

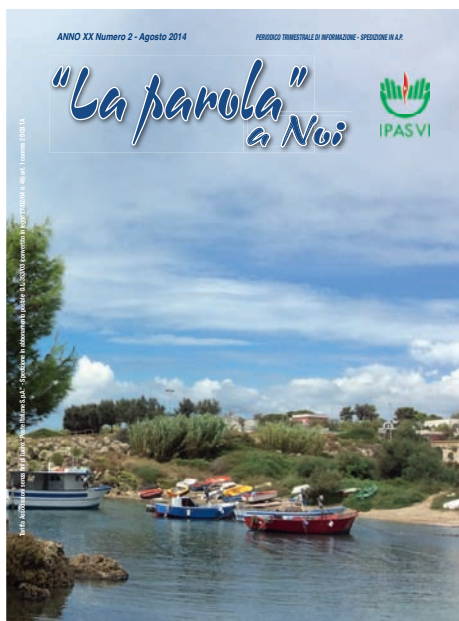
"La parola" a Noi



Tariffa Associazioni senza fini di lucro: "Poste Italiane S.p.A." - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/03 (convertito in legge 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 2 DCB TA



Sommario



Editoriale	Pag. 3
VII Congresso Nazionale IPASVI	» 4
L'esperienza toscana del See and Treat	» 6
Triage infermieristico in Pronto Soccorso	» 11
L'infermiere Case Manager nel Dipartimento di Salute Mentale	» 14
Se fosse anche speranza	» 19
L'influenza del SAPS nel benessere organizzativo aziendale	» 22
Oltre il dovere	» 31
Diario di una dottoressa con la padella	» 34
Caro Ale	» 36
Precari della Pubblica Amministrazione, ce lo impone l'Europa!	» 37
Comunicato stampa Corte di Giustizia	» 40
Servizio di Fisiokinesiterapia	» 42
Programma Scientifico	» 43

Comitato di Redazione

G. Argese	A. Gualano
L. Calabrese	G. Mecca
E. De Santis	F. Perrucci

Direttore Responsabile
Benedetta Mattiacci

Coordinamento editoriale
e redazionale
Emma Bellucci Conenna

Hanno collaborato:

Benedetta Mattiacci	Marco Ruggeri
Giovanni Becattini	Carmela Lacatena
Marina Cappugi	Pio Lattarulo
Cesare Francois	Emiliano Messina
Sonia Gasperini	Chiara Accetta
Danilo Massai	Marco Ventruti
Marzia Paffetti	Anna Caricasulo
Alessandro Rosselli	Natalina Segaloni
Emma Bellucci	Pierpaolo Volpe

Fotocomposizione e stampa
Stampa Sud spa - Mottola (Ta)
www.stampa-sud.it

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94
decreto del 23/03/1994



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa
Periodica Italiana

Collegio IPASVI

Via Salinella, 15

Tel. 099.4592699 - Fax 099.4520427

www.ipasvitaranto.it - info@ipasvitaranto.it

orari di apertura al pubblico

lunedì - mercoledì - venerdì

9,00- 12,00

martedì 15,00 - 17,30

venerdì 17,00 - 19,00

AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.

In copertina immagine della Litoreana di Taranto.

