finalizzato a conseguire le capacità necessarie per l'esercizio e la gestione organizzativa della professione”

• le modalità e le condizioni per l'assolvimento dell'obbligo di aggiornamento da parte degli iscritti e per la gestione e l'organizzazione dell'attività

di aggiornamento a cura degli ordini o collegi territoriali, delle associazioni professionali e dei soggetti autorizzati;

- i requisiti minimi, uniformi su tutto il territorio nazionale, dei corsi di aggiornamento;
- il valore del credito formativo professionale quale unità di misura della formazione continua.

Resta ferma la normativa vigente sull'educazione continua in medicina (ECM).

Sin quando, quindi, i consigli nazionali non emaneranno il relativo regolamento, la norma non potrà essere applicata.

Il compito degli Ordini e le norme etiche

Il Consiglio Nazionale e gli Ordini hanno il compito di regolamentare e attuare la Riforma, sotto il controllo del Ministero della Giustizia. Devono riorganizzare i Consigli di Disciplina, che non possono giustamente coincidere con i Consigli degli Ordini; regolamentare il tirocinio e la formazione continua; fare convenzioni con le assicurazioni; costituire gli Albi dei tirocinanti e delle STP (Società tra Professionisti).

Le riforme sono per definizione, e soprattutto nel nostro Paese, incomplete e perfettibili, ma vanno affrontate. Le norme sono scritte e immobili, farle funzionare, dare loro vita e un'interpretazione “funzionale”, spetta ai professionisti, chiamati a una prova di maturità.



L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO TRA TERRITORIO E OSPEDALE

Elena
GUGLIELMI



La crisi dell'ospedale come unico o comunque prevalente luogo di erogazione dell'assistenza sanitaria origina da una serie di evidenze, tra le quali una visione puramente curativa della malattia

non più appropriata a causa della diffusione delle malattie cronicodegenerative. Attualmente però la critica al modello "ospedalo-centric" sembra consolidarsi attorno ai costi della degenza sempre più rilevanti. Se questo fosse realmente il problema, si potrebbero attuare strategie volte a contenere i costi e a migliorare l'efficienza dei servizi. In realtà è proprio il costante aumento delle persone affette da patologie croniche, con le conseguenti necessità di interventi appropriati, ad avere un impatto immediato sul sistema sanitario. Classificare le condizioni cliniche e di salute della persona utilizzando esclusivamente categorie quali, ad esempio, lo scompenso cardiaco o il diabete mette in primo piano la prestazione specialistica, ma non quell'apporto, coordinato e combinato, delle competenze professionali necessarie a soddisfare l'insieme dei bisogni della persona. La diretta conseguenza è la crisi del modello di erogazione dell'assistenza sanitaria, organizzato intorno alle specialità cliniche e quindi ancora dell'ospedale come sede privilegiata delle stesse. La rottura con que-

sto modello significa innanzi tutto riorganizzare il sistema assistenziale ponendo al centro i bisogni della persona assicurando la condivisione tra la persona stessa, i professionisti, la comunità. L'efficacia dell'assistenza dipenderà dalla capacità del sistema sanitario di erogare servizi in successione coordinata ed integrata. Questa capacità è definita "continuità assistenziale" e, per essere tale, deve tradursi in nuovi modelli organizzativi, modalità e strumenti di lavoro multiprofessionali nonché in contributi formativi adeguati. Attraverso questa prospettiva la continuità assistenziale diventa un obiettivo sostanziale e non formale per il rinnovamento della sanità che va perseguito con determinazione dalla professione infermieristica. Si tratta, in altri termini, di assumere un ruolo guida competente nello sviluppo di una continuità di sistema che si contrapponga alla frammentazione attuale, agli interventi parcellizzati e disarticolati che contraddistinguono l'approccio alle patologie piuttosto che alla persona e che non sono solo fonte di disagio per l'assistito, ma anche di elevati costi per il sistema sanitario. Nel ridisegnare percorsi clinico-assistenziali e modalità organizzative attorno ai bisogni della persona, si gioca la capacità dei professionisti di porsi, come obiettivo, la realizzazione di un sistema che genera valore, valuta i suoi risultati per migliorare gli outcome e ridurre i costi. In tale direzione potrebbe essere inserito l'ambulatorio infermieristico. Per ambulatorio infermieristico si deve intendere la struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambi-



to ospedaliero, preposto alla erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, che ne è responsabile.

L'ambulatorio infermieristico, risponde all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria;
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- promuovere nelle persone i processi di autocura, anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale; promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute.

La diffusione degli ambulatori infermieristici può divenire, pertanto, un nodo strategico del sistema delle cure primarie. Essi, operando in stretta connessione funzionale con l'intera rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Questo setting assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa, tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa. Prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie

e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi. Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un'ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria. Il numero e la distribuzione degli ambulatori infermieristici dovrà essere stabilito, in funzione del bisogno assistenziale rilevato nelle singole ASL. In generale in ogni poliambulatorio aziendale potrebbe esserne incluso uno. L'organizzazione in rete, e la condivisione dei percorsi clinico-organizzativi sono essenziali per garantire la continuità assistenziale. Le prestazioni fornite devono assicurare un'assistenza appropriata ad alcune tipologie di cittadini, come individuato nell'ambito delle priorità assistenziali. È opportuno che la ASL individui un coordinatore infermieristico aziendale degli Ambulatori Infermieristici del proprio territorio per la revisione dei processi erogati, ed eventuali innovazioni organizzative. Quanto ai requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici, la dotazione minima per l'attività ambulatoriale deve rispondere ai contenuti della normativa vigente. L'obiettivo principale è promuovere un'offerta omogenea delle prestazioni erogate dall'ambulatorio infermieristico. La diffusione dell'ambulatorio infermieristico, operando in connessione funzionale con la rete dei servizi, diventa nodo strategico del sistema delle cure primarie.

Ciò consentirà di migliorare la gestione delle persone con patologie cronico degenerative divenendo anche luogo privilegiato per lo sviluppo di un approccio proattivo, tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa.

BIBLIOGRAFIA

- Compassi S., Giacomini L. et al., "Evoluzione della professione e ambulatori infermieristici", *Management Infermieristico* 2004; 3: 16-20.
- Conti L., "Infermieri e cure primarie", *L'infermiere* 2009; 4: 11-15.
- De Toma R., Dimonte V., "L'autonomia infermieristica nella Primary Care", *Management Infermieristico*, 2008; 2: 5-13.
- Lucca R. et al., "L'autonomia professionale applicata ad un'esperienza di ambulatorio infermieristico", *Io Infermiere*, 1999; 3: 24-47.
- M. D'Innocenzo, "Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica - L'ambulatorio infermieristico territoriale", Centro Scientifico editore, Torino 2005.
- Silvestro A., "Le competenze sul territorio esistono, ma vanno integrate", *L'infermiere*, 2008; 2: 4-6.



COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE E IMPATTO SANITARIO

Michele
CALABRESE



Per complessità assistenziale si intende l'insieme degli interventi che riferiscono alle diverse dimensioni della assistenza espressi in termini di intensità, di impegno e quantità di lavoro

ed è legata a tre variabili: *la dipendenza, l'instabilità clinica del soggetto e la capacità del soggetto di interagire con il personale sanitario*. Il paziente/utente va suddiviso per quelli che sono i bisogni rilevati nel momento della presa in carico, e NON più per un discorso di "contiguità patologica". Si rappresenterebbe in tal senso un nuovo assetto tecnico-logistico di *Governance Clinica* e di tema sulla «reingegnerizzazione dei processi».

È necessario abbattere l'idea di ospedale tradizionalmente inteso come principale punto di riferimento della collettività per tutte le attività (*diagnosi, cura, riabilitazione, lungodegenza, educazione sanitaria e prevenzione*), potenziando la continuità assistenziale sul territorio con il coinvolgimento dei MMG e dei PDLS.

La soluzione innovativa risulta essere il *modello organizzativo e assistenziale strutturato per aree di complessità* classificato in tre tipologie:

- **alta complessità assistenziale**, *condizioni critiche*, assicurata la massima attenzione

onde evitare l'insorgere di complicanze o insufficienze acute;

- **media complessità assistenziale**, *stabilizzazione dello stato fisico*, con una sorveglianza delle funzioni vitali;

- **bassa complessità assistenziale**, transizione verso i servizi territoriali (quali quelli dell'assistenza domiciliare).

La riorganizzazione per intensità di cura rappresenta un tassello, in ordine cronologico, di un doveroso percorso di profondo cambiamento che, negli ultimi anni si rende necessario per ottimizzare il processo di assistenza e razionalizzazione delle risorse economiche.

Nel periodo compreso tra la fine del mese di Luglio 2012 e i primi giorni di Settembre c.a. è stata svolta un'indagine conoscitiva presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, mediante la somministrazione di un questionario (in regime *face to face*) a risposta multipla, e in scala Likert da compilare in forma anonima. I questionari somministrati sono stati in tutto 108. Per la ricerca i test sono stati distribuiti a coordinatori infermieristici, a medici ed infermieri.

La finalità è quella di elaborare delle risposte ad uno studio sperimentale che narri la preparazione degli operatori sanitari all'eventuale impianto del *modello sanitario per Intensità di Cure*. Per la ricerca sono state individuate 3 aree di degenza (Tab. 1):

- Bassa complessità: Dermatologia, O.R.L. e Pediatria;

- Media complessità: Chirurgia Generale, Medicina;



COMPLESSITA'	Coord. Infermieristico	Infermiere	Medico	tot.
BASSA	4	23	7	34
MEDIA	3	15	5	23
ALTA	1	44	6	51
TOTALE	8	82	18	108

Tabella 1, Grafico dei partecipanti diviso per aree

· Alta complessità: Terapia Intensiva, Neurochirurgia, P.S.

Con questo lavoro volevo capire se gli intervistati fossero innanzitutto *interessati ad un cambiamento* che comportasse loro maggiori responsabilità; predisposti a considerare anche modelli infermieristici come sicura modalità di miglioramento della offerta assistenziale intimamente correlati alla Governance; se ci fosse presenza di riscontro logistico in termini di procedure, linee guida e protocolli nelle aree rappresentate e comprendere se l'attività di équipe si caratterizzasse da insufficienza di personale, cattiva gestione e incapacità comunicativa.

“È necessario abbattere l’idea di ospedale tradizionalmente inteso come principale punto di riferimento della collettività per tutte le attività”

L’ossatura del rapporto coincide con la struttura del progetto: ripensare completamente al servizio “classico” erogato dall’ospedale. In questo lavoro, tramite l’osservazione degli intervistati e di alcuni casi studio emerge la volontà al cambiamento, partendo dal *management*, dalla *formazione*, dalla *meritocrazia*, dalla *promozione del dialogo tra colleghi*, dalla *condivisione*, dalla *razionalizzazione delle risorse* di mezzi e uomini a disposizione, dalla *appropriatezza del collocamento del personale*, dal *grado di fiducia* e dal creare *gruppo*.

Applicazione STATISTICA-TEST CHI QUADRO

Essa aveva l’obiettivo di verificare se all’aumento dell’età coincidesse anche un aumento della refrattarietà nell’essere disposti al cambiamento. [χ^2 calcolato 4.8, ove i g.l=1; fissato $\alpha=0.05$]; χ^2 calcolato > χ^2 tabulato ossia 4.8>3.8 rifiuto Ho: **Test Significativo**. L’ipotesi di dipendenza tra quella che era la mia supposizione, ossia che aumentando l’età della persona aumenta proporzionalmente la rigidità al cambiamento, è soddisfatta.

Per poter apportare una modifica radicale al modello di intesa delle prestazioni sanitarie e alla conduzione di una nuova *vision* dell’Ospedale, bisogna dapprima conoscere la predisposizione del personale al cambiamento, perché rappresenta il fulcro per l’ottenimento del prodotto finale. È molto difficile mettere in discussione poteri, funzioni, ruoli per la costruzione di questo progetto, ma se gli operatori saranno convinti di garantire un servizio migliore di quello che si offre con gli ospedali suddivisi per reparti e per disciplina porremo le basi per un confronto costruttivo alle migliori tipologie di innovazione organizzativa sanitaria. Concludendo posso dire che rispondere alla domanda di salute proveniente dall’utenza è da sempre la sfida più gravosa che affronta l’infermieristica. È necessario che *la dirigenza* si adoperi per creare sistemi di valutazione e di premio che tengano conto del reale contributo di ogni singolo creando al contempo una *sana co-evoluzione tra professionisti* con l’obiettivo di ottenere un sistema salute sempre più competitivo.



BRONCOASPIRAZIONE

Sistema a circuito aperto vs sistema a circuito chiuso

Anna
PORCELLA



Federico
RUTA



La broncoaspirazione è una manovra di cui necessitano comunemente i pazienti ricoverati in una Unità Operativa di terapia intensiva. Consiste nella rimozione meccanica delle secrezioni dal tratto respiratorio superiore. Può essere effettuata attraverso il sistema a circuito aperto, composto da un sondi-

no monouso di vario calibro collegato ad una fonte di aspirazione, oppure attraverso il sistema a circuito chiuso (trach-care) che contiene al suo interno il sondino e tutti i raccordi necessari. Si sono voluti valutare in modo sperimentale i due strumenti differenti per l'esecuzione della manovra e le relative complicanze.