Benedetta Mattiacci
Presidente Collegio IPASVI



Il nuovo Patto per la Salute 2014-2016 è realtà con i suoi limiti e le innovazioni che presuppongono il ridisegno di responsabilità e competenze per noi Infermieri, che tanto abbiamo dato al risanamento della spesa, in termini di impegno per chi è rimasto in servizio, costretto a sovraccaricarsi di responsabilità, e in termini di sacrifici per chi, per effetto della spending review, non ha avuto il rinnovo del contratto, o, addirittura, non è ancora entrato nel mondo del lavoro. Noi abbiamo dimostrato di avere capacità, di dialogo e di confronto, e assunzione di responsabilità; abbiamo, di fatto, contribuito al risanamento, ragion per cui vogliamo dire quale è la nostra ipotesi professionale che va dall'infermiere clinico all'infermiere dirigente, per ridisegnare responsabilità e competenze, partendo dall'università. Pretendiamo chiarezza, pretendiamo trasparenza perché trasparenza è sinonimo di risparmio, di gestione corretta. E c'è un gran bisogno! Occorre che noi infermieri prendiamo coscienza del nostro valore, del nostro ruolo essenziale nelle relazioni con gli utenti, della nostra "indispensabilità" nella gestione del malato, sia in ospedale sia sul territorio, territorio cronicamente carente, sia come liberi professionisti, adeguatamente formati. *"Sono 85.000 i professionisti che stanno sul territorio ed è da qui che dobbiamo partire per arricchire l'assistenza"*, con modelli organizzativi nuovi che sono: cure primarie; Case salute, a gestione infermieristica, all'interno delle Asl dove esistono spazi rivenienti da ospedali dismessi (ad es., nel nostro territorio, l'ex-ospedale vecchio, l'ospedale di Mottola, l'ospedale di Massafra); Ambulatori infermieristici; Hospices pediatrici, a gestione inf.ca, per emergenze, quale quella locale.

Nel futuro si dovrà favorire un sistema capace di sostenere le esigenze dei servizi e le richieste della popolazione, sia con programmi sanitari che tengano conto anche degli aspetti etici e dei valori umani, in un contesto interculturale sempre più complesso, sia con la promozione di un elevato senso del dovere nei confronti dei cittadini, soggetti del sistema sanitario che dovrà rispondere a criteri di efficacia e di assistenza, omogenei sull'intero territorio. Una visione d'insieme, una omogeneizzazione ratio per servizi efficienti ed in linea con le domande di salute dei cittadini, ma visione d'insieme che coniughi salute e tutela dell'ambiente, binomio inscindibile se non si vorrà giungere ad un punto di rottura per l'insostenibilità dei costi. E' fuori discussione che un sistema sanitario locale non può essere sostenibile se il contesto è ecologicamente malato. Taranto ne è esempio con l'alta incidenza di neoplasie, incrementate dalla presenza della grande industria, che fanno impennare i costi della Sanità, non più in grado di mantenere un rapporto efficiente malato/personale, in specie personale infermieristico, delegato ad un crescente carico di lavoro. Lo status della Puglia di regione in Piano di rientro blocca di fatto le assunzioni, determinando una carenza cronica e colpevole, impedendo la piena espressione delle potenzialità e capacità, prestazioni in linea con formazione, conoscenze, ricerche.

Il governo della Sanità non è nelle mani del Ministero della Salute, ma è nelle mani delle Regioni e, se si osano toccarne le decisioni, si è bacchettati pur se il 70% del budget regionale va alla Sanità, solo il 30% va per prestazioni infermieristiche.

Dobbiamo imparare a farci sentire dalle Regioni, a far sentire il peso dei numeri!

LA QUESTIONE “COMPENZE SPECIALISTICHE”

a cura di **Benedetta Mattiacci**,
Presidente Collegio IPASVI Taranto



Il 27 giugno, a Bologna, si è tenuta la VII Conferenza Nazionale Ipasvi, imperniata sulla valorizzazione delle competenze specialistiche dell'Inyfermiere *“una valorizzazione formalmente definitiva- ha chiarito A. Silvestro, presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi- contrattualmente riconosciuta, in grado di rompere simmetrie esistenti, logiche che ancora prevalgono negli ospedali e nelle strutture nelle quali lavoriamo”...*

La logica è di avere sempre più competenze avanzate con percorsi universitari e progetti per il singolo professionista allo scopo di una evoluzione professionale, del superamento di conoscenze acquisite. Competenze avanzate, allora, come sinonimo di crescita professionale nell'interesse del cittadino, quindi miglior

infermiere in oncologia, miglior infermiere in sala operatoria e così via, quindi sviluppo armonico e professionisti motivati sia nelle strutture ospedaliere che nelle strutture territoriali. E' sul territorio che si giocherà la grande sfida futura perchè è il territorio l'asso nella manica del SSN., impegnato nel mettere a punto una politica di riassetto strutturale e di qualificazione della rete di assistenziale ospedaliera, di razionalizzazione dei servizi e delle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza.