La valutazione è stata effettuata attraverso la somministrazione di questionari valutativi relativi la manovra ad un campione di 60 infermieri delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione dei Presidi Ospedalieri di Barletta e Andria, e dei risultati dei BAS seriatì a T0h e a T72h su un campione di 30 pazienti, suddiviso in due gruppi: il primo sottoposto a broncoaspirazione median-

te sistema aperto; e il secondo a sistema chiuso. Dai BAS analizzati non sono state riscontrate differenze statisticamente significative che permettano di consigliare uno strumento piuttosto che l'altro. Infatti, in entrambi i gruppi c'è una positivizzazione a T72h dei campioni prelevati ma con cariche che non si discostano in modo significativo nei due gruppi.

	SISTEMA APERTO (GRUPPO A)		SISTEMA CHIUSO (GRUPPO B)	
	T0h	T72h	T0h	T72h
Agente patogeno	Pseudomonas fluorescens	Pseudomonas fluorescens	Achromobacter xylosoxidans	Achromobacter xylosoxidans
Carica batterica	negativo	100.000	positivo < 100.000	100.000
Agente patogeno	Klebsiella Pneumoniae	Klebsiella Pneumoniae	Klebsiella Pneumoniae	Klebsiella Pneumoniae
Carica batterica	negativo	100.000	positivo < 100.000	100.000
Agente patogeno	Acinetobacter calcoaceticus-baumannii	Acinetobacter calcoaceticus-baumannii	Escherichia coli	Escherichia coli
Carica batterica	positivo < 100.000	100.000	200.000	1.000.000

(TAB. 1: esempio dati raccolti)

Questo a conferma degli studi già effettuati sull'argomento analizzati durante il lavoro. Tuttavia dall'analisi dei questionari si evince una maggiore predilezione del personale infermieristico nei confronti del sistema a circuito aperto, in quanto lo ritengono più efficace, meno costoso e correlato ad un numero minore di complicanze. Infatti nonostante il 97% degli intervistati sia a conoscenza di sistemi a circuito chiuso, solo il 40% lo preferisce. Queste non possono essere considerate delle semplici opinioni personali ma delle evidenze sorte durante l'esecuzione quotidiana della manovra da parte del personale infermieristico.

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*

INDICAZIONI DEL MINISTERO DEL LAVORO A RIGUARDO DEGLI INTERVALLI DI TEMPO TRA DUE CONTRATTI

L'utilizzo dei contratti temine nelle professioni sanitarie da essere strumento residuale è divenuta, purtroppo, quasi prassi nelle P.A. che spesso e volentieri violano dette norme scientemente o peggio per incapacità manageriale manifesta. Nuovamente, ove mai ve ne fosse bisogno, con la circolare n. 27 del 7 novembre 2012, il Ministero del Lavoro precisa che la riduzione a 20 e 30 giorni dello "stop and go" - previsto dall'art. 5, comma 3, D.Lgs. n. 368/2001 - è possibile per motivazioni oggettive legate all'avvio di una nuova attività, al lancio di un prodotto o di un servizio innovativo, nonché nei casi previsti dai contratti collettivi stipulati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative sul piano nazionale. Riguardo alla tematica della riduzione degli intervalli di tempo tra due contratti a tempo determinato, alla Direzione generale è stato chiesto di fornire delucidazioni per chiarire la portata degli interventi integrativi di cui al D.L. n. 83/2012 (Decreto Sviluppo) e alla relativa legge di conversione. **Termini ridotti.** La disposizione richiama esplicitamente i termini abbreviati di 20 e 30 giorni: tale richiamo non appare messo in dubbio dalla circostanza secondo cui le stesse tempistiche sono collocate al secondo periodo della disposizione e non al primo periodo. Le possibili deroghe alla durata degli intervalli tra due contratti a tempo determinato sono state valutate dal Ministero in base alla disciplina collettiva. E quindi: Necessarie ragioni organizzative qualificate. Gli accordi di livello interconfederale o di categoria possono ridurre la durata degli intervalli. L'abbreviazione è possibile per motivazioni oggettive legate all'avvio di una nuova attività, al lancio di un prodotto o di un servizio innovativo. In tali ipotesi la contrattazione collettiva è sollecitata a regolamentare la fattispecie con un'iniziativa di carattere sostitutivo del Ministero, il quale potrà adottare apposito decreto per puntualizzare la casistica. Anche in ipotesi diverse e ulteriori rispetto a quelle legate ai processi organizzativi

di diversa natura, la modificazione degli intervalli potrà essere stabilita mediante accordi in sede di contrattazione nazionale, senza che in tal caso sia previsto un ruolo sostitutivo del Ministero.

GLI OPERAI ESPOSTI ALL'AMIANTO POSSONO ASTENERSI DAL LAVORO

Questione amianto. Sebbene non propriamente pertinente alla professione infermieristica la questione esposizione amianto attiene l'attività lavorativa di molti soggetti ed è oggetto di quesiti postumi nell'ultimo periodo anche per l'allarme sociale suscitato dalla fattispecie Ilva Taranto. Se il datore di lavoro è tenuto ad adottare tutte le cautele necessarie a preservare l'integrità psicofisica del lavoratore, il lavoratore può astenersi dall'eseguire, dopo aver regolarmente timbrato il cartellino, quelle prestazioni che possono arrecare pregiudizio alla sua salute. In questo senso si è pronunciata la sezione Lavoro della Cassazione, con la sentenza n. 18921/12. Il caso che apre anche nel panorama sanitario similitudini sul tema "astensione dal lavoro e sicurezza". I lavoratori di una società addetti ad operazioni di rimozione dell'amianto da vagoni ferroviari chiedevano ripetutamente al datore, astenendosi temporaneamente da tale lavorazione, gli interventi di bonifica degli impianti necessari a mettere in sicurezza l'ambiente di lavoro. Nonostante gli interventi posti in essere in seguito, un verbale di sopralluogo sanitario metteva in luce che non sussistevano ancora le condizioni di sicurezza, motivo per cui i lavoratori, a fronte del diniego di ulteriori migliorie, decidevano di astenersi dalle lavorazioni di bonifica dell'amianto, timbrando comunque il cartellino e mettendosi così a disposizione per diverse attività lavorative. Tale astensione si interrompeva solo in seguito alla chiusura immediata dei capannoni, prescrivendo anche alcune modifiche agli impianti e ai sistemi di lavorazione. Dato che per il periodo di astensione i lavoratori non avevano ricevuto alcuna retribuzione, decidevano di adire il Tribunale sostenendo di avervi diritto, avendo reagito all'inadempimento del datore che non aveva rispettato gli obblighi in materia di sicurezza. Sia il primo giudice sia il Tribunale cui si era





rivolta poi la società appellante accoglievano la domanda dei lavoratori, stabilendo così che - sulla base delle perizie svolte, le quali avevano evidenziato tra l'altro un imperfetto isolamento degli ambienti con conseguente dispersione delle polveri di amianto nelle zone circostanti - la loro astensione era legittimata dall'inadempimento della società che, violando gli obblighi ex art. 2087 c.c., non aveva adottato le necessarie misure di tutela. La domanda è: come tutelare le condizioni di lavoro?

La Suprema Corte premette che la responsabilità dell'imprenditore non configura un'ipotesi di responsabilità oggettiva, essa non deve però limitarsi alle regole di esperienza o alle tecniche preesistenti, ma deve abbracciare tutte le cautele atte a preservare l'integrità psicofisica del lavoratore tenuto conto della concreta realtà aziendale. L'assenza di un'indagine, da parte datoriale, sull'esistenza di fattori di rischio e di un intervento per la loro rimozione, rende pertanto il datore inadempiente all'obbligo contrattuale impostogli dall'art. 2087 c.c.; ne consegue «il diritto del lavoratore di astenersi dalla specifiche prestazioni la cui esecuzione possa arrecare pregiudizio alla sua salute», come in effetti avvenuto nel caso di specie e accertato nel corso del giudizio.

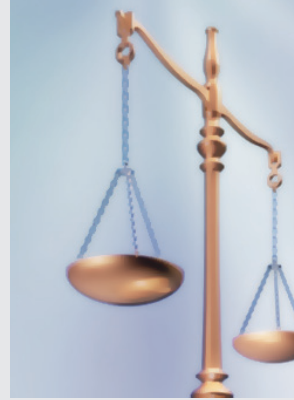
RESPONSABILITÀ DEL DATORE DI LAVORO PER COMPORTAMENTI VESSATORI

Davvero difficile la vita per una donna impiegata in una farmacia: a renderle il lavoro ancora più duro i comportamenti degli altri lavoratori e del proprietario. Legittima la richiesta di risarcimento presentata dalla lavoratrice, sia per i danni esistenziali che per il pensionamento anticipato. Ribaltata la prospettiva tracciata in Appello: anche se non emerge un intento persecutorio, vanno analizzati i singoli episodi per valutare la responsabilità del datore di lavoro, e il relativo risarcimento. Episodi sgradevoli, e ripetuti nel tempo: vittima è una donna, dipendente di una farmacia. Sotto accusa il titolare, che non può essere salvato dalla semplice mancanza di un fil rouge che leghi le diverse vessazioni e che

consenta di contestare l'ipotesi del mobbing. Assolutamente drammatica la storia vissuta da una donna, dipendente di una farmacia, rimasta vittima di vessazioni da parte del proprietario e dei colleghi. Devastanti gli effetti: depressione e tentato suicidio. E a quella pessima - praticamente invivibile - situazione lavorativa la donna addebita non solo il danno esistenziale, ma anche l'effetto del pensionamento anticipato. Per la giustizia, però, si tratta di pretese non legittime: per i giudici d'Appello - che seguono la falsariga del primo grado - manca una «strategia persecutoria».

Oltre il mobbing... A ribaltare tale prospettiva provvedono i giudici di Cassazione, accogliendo il ricorso presentato dalla donna - centrato sulla veridicità della vicenda - e ponendo in secondo piano il totem del mobbing. Principio di riferimento, secondo i giudici, è il dovere del datore di lavoro di tutelare il dipendente, soprattutto per ciò che concerne il fronte psico-fisico: lacune, in tal senso, sono sanzionabili anche a livello risarcitorio. Esempio l'ipotesi del mobbing, che però non può portare ad azzerare la possibilità di contestare anche singoli episodi vessatori. Per questo motivo è da censurare l'ottica dei giudici d'Appello, che, non riscontrando un «intento persecutorio», hanno considerato nulle le richieste di risarcimento avanzate dalla donna. Piuttosto, sarebbe stato molto più sensato valutare i singoli episodi e 'pesarne' gli effetti «vessatori e mortificanti» per la lavoratrice. E questo, difatti, è il compito che i giudici di Cassazione, accogliendo il ricorso, affidano alla Corte d'Appello per poter dare, in maniera definitiva, una risposta alla richiesta di risarcimento dei danni avanzata dalla lavoratrice. **Licenziamento per giusta causa a seguito di frase ritenuta ingiuriosa rivolta da un lavoratore al proprio superiore**

La valutazione di una frase ritenuta offensiva deve essere rapportata al contesto e al fatto storico in cui è stata pronunciata. Se risulta essere la conseguenza di stress psicologico cui è sottoposto il lavoratore per i ritmi di lavorazione e pronunciata a seguito di altra frase immotivatamente denigratoria della professionalità del lavoratore, proveniente



dal superiore gerarchico, non può costituire giusta causa di licenziamento ex art. 2119 c.c.. L'insussistenza della giusta causa comporta l'illegittimità del licenziamento e l'obbligo di reintegrare il lavoratore, in forza del disposto dell'art. 18, comma 4, L. n. 300/1970 così come riformato dalla L. n. 92/2012. La vicenda trae origine da uno scambio di e-mail tra un lavoratore ed il proprio superiore gerarchico, riguardanti verifiche di disegni tecnici. In particolare il superiore disponeva la verifica ex novo di disegni tecnici già predisposti; il lavoratore sottoposto rispondeva all'ordine confidando di ottenere le modifiche entro una determinata data. A sua volta il superiore replicava che non doveva confidare ma pianificare con esattezza il lavoro. Il tono era arrogante ed ingiurioso, senza peraltro ragione di sorta. Il dipendente rispondeva testualmente: «Parlare di pianificazione nel gruppo è come parlare di psicologia con un maiale, nessuno ha il minimo sentore di cosa voglia dire pianificare ...». A seguito di tale replica, ritenuta offensiva veniva licenziato per giusta causa. Licenziamento che veniva impugnato, ricorrendo al Giudice del lavoro.

L'ingiuria deve essere contestualizzata nella vicenda complessiva. Il giudice del lavoro affronta prima di tutto la frase proferita dal lavoratore e ritenuta offensiva dal datore di lavoro. Si osserva a tal proposito che l'ingiuria debba essere valutata unitamente al contesto in cui questa è stata proferita. Nel caso specifico la comparazione che effettua il giudice prende in considerazione sia la situazione di stress in cui si trovava il lavoratore, emergente dal tenore delle e-mail scambiate tra le parti, sia la precedente missiva del superiore, dal tenore immotivatamente offensivo e lesivo della professionalità del lavoratore ripreso. Inoltre il giudicante prende in considerazione anche la circostanza che lo stesso lavoratore aveva presentato le proprie scuse, per le parole proferite, pochissimo tempo dopo i fatti contestati. Su questi presupposti il Tribunale del lavoro non ritiene che si possa individuare la giusta causa di licenziamento, necessaria per validare il licenziamento intimato, nella frase incriminata. L'insussistenza della giusta causa impone la

reintegrazione del lavoratore. Si è così in presenza della «insussistenza del fatto contestato», secondo il disposto del novellato art. 18, L. 300/70 (riforma di cui alla L. n. 92/2012). Tale norma, al comma 4 prevede che ove sia emersa dal giudizio di impugnazione l'insussistenza del fatto contestato, il licenziamento intimato sia illegittimo, con diritto del lavoratore ad essere reintegrato nel proprio posto di lavoro e vedersi corrisposto il risarcimento, pari alle retribuzioni spettanti dalla data del licenziamento all'effettiva reintegrazione. Evidenzia altresì il giudice bolognese che l'espressione «insussistenza del fatto contestato» non può far riferimento unicamente al fatto materiale, poiché una simile interpretazione restrittiva porterebbe a ritenere legittimo un licenziamento intimato in conseguenza di comportamenti esistenti sotto l'aspetto materiale ed oggettivo, ma privi di elemento psicologico o peggio della coscienza e volontà dell'azione.

L'applicazione dell'articolo 18 novellato. La pronuncia esaminata costituisce una delle prime applicazioni del riformato art. 18 successivamente all'entrata in vigore della riforma del giugno 2012 e del procedimento di impugnativa dei licenziamenti pure introdotto dalla riforma. Ricordiamo che a seguito della riforma sono state diversificate le conseguenze della dichiarata illegittimità del licenziamento, a seconda delle motivazioni accertate dal giudice. In alcune fattispecie, come quella esaminata, la sanzione per l'illegittimità sarà la reintegrazione; in altre unicamente il risarcimento in termini pecuniari.

Appare interessante anche notare come la decisione del giudice sia stata resa tramite ordinanza immediatamente esecutiva pronunciata ai sensi dell'art. 1, comma 49, L. n. 92/2012. Ordinanza la cui esecutività non potrà essere sospesa, se non con la sentenza resa all'esito del procedimento di impugnazione della stessa, previsto dai successivi commi da 51 a 57. Ciò significa che il datore di lavoro pubblico o privato dovrà immediatamente pagare senza che possa far sospendere l'esecuzione della sentenza in sede di impugnazione.



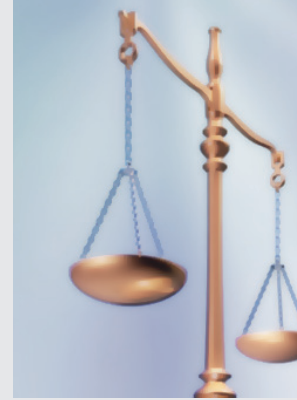
RESTITUITO AI DIPENDENTI PUBBLICI IL CONTRIBUTO OBBLIGATORIO ILLEGITTIMAMENTE VERSATO

Il d.l. n. 185/12, in vigore dal 31 ottobre 2012, dà attuazione alla sentenza n. 223/12 della Corte Costituzionale abrogando la previsione che imponeva la trattenuta in busta paga del 2,5% sul Tfr. **La pronuncia della Consulta.** Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella recente riunione del 26 ottobre 2012, si è stabilito di dare attuazione alla sentenza della Corte Costituzionale n. 223/12 e di salvaguardare gli obiettivi di finanza pubblica: è stato quindi abrogato l'articolo 12, comma 10, del d.l. 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla l. 30 luglio 2010, n. 122, a decorrere dal 1° gennaio 2011. La norma, ritenuta illegittima dalla Consulta, prevedeva la trattenuta del 2,5% sul Tfr in busta paga. **Liquidazione d'ufficio.** I trattamenti di fine servizio, in ogni modo denominati, saranno liquidati d'ufficio entro un anno dalla entrata in vigore del citato art. 12, comma 10, e, in ogni caso, non si provvede al recupero a carico del dipendente delle eventuali somme già erogate in eccedenza. Ai maggiori oneri derivanti dal decreto legge, si provvede mediante riduzione della dotazione del Fondo per interventi strutturali di politica economica; in altra parte mediante taglio dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto nel bilancio triennale 2012-2014. Una postilla; così vi sarà **l'estinzione dei procedimenti in corso.** I processi pendenti aventi a oggetto la restituzione del contributo previdenziale obbligatorio nella misura del 2,5 per cento della base contributiva utile prevista dall'art. 11 della legge 8 marzo 1968, n. 152, si estinguono di diritto. Ne deriva che le sentenze eventualmente emesse, fatta eccezione per quelle passate in giudicato, sono prive di effetti con pregiudizio per assistiti ed avvocati.

LICENZIAMENTI: PER LA LEGGE ORFANI ED INVALIDI PARI NON SONO

La normativa sul diritto al lavoro dei disabili non può essere estesa ad altre categorie di soggetti, se non laddove è espressamente previsto. In particolare le previsioni di legge in materia di

licenziamento destinate ai lavoratori invalidi non si possono applicare agli orfani di coloro che sono deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con la sentenza n. 18645/12, depositata il 30 ottobre. Una lavoratrice chiede l'annullamento della sentenza di appello che ha rigettato il suo ricorso contro la decisione con la quale il giudice di primo grado aveva respinto la sua impugnativa di licenziamento. La ricorrente lamenta la violazione della legge n. 66/1999, in materia di diritto al lavoro dei disabili. Per la precisione, la lavoratrice rientra nella categoria degli orfani di coloro che sono deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio di cui si occupa l'art. 18 della legge citata, ma non era stata assunta obbligatoriamente per questo motivo: era già in servizio quando l'azienda ha deciso di inserirla nella quota riservata. Gli Ermellini precisano anzitutto che la legge n. 66/1999 è costruita in funzione della condizione delle persone disabili, anche se l'art. 18 ne estende – per alcuni profili – la portata ad altre categorie di soggetti, tra cui gli orfani di coloro che sono deceduti per causa di lavoro, di guerra o di servizio. In particolare la disposizione prevede a loro favore una quota di riserva, sul numero dei dipendenti dei datori che ne occupino più di cinquanta, pari a un punto percentuale; tale quota è pari ad un'unità per i datori che occupino da cinquantuno a centocinquanta dipendenti. La legge non dice altro, quindi non pare corretto applicare ai predetti soggetti l'intero contenuto della normativa in esame, ed in particolare l'art. 10 invocato dalla ricorrente. Questa disposizione, infatti, prevede l'annullabilità del licenziamento per riduzione del personale o per giustificato motivo oggettivo esercitato nei confronti dei lavoratori occupati obbligatoriamente, qualora al momento della cessazione del rapporto il numero dei rimanenti lavoratori occupati obbligatoriamente sia inferiore alla quota di riserva prevista. La norma, peraltro, non riguarda chi, come la ricorrente, non è stato assunto obbligatoriamente. Con un secondo motivo di ricorso, la lavoratrice contesta la mancanza di giustificato motivo oggettivo relativamente al proprio licenziamento: le valutazioni sul punto,



però, attengono al merito e per questo la S.C. ritiene di non dover riaprire il giudizio in sede di legittimità. Stessa sorte per le altre censure, riguardanti presunti vizi di motivazione in ordine a fatti controversi e decisivi per il giudizio: riguardando il merito della causa, sono tutte ritenute inammissibili dagli Ermellini che, per questi motivi, rigettano il ricorso.

PRESTAZIONE DI LAVORO OLTRE IL SESTO GIORNO

Lo svolgimento dell'attività lavorativa protrattasi al settimo giorno, da parte del lavoratore tenuto alla prestazione sei giorni su sette, ha natura di retribuzione derivante dalla onerosità della specifica prestazione. Il criterio remunerativo va dunque individuato in quello previsto dalla contrattazione collettiva per il lavoro domenicale, avendo entrambi i compensi la medesima ratio di remunerazione della particolare onerosità della prestazione lavorativa. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione con la sentenza n. 18284/12, depositata il 25 ottobre. La domanda riguardava il riconoscimento di un compenso per lo svolgimento di prestazioni lavorative rese di domenica e in turni protrattisi oltre il sesto giorno di lavoro consecutivo. Un dipendente di banca, assunto con mansioni di guardiano – custode, ricorreva al Giudice del lavoro, domandando il riconoscimento di un compenso relativo a prestazioni di lavoro eseguite in giornate festive e mediante turni di lavoro che si protraevano oltre il sesto giorno di lavoro consecutivo. Lo svolgimento della prestazione lavorativa era previsto per sei giorni su sette. In mancanza di previsioni sul punto da parte della contrattazione collettiva vigente all'epoca dei fatti, il ricorrente aveva indicato, quale parametro di calcolo delle somme rivendicate, la maggiorazione prevista per il lavoro domenicale dal C.C.N.L. successivamente stipulato dalle categorie interessate, per ciò che concerne il lavoro festivo; la retribuzione pari a due giornate in aggiunta e la maggiorazione per straordinari, per ciò che concerne la prestazione resa nel settimo giorno. Il primo giudice respingeva la domanda. Proponeva appello il lavoratore, e la Corte territoriale accoglieva parzialmente il

gravame, riconoscendo unicamente una somma a compensazione di entrambe le prestazioni, calcolate sulla base della maggiorazione introdotta dal nuovo C.C.N.L. Ricorreva così in Cassazione il lavoratore, impugnando il capo di sentenza riguardante la determinazione del compenso relativo al lavoro svolto nel cosiddetto settimo giorno.

Il riposo settimanale quale possibilità di recupero delle energie psico-fisiche. Con il termine riposo settimanale il legislatore intese esprimere la possibilità per il lavoratore, con costante periodicità, di godere di una pausa al fine di recuperare le necessarie energie psico-fisiche. In ipotesi di particolari tipologie di lavoro, è giustificata l'introduzione di deroghe di carattere eccezionale all'ordinario regime del riposo lavorativo. Ferma restando l'esigenza che non vengano comunque superati limiti di ragionevolezza alla richiesta prestazione lavorativa, a tutela del lavoratore. Il protrarsi della prestazione lavorativa oltre il sesto giorno costituisce per il lavoratore una «sofferenza», che esige un compenso a ristoro dell'onere che la prestazione resa determina.

Il compenso della prestazione effettuata oltre il sesto giorno ha natura di retribuzione. Afferma allora la Corte di Cassazione che il compenso spettante per tale tipologia di prestazione non costituisce indennizzo o risarcimento di sorta, poiché in quest'ultima fattispecie sarebbe richiesta l'assenza di uno specifico rapporto preconstituito tra le parti; viceversa la prestazione aggiuntiva è insita nel rapporto lavorativo in essere. Né il compenso può essere ritenuto retribuzione di lavoro straordinario. Tale compenso, afferma dunque la Corte, ha natura di retribuzione dell'onerosità della specifica prestazione. Così individuata la natura del corrispettivo spettante al lavoratore per la prestazione resa oltre il sesto giorno, la Suprema Corte individua il criterio necessario per la determinazione quantitativa di tale compenso. La contrattazione collettiva del settore non aveva previsto alcuna maggiorazione né per il lavoro domenicale né per quello reso oltre il sesto giorno. Ciò fino all'entrata in vigore del



nuovo C.C.N.L., prevedente una maggiorazione del 20% della paga oraria, ma riguardante il solo lavoro domenicale.

La Corte di Cassazione afferma che in entrambe le prestazioni lavorative analizzate si può ravvisare la medesima ratio di compensazione di quel sacrificio, quella «penosità» riscontrabile nel lavoro prestato in giorni di domenica piuttosto che oltre i sei giorni lavorativi. Nel primo caso, il sacrificio degli interessi personali e familiari legati alla domenica; nell'altro, il sacrificio del differimento del riposo settimanale. In ciò la Corte territoriale aveva correttamente statuito, applicando in via analogica il criterio della maggiorazione per il lavoro festivo a quello reso nel settimo giorno. Principio peraltro già affermato dalla stessa Corte di legittimità, circa la possibilità di applicare in via analogica forme di compensazione previste dalla contrattazione collettiva a situazioni, non regolamentate, per la loro natura affini a quelle previste dalla contrattazione. Su tali principi, la sentenza resa dalla Corte d'Appello appare corretta e logicamente motivata. E conseguentemente il ricorso proposto è stato rigettato dalla Suprema Corte.