La riduzione dei posti letto (3,7 pl. per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, da applicarsi tenendo conto an-

che della mobilità sanitaria interregionale, attiva e passiva) avrà come diretta conseguenza l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali, che dovranno necessariamente essere potenziati sia per sviluppare così quel concetto di continuità assistenziale alla base di un valore deontologico interiorizzato dagli infermieri, sia per permettere agli infermieri di esprimere potenziale, conoscenze e competenze, oggi mortificati dai carichi di lavoro.

In un contesto sanitario in cui obiettivo è la **salute vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale, l'infermiere specialista diventa una risorsa strategica, una risorsa da valorizzare**

dente della Federazione- *non pensiamo certo all'aggiunta nelle funzioni infermieristiche di attività tecniche di competenza di altri professionisti, parliamo, invece, di un professionista infermiere che, in base all'esperienza acquisita o a studi specifici, ha la capacità di assumere decisioni complesse nell'ambito del processo assistenziale e di esercitare competenze clinico assistenziali di tipo specialistico*".

Allora, una family nursing (medicina d'iniziativa) in linea con i percorsi formativi e con il bagaglio di esperienza, in un momento di rinnovamento della clinical governance, che punta sul benchmarking per omogeneizzare i costi e mette al centro il cittadino con tutte le sue esigenze.



assegnandogli responsabilità individuali e di equipe per **“perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti”** come detta l'art.5 del Patto per la salute 2014-2016. Non pochi gli equivoci generati dalla dizione “infermiere specialista” negli stessi infermieri ed in altre figure che temono “un'invasione di campo”.

“Quando parliamo di competenze specialistiche-ha precisato Gennaro Rocco, vice presi-

“Chi più dell'infermiere può interessarsi di salute e non di medicina? – chiede Saverio Proia- Il territorio è la Casa della Salute perché il cittadino è protagonista con tutte le sue esigenze, non più, come nel passato, “oggetto” di risposte specialistiche parcellizzate”.

“Ci troviamo in una situazione di orgoglio e di tensione con le altre professioni, perché siamo noi che reggiamo i nodi della rete” ha concluso Annalisa Silvestro.

L'ESPERIENZA TOSCANANA DEL SEE AND TREAT

Dott. Giovanni Becattini, Dott.ssa Marina Cappugi, Dott. Cesare Francois, Dott. ssa Sonia Gasperini, Dott. Danilo Massai, Dott. ssa Marzia Paffetti, Dott. Alessandro Rosselli, Dott. Marco Ruggeri

Introduzione

L'aumento delle presentazioni in Pronto Soccorso (PS) è costante in tutto il mondo occidentale e la funzione di triage infermieristico ha segnato lo sviluppo dei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione (DEA). La quota di problemi clinici minori nelle presentazioni al DEA è quella che cresce maggiormente ed i tempi di attesa sono l'elemento chiave nella percezione della qualità dei servizi da parte della cittadinanza. Sperimentare il See and Treat in Regione Toscana ha dato l'opportunità di pensare ad un nuovo sistema di risposta ai problemi clinici minori attraverso la valorizzazione della professionalità infermieristica.

Nello specifico, il modello See and Treat affida ad un infermiere, opportunamente formato e certificato, la possibilità di valutare, trattare e dimettere una parte ben definita di problematiche minori seppure, allo stato attuale, con un momento di condivisione del Medico di Pronto Soccorso durante qualsiasi fase del percorso dell'assistito.