CXLII

MANSIONI INFERIORI PER IL DIPENDENTE DIVENUTO INIDONEO

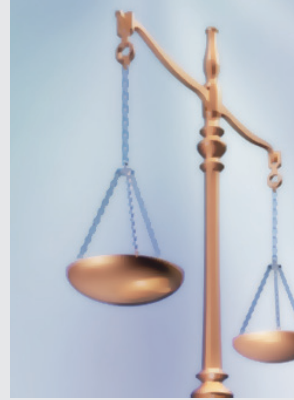
Il datore di lavoro, prima di poter legittimamente licenziare il lavoratore divenuto inidoneo allo svolgimento delle proprie mansioni, deve verificare che non siano presenti nel proprio assetto produttivo altre mansioni – quand'anche inferiori – cui quest'ultimo può essere assegnato (c.d. «repechage»). Il lavoratore ha solo l'onere di allegare tale possibilità, mentre grava sul datore di lavoro la prova dell'inesistenza di tali mansioni. Ad affermarlo è la Corte di Cassazione, nella sentenza n. 18025 depositata il 19 ottobre 2012. Un lavoratore ricorreva al Giudice del lavoro esponendo di aver presentato domanda di pensione di inabilità, alla luce di una visita effettuata presso la competente Commissione Medica in cui era stato giudicato permanentemente inidoneo a svolgere le proprie mansioni (ancorché non assolutamente inidoneo a svolgere qualsiasi attività lavorativa). A seguito

di tale richiesta, il datore di lavoro (nella specie una ASL) aveva «risolto» il rapporto di lavoro adducendo l'impossibilità di fruire utilmente della sua residua capacità lavorativa. Su tali premesse, il ricorrente chiedeva la declaratoria di illegittimità del licenziamento intimato, con conseguente riammissione in servizio in mansioni compatibili con il proprio stato di salute.

La Corte di Appello di Potenza, in riforma della sentenza di primo grado, accoglieva le domande rilevando come, indipendentemente dalla qualificazione formalmente attribuita all'atto espulsivo («risoluzione»), quest'ultimo dovesse qualificarsi come recesso (i.e. licenziamento) che, tuttavia, risultava illegittimo attesa la possibilità per la ASL di assegnare il ricorrente alle mansioni – pur qualitativamente inferiori – di «tenuta dell'archivio clinico». Avverso la pronuncia di Appello la ASL ricorreva alla Corte di Cassazione lamentando, per quel che qui interessa esaminare, come il Giudice di merito avesse accolto la domanda del lavoratore (fondata sulla violazione dell'art. 16 D.P.R. n. 671/1979) applicando una disciplina da quest'ultimo mai invocata (l'art. 18 Stat. lav.). Argomentazione che, ad avviso della Corte, è priva di pregio in quanto, dalle risultanze processuali, emergeva che la domanda del lavoratore avesse ad oggetto la declaratoria di «nullità ed illegittimità» del provvedimento datoriale, con richiesta di «riammissione in servizio [...]».

Domanda che, prosegue la Corte, era evidentemente diretta ad ottenere la reintegrazione nel posto di lavoro, pur sulla base di una norma diversa da quella poi applicata dalla Corte di Appello. Su tali presupposti, la Cassazione chiarisce che il principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato, sancito dall'art. 112 c.p.c., «non osta a che il giudice renda la pronuncia richiesta in base ad una ricostruzione dei fatti autonoma rispetto a quella prospettata dalle parti, nonché in base ad una qualificazione giuridica dei fatti medesimi diversa da quella invocata dall'istante».

Non può tuttavia essere tutelato un bene della vita diverso da quello richiesto. Il limite imposto dall'art. 112 c.p.c., prosegue la Cassazione, impedisce al Giudice solo



l'attribuzione di un bene della vita diverso da quello richiesto nonché di «emettere qualsiasi pronuncia – su domanda nuova quanto a causa petendi – che non si fondi sui fatti ritualmente dedotti o, comunque, acquisiti al processo come oggetto del contraddittorio».

In caso di sopravvenuta inidoneità il repechage si estende anche alle mansioni inferiori.

Con un ulteriore motivo, la ASL lamentava l'erronea qualificazione operata dai Giudici di merito del provvedimento di «risoluzione» del rapporto, posto che era stato il lavoratore a chiedere di essere collocato in pensione manifestando così la volontà di cessare il rapporto di lavoro. Per tale ragione, ad avviso della ricorrente, il suddetto provvedimento di «risoluzione» non poteva essere equiparato ad un licenziamento.

Anche questo motivo risulta tuttavia infondato in quanto, ritiene la Corte, a fronte della domanda di pensionamento la ASL avrebbe dovuto limitarsi ad emettere un provvedimento di diniego e non, come invece aveva fatto, recedere dal rapporto prima di verificare la presenza di altre mansioni compatibili con lo stato di salute del lavoratore. Affermando il principio di cui alla massima, pertanto, la Cassazione rigetta anche questo ulteriore motivo poiché l'istruttoria aveva dimostrato la presenza in azienda di altre mansioni compatibili con lo stato di salute del lavoratore, cui quest'ultimo era stato temporaneamente assegnato prima del licenziamento.

UTILIZZO DI DOCUMENTI RISERVATI

Un lavoratore veniva licenziato perché si era abusivamente impossessato di copia di corrispondenza e di documentazione bancaria riservata, utilizzandola per denunciare penalmente i suoi colleghi e la banca presso cui lavorava. I giudici di merito, di primo e secondo grado, ritenevano illegittimo il licenziamento, visto anche il comportamento dei suoi superiori che avevano concordato addebiti inesistenti e formulato valutazioni professionali negative non aderenti alla realtà. La società propone ricorso per cassazione, ma inutilmente. Essere un

sindacalista gli ha creato dei problemi sul posto di lavoro? Gli Ermellini, infatti, sottolineano prima di tutto che il lavoratore aveva posto la documentazione a fondamento di una denuncia proposta «unicamente al fine di far valere i propri diritti», nonché a far emergere condotte antisindacali da parte della società datrice di lavoro. I documenti riservati possono essere utilizzati... In pratica, precisa la S.C., «non integra violazione dell'obbligo di fedeltà l'utilizzazione di documenti aziendali finalizzata all'esercizio di diritti» (Cass. n. 3038/2011; n. 12528/2004; n. 22923/2004). Così come le prove raccolte nel giudizio penale. E poi, si legge in sentenza, il giudice può utilizzare come fonte di convincimento le prove raccolte nel giudizio penale già definito per sottoporle al proprio vaglio critico. Pertanto, il ricorso presentato dalla banca non può essere accolto dalla Cassazione che, inoltre, la condanna al pagamento delle spese processuali.

CONTRATTO A TERMINE CON LA RIFORMA FORNERO

Oggetto di molti quesiti è la tematica dei contratti di lavoro a tempo determinato; fattispecie modificato con l'entrata in vigore della c.d. riforma Fornero tese ad incrementare la flessibilità in entrata. La più significativa è senza dubbio la liberalizzazione del primo contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, così come del primo contratto di somministrazione di manodopera, tra le stesse parti. Rendendo la disciplina italiana più in linea con la Direttiva Comunitaria (n. 1999/70), che sanziona solo gli abusi derivanti dalla indiscriminata successione di contratti a termine, il Legislatore guarda oggi favorevolmente al primo contratto, condivisibilmente percepito come utile strumento di flessibilità.

Flessibilità che, tuttavia, costa. E' infatti prevista un'aliquota aggiuntiva del 1,4%, importo che è comunque poca cosa rispetto all'eliminazione delle criticità da sempre connesse alla sottoscrizione di questo contratto. Innanzitutto, la Riforma interviene sul comma 01 dell'art. 1 del D.Lgs. n. 368/2001, disponendo che «il contratto di lavoro subordinato a tempo



indeterminato costituisce la forma comune di rapporto di lavoro». Questa previsione, priva di immediata efficacia precettiva, è utile nell'ottica del Legislatore per rendere esplicite le finalità delle modifiche in esame, orientando altresì l'interprete ad una lettura restrittiva delle fattispecie che derogano alla suddetta «forma comune di rapporto» mettendo così, nero su bianco, l'intento - ampiamente manifestato con le modifiche esaminate nei nostri precedenti interventi - di rendere il lavoro subordinato a tempo indeterminato quale tipo contrattuale «dominante» nel panorama giuslavoristico italiano. La principale novità è senza dubbio quella relativa alla libera stipulazione del «primo rapporto a tempo determinato», di durata non superiore a 12 mesi, concluso per lo svolgimento di «qualunque tipo di mansione» (fino al 17 luglio, come noto, la causale non era richiesta solo per il rapporto di lavoro dirigenziale) «sia nella forma del contratto a termine, sia nel caso di prima missione di un lavoratore nell'ambito di un contratto di somministrazione a tempo determinato». La norma, chiara nella sostanza, sconta purtroppo un dato letterale non soddisfacente, dimentico della natura trilatera del contratto di somministrazione e del fatto che, da un punto di vista formale, tra utilizzatore e lavoratore non intercorre alcun rapporto di lavoro (men che meno a termine). Su questo presupposto, la norma non chiarisce se la acausalità debba intendersi riferita al contratto c.d. commerciale (tra utilizzatore e somministratore) o al contratto di lavoro (tra somministratore e lavoratore), rischiando così di creare non pochi problemi applicativi. In concreto tuttavia, nel nuovo contesto normativo, sembra ipotizzabile una significativa riduzione delle ipotesi in cui gli imprenditori ricorreranno alle agenzie di somministrazione, vista la possibilità di assumere direttamente - ed ora senza rischi - la manodopera che temporaneamente gli necessita.

Altre ipotesi di acausalità, infine, possono essere introdotte dalla contrattazione collettiva al ricorrere di determinate situazioni. Il «nuovo» contratto acausale, che si affianca - ed in teoria non sostituisce - il «vecchio» contratto

a termine, non potrà essere prorogato. Potrà tuttavia proseguire oltre la scadenza originariamente fissata per un periodo massimo di 30 (se la durata iniziale era inferiore a 6 mesi) o 50 giorni (se la durata iniziale era superiore a 6 mesi), ferme le maggiorazioni retributive previste dall'art. 5, comma 1, del D.Lgs. n. 368/2001. Di tale prosecuzione (e questo costituisce una novità) il datore di lavoro dovrà dare comunicazione al Centro per l'Impiego «entro la scadenza del termine inizialmente fissato», indicandone altresì la relativa durata. Vengono infine modificati, sempre in ottica antifrodatoria, i termini per procedere alla riassunzione a termine del lavoratore, oggi pari a 60 giorni (prima erano 10) dalla scadenza per i contratti di durata inferiore a 6 mesi ed a 90 giorni (prima erano 20) dalla scadenza per i contratti di durata pari o superiore a 6 mesi. La sottoscrizione di contratti a termine, a partire dal 2013, «costerà» al datore di lavoro una maggiorazione (fatte salve alcune eccezioni) dell'1,4% rispetto al costo del lavoro subordinato a tempo indeterminato, che verrà parzialmente «restituito» in ipotesi di conversione del contratto.

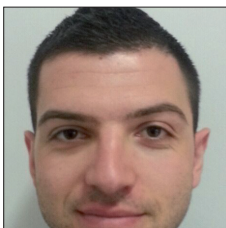
Maggior onere che, a parere di chi scrive, è davvero poca cosa rispetto alle rilevanti criticità che, casistica alla mano, hanno sempre seguito la stipulazione di contratti a termine. La Riforma interviene infine anche sulla tempistica di impugnazione del termine apposto al contratto di lavoro subordinato. Viene infatti portato a 120 giorni il periodo concesso per l'impugnazione stragiudiziale, con una riduzione a 180 giorni del termine per depositare il ricorso (mentre in precedenza erano rispettivamente 60 e 270 giorni). Anche quest'ultima modifica, che complessivamente riduce il periodo di «incertezza» sulla volontà del lavoratore e sulla natura del rapporto, appare condivisibile in quanto - senza pregiudizio ad un celere accertamento - concede un maggior tempo di riflessione al dipendente, talvolta ingannato con promesse di riassunzione (il caso più frequente era quello dei contratti terminati a giugno, con promessa di riassunzione a settembre finita l'estate) che, una volta inadempite, lo lasciavano di fatto privo di alcuna tutela.



LA RIABILITAZIONE SESSUALE

Studio osservazionale

Marcello
PERRI



Concetta
TASSIELLI



La percentuale di neoplasie del retto, negli ultimi anni, è notevolmente aumentata. Attualmente, tale patologia, viene collocata al terzo posto, preceduta da neoplasia della prostata e del polmone.

Maggiormente interessato è il sesso maschile con una percentuale del 13%, mentre il sesso

femminile è del 7%. Una delle metodiche più utilizzate fino a pochi anni fa era l'intervento chirurgico secondo la tecnica di Miles.

Questa particolare tecnica comprende due fasi e consiste nell'amputazione addomino perineale con confezionamento di una colostomia definitiva. Nella prima fase, il chirurgo opera nella regione addominale, dove sarà confezionata la stomia, nella seconda fase, invece, il chirurgo andrà a lavorare sulla zona perineale, dove avverrà l'amputazione rettale.

In seguito a tale intervento possono verificarsi delle problematiche, quali: incontinenza fecale, inibizione, depressione, stati d'ansia e disfunzioni sessuali. Queste ulti-

me andrebbero affrontate con psicoterapia individuale, terapia farmacologia con somministrazione di viagra, terapia medica intracavernosa o impianto di protesi peniene. Oggetto di questo studio è la riabilitazione sessuale, affrontata mettendo in evidenza le problematiche che possono manifestarsi in seguito all'intervento chirurgico secondo Miles e proponendo soluzioni utili per ottimizzare la qualità di vita del paziente stomizzato.

Materiali e metodi

Il campione preso in esame è rappresentato da 50 pazienti del "Centro Riabilitazione Stomizzati" del Policlinico di Bari di sesso maschile, operati secondo tecnica di Miles, a cui è stato somministrato un questionario di 10 domande a risposta chiusa. Il periodo di studio va da Gennaio 2011 a Gennaio 2012. I dati sono stati elaborati con il programma Microsoft Excel. L'età dei pazienti è compresa tra i 30 e i 65 anni di differente stato sociale. Il 38% dei pazienti ha un'età superiore ai 65 anni, solo il 10% compresa tra i 30 e il 40 anni. Il 48% dei pazienti dichiara di essere stato operato da oltre 24 mesi, solo il 10% da meno di un anno. Confermato che la tecnica secondo Miles sia sempre meno utilizzata, in quanto sostituita da tecniche chirurgiche più avanzate.

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che: il 32% dei pazienti ha ripreso l'attività sessuale oltre i 12 mesi, solo il 6% nei 3 mesi successivi all'intervento. Il 28% dei pazienti presi in studio, prova vergogna nel mostrare la sacca. Il 60% dei pazienti, invece, non si è





rivolto ad uno specialista per affrontare il problema, solo il 30% si è rivolto ad uno specialista, di questi, 8 hanno parlato con l'andrologo, 5 con il chirurgo e solo 2 con l'enterostomista, figura specializzata nella gestione del paziente stomizzato ma poco considerata dai pazienti per trattare il problema.

Prendendo in considerazione l'intero campione, si evince un dato molto negativo. Infatti, dall'analisi dei dati risulta che, solo 8 pazienti su 50 effettuano riabilitazione sessuale, la restante parte non è a conoscenza della metodica o non è stata informata sulla possibilità di attuare la stessa. Si è visto poi, che questi 8 pazienti appartengono alla fascia di età compresa tra i 30 e 50 anni, mentre dei 37 che non effettuano riabilitazione sessuale la percentuale maggiore è

	30-40 ANNI	41-50 ANNI	51-60 ANNI	OLTRE 60 ANNI	Totale complessivo
NO	3	4	16	14	37
NO RISPOSTA				5	5
SI	2	6			8
Totale complessivo	5	10	16	19	50

Incrocio tra età e riabilitazione sessuale

rappresentata dai pazienti con età che va dai 51 ai 60 (Tab. 2). Incrociando poi altri dati, età dei pazienti e ripresa dell'attività sessuale, sono emersi altri risultati. I pazienti che non hanno più ripreso attività sessuale sono 5 appartenenti ad una fascia di età compresa tra i 51 e i 65 anni, nei 3 mesi successivi all'intervento solo 3 hanno ripreso attività, mentre, il numero maggiore è rappresentato da 16 pazienti che hanno ripreso l'attività dopo 12 mesi dall'intervento, appartenenti alla fascia di età che va da 41 ai 65 anni.

Conclusione

Ciò che si evince dai risultati dello studio è molto negativo, in quanto si nota come vi sia una mancanza di comunicazione da parte degli operatori verso il paziente, in quanto non viene informato adeguatamente prima dell'intervento.

C'è poca conoscenza e soprattutto poca fiducia nella figura specializzata, quale l'infermiere enterostomista e soprattutto, c'è una scarsa conoscenza della riabilitazione sessuale da parte del paziente. Un'informazione inadeguata può essere dettata dal timore che il paziente possa "fuggire" prima dell'intervento, perché vedrà mutare la propria immagine corporea.

La mutilazione comporterà non pochi problemi. Il primo in assoluto: mostrare la sacca. L'atteggiamento assunto da parte degli operatori sanitari si è rivelato scorretto e fuori dalle teorie deontologiche ed etiche.

Bisognerebbe, quindi, adottare nuovi protocolli e metodiche per far sì che il negativo emerso, venga annullato.

Le possibili proposte sono:

- Informare il paziente su ogni aspetto e complicanze post-intervento.
- Instaurare un rapporto empatico con i pazienti per ottenere maggiore collaborazione e poter affrontare, senza alcun tabù, questo delicato aspetto del paziente stomizzato.
- Creare dei team specializzati composti da andrologo, chirurgo, psicologo ed enterostomista, per organizzare incontri periodici utili ad affrontare le diverse problematiche.
- Formare e aggiornare costantemente il personale sanitario sulle metodiche di riabilitazione e sulla gestione del paziente stomizzato.
- Creare un valido percorso riabilitativo della sfera sessuale.

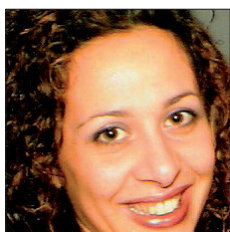
BIBLIOGRAFIA

- Epidemiology and burden of disease. Rectal cancer. Stefano Tardivo, William Mantovani, Emanuele Torri, Albino Poli. 2008.
- Chirurgia - Basi tecniche e chirurgia generale - Dionigi R. Elsevier Masson V edizione 2011.
- Chirurgia di ano-retto e colon vol.II, Keigheley M., Norman W. S., Edizioni Piccin 2011.



ACCESSI INTRAOSSEI NEL BAMBINO

Angelica
MISINO



di massima importanza disporre in tempi brevi di una via rapida di somministrazione di farmaci e liquidi. Le recenti linee guida

ERC 2010 riconsiderano tale via di accesso, da preferire alla somministrazione di farmaci per via endotracheale ed in tutti i casi in cui non sia possibile infondere farmaci e fluidi attraverso

un incannulamento venoso tradizionale. Attualmente la tecnica dell'infusione intraossea è raccomandata dalle linee guida Pediatric Advanced Life Support e da molte autorevoli società scientifiche.

Attraverso la via intraossea è possibile somministrare qualunque tipo di farmaco e fluido compresi sangue e plasma, ed è possibile eseguire prelievi ematici. L'unica restrizione è da attribuire alle soluzioni ipertoniche.

Il reperimento di un accesso intraosseo pre-

vede l'inserimento di una speciale ago cannula, il catetere intraosseo, per mezzo di un mandrino che penetra la matrice ossea. Il catetere intraosseo ha un tempo massimo di permanenza in sede di 24 ore.

Questa tecnica ha il vantaggio di non richiedere il controllo radiografico post inserimento, inoltre permette di ottenere rapidamente un campione di midollo osseo per ottenere una diagnosi differenziata. L'accesso intraosseo può inoltre essere utilizzato nella somministrazione del mezzo di contrasto nel caso si evidenziasse la necessità di indagini radiologiche. Le sedi più frequenti di incannulamento nel bambino sono: tibia

prossimale e distale; femore distale. Posizionare la gamba (per l'accesso tibiale prossimale posizionare un telino arrotolato dello spessore di 3-4 cm e ruotare il

piede all'esterno per disporre la superficie antero-mediale in posizione parallela al piano del letto). Pulizia e disinfezione accurata del sito di puntura e preparare se possibile campo sterile. Eventuale infiltrazione anestetica locale (la manovra é dolorosa). Gli aghi utilizzati preferenzialmente sono: ago da intraossea di Cook, quello da aspirato midollare di Jamshidi ma anche l'ago da puntura lombare da 16-18 gauge. Tutti con mandrino per

“La tecnica dell'infusione intraossea è raccomandata dalle linee guida Pediatric Advanced Life Support e da molte autorevoli società scientifiche”

»



evitare l'occlusione (le misure utilizzate sono di 16g per età <6 anni e 18g per > 6 anni).

Una incisione della cute con bisturi può facilitare la penetrazione dell'ago. Immobilizzazione dell'arto, fissaggio delle eventuali alette alla cute con cerotti. Eventuale medicazione e applicazione crema antibiotica. Fissaggio del deflussore con ansa ampia alla cute con cerotti. La rimozione dell'ago va fatta tirando e contemporaneamente ruotando in senso antiorario l'ago. Medicazione compressiva sterile con arto sollevato. Possibile sanguinamento prolungato dalla ferita.

Le controindicazioni

Il reperimento di un accesso intraosseo dovrebbe essere evitato nelle seguenti situazioni: frattura ossea in corrispondenza del sito dove si intende inserire il catetere intraosseo; segni di infezione in corrispondenza del sito; compromissione della vascolarizzazione a livello locale; patologie a carico del sistema scheletrico come osteopenesi imperfetta o osteoporosi. Le complicanze più frequenti sono lo stravaso, fratture ossee iatrogene, infezioni, embolie gassose e osteomielite.

Conclusioni

Nell'epoca caratterizzata dal progresso scientifico e dall'utilizzo di tecniche sempre più avanzate nel campo della medicina, tale tecnica è ancora utilizzata, è stata ad esem-

pio largamente utilizzata nelle più grandi catastrofi, come i terremoti dell'Aquila e di Haiti; in particolare modo durante il lungo periodo di emergenza seguito alle catastrofi di Haiti, migliaia di bambini colpiti da colera e in condizioni gravissime sono stati salvati anche grazie all'utilizzo di un accesso intraosseo.






Collegio IPASVI Barletta-Andria-Trani
Programma Nazionale per la Formazione Continua degli Operatori della sanità

La sicurezza dei pazienti e degli operatori



SICUREZZA
DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

Corso residenziale accreditato dalla Commissione Nazionale ECM
evento formativo n. **22943**,
provider **FNOMCEO** in collaborazione con **IPASVI**,
assegnati n. **15 (quindici)** crediti formativi ECM

30 novembre / 1 dicembre 2012 - sala conferenze Ospedale "L. Bonomo" Andria	21 / 22 dicembre 2012 - sala conferenze Ospedale "S. Nicola Pellegrino" Trani
11 / 12 gennaio 2013 - sala conferenze Ospedale "Mons. Di Miccoli" Barletta	25 / 26 gennaio 2013 - sala conferenze Casa Divina Provvidenza Bisceglie

Programma:

venerdì pomeriggio	sabato mattina
ore 14,30 – <i>Iscrizione partecipanti</i>	ore 9,00 – <i>Il Benessere organizzativo</i>
ore 15,00 – <i>La Cultura dell'organizzazione</i>	ore 10,00 – <i>La Violenza sugli operatori</i>
ore 16,00 – <i>Il Rischio infettivo</i>	ore 11,00 – <i>Il Safety walkaround</i>
ore 17,00 – <i>La Farmacologia</i>	ore 12,00 – <i>Discussione</i>
ore 18,00 – <i>Il Team building</i>	ore 13,30 – <i>Valutazione apprendimento</i>
ore 19,00 – <i>Chiusura sessione</i>	ore 14,00 – <i>Chiusura lavori</i>

informazioni e iscrizioni:
Collegio IPASVI - Via M. Di Borgogna, 74 Trani
tel. 0883482500 (lunedì e venerdì ore 16,00 – 19,00) – fax 0883481593

Chi ha frequentato lo stesso corso in versione FAD non può essere iscritto

BIBLIOGRAFIA

- Marcia L. Buck, Barbara S Higgins, Jefferson M Seller.
- Intraosseus Drug Administration in Children And Adult During.
- Luck RP, Haines C., Mull CC. Intraosseous access. J Emerg Med 2010.2011.



L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

I nuovi metodi

Tubito
MARIA

Il rapido e marcato invecchiamento della popolazione, nelle ultime decadi, ha portato inevitabilmente il sistema sanitario a interrogarsi sulla necessità di introdurre nuovi metodi nell'assistenza agli anziani "più vecchi", che si caratterizzano per l'elevato numero di patologie croniche di diversa gravità e disabilità.

La metodologia della valutazione multidimensionale (VMD) costituisce una delle conquiste più significative dell'approccio clinico al paziente anziano fragile. È un approccio sistemico, dinamico, multidisciplinare e rappresenta la modalità di risposta più adeguata ai bisogni di questi pazienti.

Spesso i pazienti "fragili" chiedono interventi personalizzati che tengano in seria considerazione le differenze interindividuali. Gli interventi terapeutici e assistenziali personalizzati permettono di ridurre la fragilità degli anziani evitando, per quanto possibile, il declino verso la disabilità, e cercano di ottimizzare le funzioni residue.

Si parla di assessment geriatrico, quando la VMD è applicata nell'ambito geriatrico. L'assessment geriatrico è finalizzato a promuovere l'appropriatezza, l'approccio globale e la continuità di cura nei confronti degli anziani fragili in occasione di ricoveri ospedalieri. La VMD è maturata nell'ambito geriatrico come soluzione organizzativa e assistenziale dei bisogni molteplici e complessi dell'anziano. La complessità assistenziale è determinata dalla malattia "geriatrica" che si presenta come compromissione di funzioni cellulari, d'organo, delle capacità cognitive e sociali.

Questi aspetti individuano le aree di valutazione geriatrica: *valutazione fisica, valutazione psichica, valutazione funzionale, valutazione socio-ambientale*.

Da ciascun'area di valutazione si individuano indicatori che rendono il paziente a rischio di non autosufficienza. Questi indicatori sono la *fragilità, comorbidità, disabilità, sociale/relazionale*. Gli aspetti sono rilevabili con la valutazione di screening attraverso specifiche scale di valutazione, tra queste ritroviamo le scale utilizzate nella mia ricerca come il *Mini Mental State Examination* per la fragilità e l'Indice di *Barthel* per la disabilità.

Concretamente, la valutazione multidimensionale si effettua con la somministrazione e la compilazione cartacea o informatizzata, di "scale" di natura monodimensionale, ciascuna delle quali approfondisce una singola area. La scelta migliore è quella di utilizzare due o più schede di valutazione in modo da avere un ampio aspetto di dati.