Il Progetto See and Treat della Regione Toscana

Il progetto ha preso il via nel 2007. È stato, infatti, allora che la Regione Toscana ha promosso le prime iniziative, anche legislative, sul See and Treat attivando nell'anno successivo un Gruppo di Progetto con l'obiettivo di redigere i protocolli medico infermieristici di intervento.

Si deve tener presente che in Toscana fin dal 2001 viene impiegato un sistema di triage a cinque livelli di priorità e, probabilmente, anche grazie a questa scelta, nel corso degli anni è stato più evidente il peso delle situazioni che definiamo a bassa priorità ed è ancora grazie all'esperienza del Gruppo di Triage Toscano, che la redazione dei protocolli di See and Treat è stata facilitata. L'abitudine alla condivisione tra medici ed infermieri d'emergenza, il percorso fatto assieme per l'affermazione e

la definizione di una specializzazione medica in quest'area, hanno consentito di costruire protocolli per il See and Treat in tempi rapidi, lavorando per sottogruppi coinvolgenti professionisti di tutte le tre aree vaste toscane, e con metodo omogeneo. La lista dei problemi da affidare al See and Treat è stata ottenuta in sottrazione dall'esperienza inglese, alla quale l'esperienza toscana si è, ovviamente, ispirata; la selezione ultima ha tenuto conto della possibilità di una non complessa identificazione del problema, di un intervento standardizzato e rapidamente assicurabile e della massima tutela, sicurezza, nella selezione dei pazienti da assistere. Le informazioni sulla progettualità toscana si sono rapidamente diffuse sollevando più di qualche voce critica, sostanziata infine in un esposto alla Procura di Firenze da parte della Presidenza dell'Ordine dei medici di Bologna. La necessità di chiarire i punti chiave della programmazione regionale ed i suoi fondati presupposti giuridici ed anche l'impegno richiesto dall'attesa epidemia N1H1 hanno fatto sì che la fase operativa, di sperimentazione, è iniziato il 10 Novembre 2010 preceduta dalla formazione in aula e laboratorio.

Si deve precisare che in questa prima parte del progetto il termine sperimentazione non faceva riferimento a sperimentazioni cliniche ma ad una revisione organizzativa che doveva essere valutata soprattutto in termini di sicurezza per l'utenza. Le domande ipotetiche alle quali il primo semestre di sperimentazione doveva rispondere erano: i cittadini accettano di farsi curare da un infermiere e non dal medico? L'infermiere, in quegli specifici casi, ottiene gli stessi esiti del trattamento tradizionale?

Come per la costituzione dei gruppi di redazione dei protocolli, nel frattempo approvati anche dal Consiglio Sanitario Regionale, anche per le prime esperienze sul campo si è tenuto conto della volontà di coinvolgimento dell'intera regione. Pertanto sono stato selezionati 6 Pronto Soccorso, in base al numero accessi (>

25.000), alla posizione territoriale (2 per ogni Area Vasta), alla mancanza di Pronto Soccorso specialistici nella struttura.

I Pronto Soccorso, sedi di sperimentazione, sono stati:

AREA VASTA NORD-OVEST:

Livorno e Pontedera

AREA VASTA CENTRO:

Firenze S.Maria Annunziata e Prato

AREA VASTA SUD-EST:

Grosseto e Poggibonsi

La Regione Toscana ha affidato al Gruppo di Lavoro per il Progetto di miglioramento del Pronto Soccorso nell'ambito dell'Osservatorio Regionale sull'Emergenza Urgenza, l'attività di attuare e valutare la sperimentazione del See & Treat in PS.