La valutazione multidimensionale ha il valore di realizzare una dimissione protetta, di indirizzare l'anziano fragile verso il setting assistenziale più appropriato, di contribuire al consolidamento di un linguaggio comune e *unico* tra i diversi setting assistenziali con l'utilizzo delle scale di valutazione, offrendo la possibilità di percepire con immediatezza la situazione di un soggetto attraverso la comunicazione del punteggio da questi conseguito in una scala di autonomia.

L'adozione di questo strumento assicura la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.





Analizzando diverse realtà assistenziali, emerge una frequente mancanza di continuità assistenziale, percepita soprattutto dal paziente dimesso dalla struttura di ricovero, superata l'acuzie, come "mancata presa in carico" da parte dell'istituzione.

Scopo della mia ricerca è determinare strumenti che possano essere predittivi per pazienti che richiedono una dimissione "protetta" dopo l'ospedalizzazione. L'obiettivo è di verificare la validità di specifici indicatori, sottolineando la necessità di una valutazione multidimensionale, per garantire la continuità assistenziale. Il mio studio inizia nel Settembre 2010 presso l'Ospedale Miulli; il campione considerato complessivamente è costituito da 150 soggetti (età media 81 anni): 70 pazienti geriatrici con pluripatologie, 45 pazienti di neurologia, 35 di Riabilitazione Recupero Funzionale (RRF); di cui 65% è rappresentato da donne, e poco più del 34% da uomini.

Nella prima fase della sperimentale, mi sono avvalsa dell'Indice di Brass, applicato al momento dell'ammissione ai pazienti dell'unità operativa di Geriatria, perchè già avvezzi alla valutazione multidimensionale, e durante la degenza nei pazienti delle unità operative di Neurologia e Riabilitazione Recupero Funzionale. Il BRASS è utile per individuare quanti e quali pazienti necessitano di un percorso di dimissione protetta.

I dati per compilare l'indice sono stati ottenuti dalla valutazione delle cartelle cliniche e infermieristiche dei soggetti ricoverati durante il periodo di studio. Dai risultati ottenuti dalla compilazione dell'indice di BRASS, si evince che del campione il: 59% dei soggetti non necessita di alcuna pianificazione alla dimissione, il 28% richiede l'attivazione di un percorso di dimissione protetta, il 13% necessita di un ricovero presso residenze assistenziali.

Dello stesso campione, all'ingresso è stata

valutata l'autonomia funzionale nell'attività di base della vita attraverso l'Indice di Barthel; la media del punteggio conseguito dal campione è a 71, dove il punteggio 100 corrisponde alla completa autosufficienza. Mentre la funzione cognitiva è valutata mediante il MMSE; la media del punteggio del campione è intorno al 22 (la normale funzione cognitiva è pari o superiore a 24). Durante il ricovero si sono verificati 32 eventi negativi tra i quali la comparsa di 8 nuove lesioni da pressione pari al 5%, di cui ben 2 sono peggiorate (stadio 2-3 di NPUAP¹)

alla dimissione; inoltre si sono verificate 2 cadute accidentali senza esiti importanti pari all'1,35 %, infine i pazienti diagnosticati e trattati per infezione delle vie urinarie sono stati 5 (3,2 %), di cui 2 erano stati cateterizza-

ti durante il ricovero.

Confrontando i risultati ottenuti dall'applicazione dell'indice di Brass, con le caratteristiche demografiche, funzionali e cognitive si evince che coloro che hanno un alto e medio indice Brass, sono più anziani del campione considerato, sono più compromessi dal punto di vista dell'autonomia funzionale all'ammissione rispetto ad una sufficiente autonomia dimostrata dal campione iniziale; le funzioni cognitive sono notevolmente peggiorate per i soggetti ad alto indice di Brass, in confronto al campione si è inoltre osservata una maggiore incidenza di eventi negativi intercorrenti, 18 eventi negativi su 32 complessivi.

I dati desunti dalla documentazione clinica confermano che dei 150 pazienti considerati, 61 pazienti sono stati dimessi presso altre strutture (58 quelli individuati dall'indice di Brass come soggetti ad alto rischio di dimissione protetta), i restanti 3 soggetti accolti in una casa di riposo per un temporaneo impedimento delle famiglie a farsene carico, mentre non è stato possibile valutare per quanti e quali pazienti è stato effet-

“La complessità assistenziale è determinata dalla malattia “geriatrica” che si presenta come compromissione di funzioni cellulari, d’organo, delle capacità cognitive e sociali”



ammissione del paziente in ospedale, consente di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile. Tuttavia l'indice risulta poco sensibile nell'identificare quei pazienti che potrebbero presentare problemi dopo la dimissione probabilmente perché, effettuando la rilevazione al momento dell'ammissione in ospedale, non vengono correttamente identificati quegli

tivamente attivato il servizio domiciliare la cui richiesta è di competenza del Medico di Medicina Generale.

Tra le proposte per affrontare il problema, di sicura validità vi può essere una scheda infermieristica di dimissione che faccia da ponte tra l'ospedale e il territorio, a tal proposito ne ho creata una da utilizzare in tutti quei reparti là dove sono ricoverati soggetti "fragili".

A conclusione del mio lavoro di ricerca emerge che il BRASS è un ottimo strumento data la sua la validità predittiva in merito ai problemi legati alla dimissione, somministrato come parte dell'assessment di

anziani che peggiorano le loro condizioni a causa dell'ospedalizzazione, specie se prolungata. In questi casi, però gli aspetti di criticità evidenziati possono essere limitati da ripetute valutazioni durante l'ospedalizzazione.

Per affrontare la complessità l'infermiere deve abbandonare i modelli lineari, accettare l'imprevedibilità, rispettare (e utilizzare) l'autonomia e la creatività, rispondere in maniera flessibile all'emergere di situazioni e opportunità, promuovere l'approccio multidisciplinare nella definizione, gestione e valutazione del bisogno di salute.



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



LA GESTIONE DEI DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

Nicola
ROMANO



L'introduzione di un catetere venoso periferico è totalmente gestita dal professionista sanitario infermiere al fine di garantire un accesso rapido per l'infusione di liquidi, soluzioni

nutritive, farmaci, sangue e suoi derivati, rispettando correttamente adeguatezza e appropriatezza di manovra in questa tipologia di pazienti, riducendo al minimo le complicanze potenziali che potrebbero insorgere.

Scopo procedura

Scopo della presente procedura è quello di dare indicazioni sull'applicazione e la gestione dei cateteri intravascolari al fine di: ridurre l'insorgenza di eventi infettivi legati ai dispositivi di incannulazione; ridurre l'insorgenza di fenomeni trombo flebitici legati ai dispositivi di incannulazione; mantenere il sito di inserzione in condizioni di asepsi per evitare l'insorgere di flogosi locali o sistemiche; adottare soluzioni adeguate e standardizzate al momento dell'insorgenza

delle suddette complicanze; ottimizzare la permanenza del cvp al fine di ottenere un buon rapporto costi-benefici sul piano terapeutico.

Una buona gestione del catetere può aiutare a prevenire infezioni sia locali sia sistemiche.

La più importante complicanza associata all'uso dei cateteri periferici, è la comparsa di flebiti per la maggior parte di origine fisico-chimica o meccanica più che infettiva. Un certo numero di fattori, inclusi il tipo di liquidi infusi, il materiale e il diametro del catetere, influenzano il rischio di sviluppare le flebiti.

Gauge raccomandati:

18/20 gauge in caso di soluzioni isotoniche - ipertoniche; 18/20 gauge emotrasfusioni (preferibile 18 g.); 22/24 gauge vene fragili nell'anziano, controllare l'integrità della punta del catetere prima della venipuntura. L'uso dell'ecografia nel reperimento di accessi venosi periferici trova un ottimo alleato soprattutto per quei pazienti che, a causa di terapie endovenose protratte o con farmaci ad elevata osmolarità, si trovano spesso con un depauperamento del patrimonio vascolare.

L'utilizzo dell'ecografo consente, dopo ade-

CLASSIFICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Categoria IA: fortemente raccomandato per l'implementazione e fortemente supportato da studi ben disegnati sperimentali, clinici o epidemiologici.

Categoria IB: fortemente raccomandato per l'implementazione e supportato da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici ed un forte rationale teorico.



guata formazione e training, una riduzione significativa degli insuccessi e utilizzando accessi venosi più profondi di “mettere a riposo” le vene ipersfruttate.

La vena che ha le migliori caratteristiche per essere incannulata agevolmente riducendo al minimo le complicanze è certamente la vena basilica. La vena basilica decorre sufficientemente in superficie da essere facilmente identificata sul versante mediale dell'arto superiore.

Molto importante è stabilire e mantenere per via endovenosa un accesso venoso per i pazienti con malattia renale cronica (Chronic Kidney Disease) che richiede pertanto considerazioni particolari uniche al paziente con tale patologia.

Nei pazienti con insufficienza renale cronica conservazione dell'integrità delle vene periferiche e centrali è di vitale importanza per l'accesso emodialisi futuro.

L'incannulazione di vene e l'inserimento di dispositivi di accesso venoso hanno un potenziale per danneggiare le vene e quindi incitare flebite, sclerosi, stenosi o trombosi. La creazione di una fistola artero-venosa di qualità (AVF) può diventare difficile o impossibile in presenza di lesioni venose precedenti. Questo richiede un approccio integrato, che coinvolge il medico richiedente accesso venoso, l'infermiere professionista responsabile dell'accesso venoso per il posizionamento di periferiche intravascolari, il nefrologo per la gestione del paziente con insufficienza renale cronica, e il chirurgo vascolare responsabile per la creazione di fistola artero-venosa.

Gestione del catetere intravascolare

Prima e dopo qualsiasi procedura clinica, è fondamentale lavarsi le mani (livello IA). L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani (livello IA). Qualora non sia possibile lavarsi le mani con acqua e saponi antisettici si possono utilizzare creme o gel senz'acqua a base alcolica (livello IA).

E' necessario rispettare la tecnica asettica per l'inserimento e la gestione del catetere venoso periferico (livello IA).

Se applicando l'antisettico non viene toccato il sito d'inserimento è possibile indossare guanti puliti, in caso contrario bisogna usare guanti sterili (livello IA).

Per l'inserimento di un catetere venoso periferico si raccomanda di utilizzare come antisettico la clorexidina al 2% in alcol (livello IA), in alternativa si può usare lo iodopovidone al 10% o alcol al 70% purché vengano rispettati i tempi di efficacia del prodotto secondo le indicazioni dell'azienda produttrice (livello IA). I Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta raccomandano di lasciare l'antisettico sul sito di inserimento e di farlo asciugare all'aria, lo iodopovidone dovrebbe rimanere sulla cute per almeno 2 minuti o più se non ancora asciutto (livello IB).

Per ridurre il rischio di flebite si deve riposizionare il catetere ogni 72-96 ore (livello IB). Se però il patrimonio venoso è limitato e non vi sono segni obiettivi di flebite il catetere può essere lasciato in sede più a lungo. In questo caso è necessario tenere sotto stretto controllo il paziente e il sito di inserimento (livello IB).



RACCOMANDAZIONI

È fondamentale la vigilanza nel lavaggio delle mani e tecniche asettiche, in particolare per la palpazione, l'inserimento, la sostituzione o la medicazione di un dispositivo intravascolare (**Grado A**)

Scegliere cateteri in rapporto a finalità e a durata di utilizzo, conoscendone complicanze ed esperienza - Teflon, elastomero di silicone o cateteri di poliuretano sono più sicuri del polietilene, di polivinile cloruro o aghi di acciaio, che possono causare necrosi se si verifica stravasamento (**Grado A**)

Fare lavaggio routinariamente del catetere venoso periferico con normale soluzione salina, a meno che essi siano utilizzati per ottenere campioni di sangue, nel qual caso può essere usata una soluzione diluita di eparina (**Grado B**)

Si consiglia di utilizzare una medicazione trasparente o garza sterile per coprire il sito del catetere (**Grado B**)

GRADI DELLE RACCOMANDAZIONI

Questi Gradi delle Raccomandazioni sono stati basati sui Gradi di efficacia sviluppati dal Joanna Briggs Institute nel 2006

Grado A: forte evidenza che merita applicazione

Grado B: moderata evidenza che garantisce considerazione nell'applicazione

Grado C: mancanza di evidenza

Bisogna rimuovere subito il catetere quando si sospetta una flebite (livello IB) e quando il catetere non è più necessario (livello IA). Quando un catetere viene inserito in emergenza bisogna riposizionarlo al massimo entro 24 ore perché potrebbero non essere state seguite tutte le procedure di asepsi (livello IB).

Se non viene usato, il catetere può essere lavato con soluzione fisiologica senza eparina purché si usi la tecnica appropriata. Il catetere deve essere lavato con 10 ml di soluzione fisiologica con chiusura in pressione positiva. I cateteri lavati con questa metodica rimangono pervi come quelli lavati con eparina.

Monitorare ad intervalli regolari il sito di inserzione del catetere vascolare attraverso l'ispezione visiva e la palpazione tramite la medicazione intatta; se il paziente riferisce dolore a livello del sito, se si manifesta febbre o sono presenti altre manifestazioni locali che possano far sospettare la presenza

di infiammazione e/o infezione correlata al catetere, rimuovere la medicazione ed effettuare un esame completo del sito d'inserzione.

Durante tutte le manovre di gestione del catetere che comportano il contatto con il sito d'inserzione o l'interruzione del sistema chiuso devono essere adottate manovre asettiche.

Lavarsi le mani prima e dopo aver effettuato la palpazione del sito d'inserzione del catetere.

Se il paziente non ha segni clinici di infezione la medicazione non deve essere rimossa o rinnovata a intervalli regolari (la medicazione viene sostituita in concomitanza con il cambio del catetere)

Sostituire la medicazione solo se risulta bagnata, staccata o visibilmente sporca

Registrare l'avvenuta ispezione del sito e/o il cambio della medicazione sulla documentazione infermieristica.

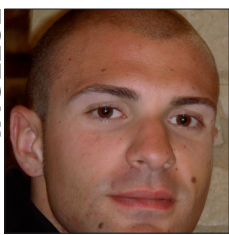
BIBLIOGRAFIA

- Guidelines for Venous Access in Patients with Chronic Kidney Disease
- A Position Statement from the American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology Clinical
- Centro studi evidence based nursing azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna
- The Joanna Briggs Institute. Management of Peripheral Intravascular Devices. Best Practice: evidence-based practice information sheets for the health professionals.
- CDC 2002 - Direttive del 2002 date dal centro di controllo e prevenzione delle malattie. Terapia e.v. notes guida clinica LYNN D. PHILIPS anno 2008
- Sito web: www.nursepedia.net
- Sito web: www.nursing.it
- Sito web: www.med.univaq.it
- Dispense universitarie della facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara Corso di Laurea in Infermieristica Anno accademico 2007/2009
- Sito web: www.nursearea.it
- "Nursing Clinico Tecniche e Procedure" Kozier & Erb Edizione italiana a cura di Rosaria Alvaro Prof. Associato Inf.ca Generale Clinica Università degli Studi di Roma Tor Vergata



LE PROBLEMATICHE RELAZIONALI NELL'INFERMIERISTICA

Vincenzo
INGLESE



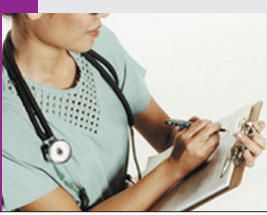
Rossella
MANZARI



Le organizzazioni sanitarie sono in continua evoluzione e trasformazione (modernizzazione della sanità) e stanno modificando decisamente il loro modo di funzionare al fine di aumentare la produttività e la qualità dei servizi forniti. Tutto ciò costringe le strutture sanitarie a smantellare le tradizionali strutture gerarchiche e ad operare in un gruppo multidisciplinare. La professione infermieristica si basa fortemente su rapporti di collaborazione sia con i pazienti sia con i colleghi in un contesto multidisciplinare. Comunque, in un qualsiasi contesto lavorativo, è richiesto ai professionisti, di lavorare a stretto contatto con gli altri che indubbiamente hanno un bagaglio culturale differente. Ogni singolo professionista, infatti, possiede valori diversi, e ciò, potenzialmente, potrebbe avere ripercussioni sulle relazioni e provocare situazioni di conflitto. La diversità culturale, in combinazione con lo sforzo di fornire un'assistenza di qualità, si traduce spesso in conflitto. Un conflitto può verificarsi in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo, tra

due o più professionisti, quando c'è un disaccordo o una differenza nei loro valori, attitudini, bisogni, aspettative, problemi di comunicazione o insufficienza di informazioni. Generalmente, il conflitto è un fenomeno naturale, è un aspetto inevitabile della vita lavorativa. Si tratta di un disaccordo tra gli individui che percepiscono una minaccia ai loro bisogni, interessi e preoccupazioni. In linea di massima è possibile affermare che un conflitto è né buono, né cattivo. Il conflitto è comunque una modalità irrinunciabile all'interno delle dinamiche comunicative e relazionali, è il segnale che qualcosa non va, che gli equilibri precedenti non soddisfano più le parti in causa ed è necessario stabilirne di nuovi. All'interno dei gruppi e delle organizzazioni i conflitti non risolti, rendono disfunzionali le relazioni ed innalzano il livello di malessere di chi vi opera. Spesso all'interno di un reparto o servizio o ufficio di una ASL, il conflitto tra due soggetti, coinvolge, subito o nel tempo, altre persone e, a volte, altri reparti o servizi o uffici, dando origine ad una "incrinatura" che se non viene "ristabilita" nel breve termine, inciderà negativamente sull'andamento organizzativo e produttivo. Il conflitto generalmente è una parte costitutiva della nostra quotidianità lavorativa e può manifestarsi a livelli diversi di complessità. Il problema, perciò, non è tanto la sua esistenza, quanto la modalità con cui si sceglie di affrontarlo e, se possibile, di modificarlo fino a risolverlo. Il conflitto irrisolto porta alla formazione di barriere tra i gruppi, blocca la crescita organizzativa e





la produttività, e si traduce in una rottura culturale all'interno dell'organizzazione.

Quindi, una cattiva gestione di un conflitto può comportare l'impossibilità degli operatori (infermieri, medici, OSS, terapisti, ecc.) di fornire un'assistenza di qualità. Imparare ad identificare gli stili comportamentali degli altri è la chiave per ridurre il numero dei conflitti. Una buona comunicazione o la capacità di risoluzione dei conflitti può ridurre il rischio di conflitti. Secondo Afzalur Rahim (1995) esistono tre tipologie di conflitto nelle organizzazioni "*Rahim Organizational Conflict Inventory-I (ROCI-I)*":

Intrapersonale: è propriamente individuale e appare in occasione della non corrispondenza tra competenze attese ovvero compiti assegnati dall'organizzazione all'individuo con le competenze individuali (intese come insieme interessi, valori, capacità, ecc.);

Intragruppo: è inteso come forma di conflitto tra membri di un gruppo (all'interno del gruppo stesso);

Intergruppi: emerge tra gruppi di lavoro diversi (ad es. tra reparti, tra funzioni, di una stessa organizzazione).

Le cause del conflitto intrapersonale riguardano prevalentemente: l'incompatibilità persona/compito; l'incompatibilità tra bisogni della persona e obiettivi organizzativi; le richieste eccessive da parte dell'organizzazione rispetto alle reali capacità della persona. In presenza di elevato conflitto intrapersonale si determina aumento del turnover, malattia, assenteismo, disturbi psicosomatici. I fattori che causano conflitto intragruppo sono legati a: stile di leadership autoritario; struttura del compito complessa; grandi dimensioni dei gruppi di lavoro (creazione di sottogruppi con finalità contrastanti); composizione eterogenea dei gruppi negli atteggiamenti, valori, interessi, stili interpersonali; risultati negativi in ambienti ad elevata competitività interna.

I fattori che causano conflitto intergruppi dipendono molto da: forte differenziazione tra sottosistemi di un'organizzazione; elevata interdipendenza tra reparti/funzioni; risorse limitate. Per affrontare e gestire il conflitto interpersonale è possibile individuare delle modalità (*ROCI-II*) di gestione, e precisamente:

Integrazione: questa modalità implica no-

tevole scambio di informazioni e comune volontà di collaborazione. È appropriata nelle situazioni in cui i risultati da raggiungere sono complessi; quando è necessaria una sintesi di idee per soluzioni migliori; quando è necessaria la collaborazione per raggiungere risultati; quando c'è tempo a disposizione per risolvere il problema; quando il problema non lo si può risolvere da soli; quando sono necessarie le risorse delle parti. Questa modalità è inappropriata nelle situazioni in cui il problema è semplice e quando è necessaria una risposta immediata.

Sottomissione: questa modalità è appropriata nelle situazioni in cui si pensa di essere in torto; il risultato è più importante per la controparte; quando si concede qualcosa ora per ottenere qualcos'altro in futuro; quando si tratta da una posizione di debolezza; quando si privilegia il mantenimento dei buoni rapporti. Questa modalità è inappropriata nelle situazioni in cui il risultato è importante per noi, quando si pensa di essere nel giusto.

Dominio: questa modalità è appropriata nelle situazioni in cui il risultato è di poco conto; quando c'è bisogno di decisioni rapide; quando c'è maggiore competenza in merito a decisioni tecniche.

Questa modalità è inappropriata quando il risultato è complesso; per risultati di scarsa importanza; in presenza di una controparte potente; quando non c'è fretta; quando i collaboratori hanno alto grado di competenza. Con questa modalità si perseguono gli obiettivi ignorando quelli degli altri, spesso forzando la mano.

Evitamento: questa modalità è appropriata nelle situazioni in cui il risultato è di poco conto; quando è necessario prendere del tempo per calmarsi; quando affrontare l'altro è più disfunzionale dell'utilità del risultato. Questa modalità, invece, è inappropriata nel caso in cui il risultato è importante per noi; quando è nostra responsabilità prendere una decisione; quando c'è riluttanza tra le parti nel rimandare la questione; quando il problema necessita di attenzione immediata. Con questa modalità si evita il confronto, la disputa, accantonando la questione.

Compromesso: questa modalità è appropriata quando gli scopi delle controparti



sono a somma zero; quando le parti sono potenti alla stessa stregua; quando è impossibile raggiungere unanime consenso; quando gli stili “Dominio” e “Integrazione” non hanno avuto successo, quando è necessaria una soluzione temporanea ad un problema complesso. Questa modalità è inappropriata, invece, quando una parte è molto più potente. Questa modalità si attua nel caso in cui ciascuna delle controparti rinuncia a qualcosa facendo al contempo i propri interessi. La capacità di affrontare il conflitto come confronto, gestione di forti contrasti e risoluzione di problemi in maniera efficace è un fattore determinante del successo o del fallimento di un’organizzazione. Il conflitto è motore e propulsore delle relazioni per la sopravvivenza e l’evoluzione dei sistemi organizzativi, un potente strumento di cambiamento organizzativo di cui vanno comprese origini, dinamiche e funzioni per una sua corretta gestione.

Importante quindi saper identificare un conflitto, riconoscere la propria modalità di affrontare i conflitti, consapevolizzare i propri vissuti emotivi nell’affrontare il conflitto e sperimentare nuove modalità di gestire il conflitto, trasformandolo da evento negativo in una opportunità di crescita personale e per l’organizzazione. Importante ricordare che la relazione terapeutica infermiere-paziente, contribuisce notevolmente al benessere e alla salute del paziente. Questa relazione terapeutica è minacciata ogni volta che c’è un conflitto, sia con il paziente, sia con i familiari e/o amici dei pazienti, sia con i propri colleghi. Il conflitto ostacola la comunicazione, la collaborazione e il lavoro di squadra. Dobbiamo ricordare che condividiamo la responsabilità con il datore di lavoro per creare un ambiente sano, assicurando che il conflitto non influisca negativamente sui risultati di salute dei pazienti o le relazioni tra colleghi. Diventando sempre più responsabili, noi infermieri siamo in grado di diminuire, se non eliminare,

ogni contrasto nelle nostre organizzazioni utilizzando buone capacità di comunicazione per facilitare la risoluzione dei conflitti tra individui. Il processo di risoluzione dei conflitti è un’opportunità di crescita e cambiamento in un ambiente di lavoro, con un grande potenziale per un esito positivo.

Noi infermieri possiamo prevenire e gestire i conflitti migliorando le nostre capacità di comunicazione. In tutte le organizzazioni, in tutte le aziende sono presenti conflitti. Il conflitto fa parte della relazione e le relazioni sono alla base di ogni organizzazione. Non è quindi possibile immaginare un’organizzazione priva di conflitti! Il conflitto è un processo relazionale, è dinamico, non un prodotto assoluto. È un indicatore dell’insoddisfazione presente all’interno di una relazione, un segnale di stress che può avere origine dall’interno del sistema, ovvero nascente nella relazione diretta tra le persone (ad es. tra due dirigenti della stessa azienda), o dall’esterno del sistema, ovvero nascente da dinamiche esterne alla relazione tra le persone coinvolte direttamente nella disputa (ad es. tra due responsabili delle vendite a causa di una circolare aziendale che impone cambiamenti di gestione nel settore). Il conflitto in se stesso non è una esperienza negativa, può essere anche un momento di grande apprendimento, ma è come si sceglie di rispondere alle situazioni conflittuali a determinarlo. Quindi, per prima cosa occorre essere maggiormente attivi e non reattivi, mantenere il controllo sulle proprie emozioni e cercare di osservare il presente proiettando le conseguenze delle nostre scelte nel futuro. Una volta che avremo acquisito maggior chiarezza sui nostri bisogni personali, sui nostri desideri, convinzioni e responsabilità, è possibile procedere e lavorare sul problema in sé. La chiave più idonea per affrontare al meglio il conflitto è la comprensione dei bisogni che stanno alla base delle posizioni assunte dalle parti.

BIBLIOGRAFIA

- Mayer, “Le dinamiche di risoluzione dei conflitti: Guida di un praticante”.
- Marshall, “Risoluzione dei conflitti: quello che gli infermieri hanno bisogno di sapere”.
- Tripeni, “Lo stress occupazionale”. Newsletter Risorse Umane.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Pasquale Nicola Bianco

■ Valore legale della laurea: il no dell'Università di Bari all'abolizione

Il Senato Accademico dell'Università degli Studi di Bari dice la sua in merito al sondaggio online promosso dal MIUR sul valore legale del titolo di laurea. Decide di farlo a gran voce, attraverso una mozione.

Dopo la denuncia di molti ricercatori, anche il Senato Accademico dell'Università di Bari esprime perplessità sul metodo di consultazione proposto. Non solo, manifesta chiaramente la propria contrarietà in merito all'abolizione del valore legale del titolo di laurea, aprendo una riflessione sull'intera situazione universitaria italiana.

Preoccupazione nei giovani e nei loro genitori, scoraggiati nell'investire negli studi universitari: sono queste le conseguenze di una modalità di riflessione "non sistematica e priva di organicità", che non deve prendere avvio da presupposti come il controverso sondaggio on line.

Vorrebbe dire, infatti, affrontarla "in aperto contrasto con le direttive dell'Unione Europea che richiede agli Stati di favorire e promuovere l'accesso alle Università per il necessario innalzamento del numero dei laureati in vista del 2020".

La denuncia termina con una esplicita posizione di contrarietà all'abolizione del valore legale del titolo di laurea, quale inefficace "elemento salvifico" di un momento di difficoltà che investe il Paese, auspicando, al contempo, l'apertura di un dibattito che coinvolga le Facoltà, i Corsi di laurea e il Consiglio degli studenti. È l'auspicio di tutti.

■ Fiamme in sala operatoria, paziente ustionato

La sala operatoria ha preso fuoco mentre era in corso un intervento chirurgico. Il paziente, già in gravi condizioni e che stava subendo una tracheotomia, avrebbe riportato alcune ustioni. È accaduto agli Ospedali Riuniti di Bergamo nel reparto di Neurochirurgia. Dopo è stato ricoverato, in prognosi riservata, in Terapia intensiva. In una nota, l'ospedale precisa di aver subito informato la magistratura e avviato una indagine interna: "piccola combustione in campo chirurgico". Gli operatori presenti hanno prontamente messo in atto tutte le procedure necessarie a

tutelare il paziente. L'ospedale ha identificato e isolato tutte le apparecchiature e i materiali utilizzati nel corso dell'intervento che sono state messe a disposizione dell'autorità giudiziaria.

■ Dequalificazione: non è mobbing ma comporta risarcimento

Secondo una recente sentenza della Corte di Cassazione (n. 12770 del 23/07/2012) il demansionamento non è necessariamente una forma di mobbing, a meno che non si riesca a dimostrare l'intento persecutorio, del datore di lavoro o più in generale dell'azienda. Tuttavia, provoca un danno morale e professionale che dà diritto ad un risarcimento. Il caso riguardava il ricorso di un'impiegata amministrativa contro la dequalificazione professionale (al ruolo di centralinista) operata dalla sua azienda. La richiesta della dipendente: reintegro nella mansione precedente o equivalente e risarcimento danni (d'immagine, di professionalità, biologico, morale ed esistenziale). La Corte di Cassazione ha però escluso che la dequalificazione del lavoratore operata rappresenti una forma di mobbing, pur svalutando la sua professionalità: in generale, che la Giurisprudenza richiede che il mobbing vada sempre provato, ma a tal fine demansionamento e dequalificazione non costituiscono una prova certa di una volontà oppressiva e vessatoria del datore di lavoro. Nella fattispecie non costituivano prova di atto persecutorio la lettura delle e-mail del lavoratore perché correlate all'attività lavorativa e quindi non rappresentavano la violazione di una corrispondenza personale. Alla lavoratrice è invece stato riconosciuto un indennizzo per il danno morale, biologico e professionale subito, poiché non vi è dubbio che la dequalificazione abbia svilito professionalmente il lavoratore.

■ L'evoluzione tecnologia uccide le buone maniere sul posto di lavoro

Studi recenti documentano che l'evoluzione tecnologia uccide le buone maniere sul posto di lavoro. Uno studio della University of Michigan, constatando che gli studenti universitari di oggi hanno una attitudine meno empatica delle generazioni precedenti, ha identificato la causa nella dipendenza



dalla comunicazione digitale. Anche lo studio della Duke University, ha scoperto che molti datori di lavoro si sono resi conto che “rispetto e cortesia sono sempre meno di casa nei luoghi lavorativi”, mentre le cattive maniere in ufficio vengono alimentate dalla crescente tensione e dallo stress. Le nuove tecnologie non sempre hanno un impatto positivo sulle relazioni lavorative. Il rispetto sul posto di lavoro oggi non è scontato e la responsabilità sarebbe da ascrivere anche ai cambiamenti indotti dalla rivoluzione digitale. In passato la maggior parte dei rapporti di lavoro, in ufficio, nelle riunioni, nei convegni, avvenivano con la comunicazione faccia-a-faccia e queste interazioni favorivano un livello minimo di educazione che, nella realtà odierna, non sempre permane. La comunicazione faccia-a-faccia diventa sempre più meno frequente, e viene facilmente sostituita dalla comunicazione digitale.

■ **Giornata internazionale contro la violenza su donne: un network globale**

Il 25 novembre moltissime le dichiarazioni, le manifestazioni, le iniziative svoltesi in tutt'Italia contro le violenze sulle donne. I maltrattamenti fisici, mentali e sessuali contro le donne sono un dramma mondiale, una grave negazione dei diritti umani fondamentali.

In Italia ogni due giorni nel 2012 una donna è morta per violenza. Numerosi sono stati gli stupri denunciati. Tantissime le denunce per maltrattamenti e stalking. Le violenze sulle donne devono essere affrontate come una responsabilità collettiva. Le Istituzioni, la politica e la società civile hanno il compito di tutelare le donne e garantirne i sacrosanti diritti. E' necessario superare ogni barriera ideologica, politica, ogni diversità di opinione e cultura al fine di creare strumenti e collaborazioni per rafforzare il contrasto alla violenza sulle donne. Sensibilizzare l'opinione pubblica, ad ogni livello, nonché realizzare progetti, iniziative di vario genere e diffondere una cultura diversa sul fenomeno, sicuramente, avrà risultati positivi per la risoluzione di queste situazioni di una gravità illimitata. Questo fenomeno è esposto nella Convenzione di Istanbul dell'11 maggio 2011 “Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica”. Questo trattato internazionale affronta il fenomeno, molto complesso, individuando come obiettivi la prevenzione della violenza, la protezione delle vittime e la perseguibilità penale degli aggressori fornendo un quadro giuridico completo, sia in chiave di prevenzione, che di repressione di queste forme di violenza.

■ **Riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce Rossa**

Le funzioni esercitate dall'Associazione italiana della Croce rossa (CRI), di seguito denominata CRI, sono trasferite, a decorrere dal 1° gennaio 2014, alla costituenda Associazione della CRI, di seguito denominata Associazione, promossa dai soci della CRI, secondo quanto disposto nello statuto di cui all'articolo 3, comma 2. Dal 1° gennaio 2014 l'Associazione è l'unica Società nazionale di Croce rossa autorizzata ad operare sul territorio nazionale quale organizzazione di soccorso volontario conforme alle Convenzioni di Ginevra del 1949, ai relativi protocolli aggiuntivi, di seguito denominati Convenzioni e protocolli, ai principi fondamentali del Movimento internazionale di CRI e Mezzaluna Rossa, di seguito denominato Movimento, nonché alle risoluzioni e decisioni degli organi del medesimo, utilizzando gli emblemi previsti e autorizzati dai predetti atti. L'Associazione e' autorizzata ad esercitare attività d'interesse pubblico che si riportano di seguito solo alcune: organizzare una rete di volontariato; collaborare con le società di CRI e di Mezzaluna Rossa degli altri paesi, aderendo al Movimento; organizzare e svolgere, in tempo di pace e in conformità a quanto previsto dalle vigenti convenzioni e risoluzioni internazionali, servizi di assistenza sociale e di soccorso sanitario in favore di popolazioni, anche straniere, in occasione di calamità e di situazioni di emergenza, di rilievo locale, regionale, nazionale e internazionale; svolgere attività umanitarie presso i centri per l'identificazione e l'espulsione di immigrati stranieri.

■ **Ancora corsi per Operatore Socio Sanitario**

Apprendiamo dal sito web dell'Assessorato alla formazione della Regione Puglia la pubblicazione di un avviso (n. 5/2112) “Percorsi formativi per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario. Mille (1000) i posti disponibili per accedere al percorso formativo gratuito che impegnerà le agenzie formative accreditate che parteciperanno al bando. La Regione Puglia ritiene con il bando di formare mille O.S.S. necessari a garantire... *“l'assistenza di base alla persona” nelle sole strutture a valenza sociosanitaria di cui al R.G. n. 4/2007.* Altresì la Regione ritiene in forte incremento la domanda di servizi socio sanitari a carattere domiciliare e residenziali su tutto il territorio pugliese. E' un peccato che la Regione non si sia resa conto che il numero di Operatori Socio Sanitari disoccupati in Puglia abbia superato (stime IPASVI) il numero di 8.000. Un'altra inutile “fabbrica dei sogni” è nata!

■ **NOVITA' TERAPEUTICHE IN ONCOLOGIA ALLE SOGLIE DEL 2013**

Bari, 17-18 Dicembre 2012
INFO: Goim Bonavita Monica
Tel: 080 5093954 Cell: 348 7472494
e-mail: info@organizzazioneagora.it

■ **LA GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE CARDIO-CHIRURGICO**

Bari, 18 Dicembre 2012
INFO: CIRM
Tel: 335 7437409
e-mail: scattiglioli@gymnet.it

■ **AGGIORNAMENTI DI MANAGEMENT PER COORDINATORI PERSONALE INFERMIERISTICO**

Bari, 20 Dicembre 2012
INFO: Gasparro Angelo
Tel: 080 5644141 Cell: 335 7437409
e-mail: agasparro@gymne.it

■ **GESTIONE DELLE EMERGENZE NEI REPARTI OSPEDALIERI**

Bari, 21 Dicembre 2012
INFO: Business Value
Tel: 066 841458 Cell: 3381060666
e-mail: b.value@businessvalue.it

■ **IL RISK MANAGEMENT DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

Bari, 22 Dicembre 2012
INFO: Business Value
Tel: 066 841458 Cell: 3381060666
e-mail: b.value@businessvalue.it

■ **CONVEGNO REGIONALE AURO PUGLIA UPDATA IN UROLOGIA**

Taranto, 15 Dicembre 2012
INFO: organizzazione Congressi Symposia
Tel: 010 255146 Cell: 3389965350
e-mail: symposia@symposia.com

■ **IPERTENSIONE & STROKE 2013**

Noicattaro, 18 Gennaio 2013
INFO: Communication Laboratori Lonigro Maria
Tel: 080 5061372
e-mail: info@clabmeeting.it

■ **LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI**

Barletta, 11-12 Gennaio 2013
Bisceglie, 25-26 Gennaio 2013
INFO: Collegio IPASVI Barletta-Andria-Trani
Tel: 0883 482500
www.ipasvibat.it

■ **DANZARE COME CURA**

(destinatari dipendenti ASL BAT)
Andria, 21 Gennaio 2013
INFO: Ufficio Formazione ASL BAT
Tel. 0883.577904
e-mail: formazione@auslatuno.it

■ **CONCILIARE LAVORO E FAMIGLIA**

Andria, 25 Gennaio 2013
INFO: Ufficio Formazione ASL BAT
Tel. 0883.577904
e-mail: formazione@auslatuno.it

■ **LA GESTIONE DELLA CKD-MBD NEL 2013**

Fermo, 30 gennaio 2013
Crediti ECM 30 Gennaio 2013
INFO: Lingo Communications
Tel: 081 7663737 Cell: 345 3999265
e-mail: lingomed@messaggipec.it

■ **CORSO REGIONALE AOGOI PUGLIA LA SALUTE DELLA DONNA**

Ostuni, 1 Febbraio 2013
Crediti ECM 12
INFO: Meeting Planner
Tel: 0809905360
e-mail: ionfo@meeting-planner.it

■ **COME COMUNICARE LA PATOLOGIA ONCOLOGICA**

Barletta, 01 Febbraio 2013
INFO: Ufficio Formazione ASL BAT
Tel. 0883.577904
e-mail: formazione@auslatuno.it

■ **LA DISABILITA': DEI DIRITTI E DEI DOVERI**

Trani, 08 Febbraio 2013
INFO: Ufficio Formazione ASL BAT
Tel. 0883.577904
e-mail: formazione@auslatuno.it

■ **DERMATOLOGIA E CURE PRIMARIE**

Barletta, 8-9 Febbraio 2013
Crediti ECM 11
INFO: Communication Laboratory
Tel: 080 5061372
e-mail: info@clabmeeting.it

■ **O.S.S. & INFERMIERE: INTEGRAZIONE TRA SUPPORTO E PROFESSIONE**

(destinatari dipendenti ASL BAT)
Trani, 15 Febbraio 2013
INFO: Ufficio Formazione ASL BAT
Tel. 0883.577904
e-mail: formazione@auslatuno.it