Il progetto di sperimentazione è consistito nell'affidare a Infermieri appositamente formati la gestione diretta dei pazienti con l'affiancamento di un medico tutor che ne convalida l'operato, nella fascia oraria 8:00-20:00 dei giorni feriali. Per la messa in atto di tale progetto, nel mese di Aprile 2010, è iniziato il percorso di formazione di 42 ore per i 24 Medici Tutor e successivamente si è proceduto alla formazione di 180 ore per i 36 infermieri appartenenti alle sedi di sperimentazione identificate.

La formazione infermieristica regionale è stata progettata e realizzata in quattro step, nei quali sono state certificate in itinere le competenze esperte apprese e validate da un esame finale, da tutti superato brillantemente. La scelta di questa metodologia è stata dettata dall'esigenza che all'infermiere venisse riconosciuta, durante tutto il percorso formativo, un'abilitazione "continua" allo svolgimento di buone pratiche legate ai 49 protocolli clinici d'intervento.

In questo contesto formativo sono state utilizzate metodologie innovative quali simulazioni di scenari e casistiche reali, migliorando le abilità dei professionisti per aumentare la qualità e la sicurezza del loro intervento. La formazione attraverso la simulazione è stato lo strumento guida per acquisire le nuove competenze, aggiornare quelle esistenti ed allinearsi ai continui cambiamenti del settore dell'emergenza.

Nel mese di Ottobre 2010, al fine di consentire un'adeguata ed attendibile rilevazione dei dati inerenti la sperimentazione, si sono resi necessari incontri formativi all'interno dei Pronto Soccorso sulla modifica ed estensione della scheda di Triage e l'introduzione di un'apposita scheda per la gestione dei casi nell'ambulatorio di See and Treat. Tutto il percorso di implementazione organizzativa ha visto coinvolti medici ed infermieri dei Pronto Soccorso, i Direttori dei Pronto Soccorso, in estrema sintesi non si è mai trattata di una iniziativa di una sola componente professionale ma un intervento dell'organizzazione sull'organizzazione. A tal fine sono stati effettuati inoltre quattro incontri di monitoraggio con il personale infermieristico e medico coinvolto nella sperimentazione, allo scopo di valutare le attività lavorative poste in essere durante la sperimentazione rispetto agli indicatori di processo e di esito e di riflettere collettivamente sull'apprendimento esperienziale degli infermieri.

Secondo i risultati dell'esperienza toscana, attivare il S&T nelle ore diurne feriali prevede che interessi le fasce orarie nelle quali si presentano i $\frac{3}{4}$ dell'affluenza complessiva del PS (dati primo semestre, accessi in fascia oraria S&T 116035; 74% fuori fascia 40923; 26%)

I risultati della "fase di sperimentazione"

L'analisi e la valutazione della sperimentazione è basata sugli indicatori previsti dalla D.G.R.T n. 449/10. Infatti era preciso intendimento del gruppo di progetto, oltre che dell'Istituzione regionale, verificare attentamente le ricadute della sperimentazione. Il Gruppo di Progetto è costituito, nella prima fase, da Direttori di PS, di Presidio Ospedaliero, Dirigenti Regionali, Medici legali ed infermieri ed attraverso i materiali (delibere, protocolli) e metodi (formazione certificata, revisione organizzativa) ha previsto un definito set di indicatori per raccogliere i dati dell'esperienza riserva dosi di basare su quelli le successive decisioni deliberative. In sostanza se la cittadinanza o gli infermieri si fossero dimostrati riluttanti al trattamento o incapaci di assicurarlo con efficacia, nessun componente del Gruppo avrebbe avuto difficoltà a chiudere

l'esperienza; è stato quindi l'approccio scientifico, quello che prevede di basare le conclusioni sui fatti, che ha fatto resistere alla prima levata di scudi avversa all'esperienza toscana. I risultati, di seguito descritti consentono di rispondere affermativamente alle domande che ci eravamo posti: la popolazione accetta senza alcuna difficoltà il trattamento di problemi di salute a bassa complessità di risposta assicurato da un infermiere e quest'ultimo, quando ha maturato le necessarie competenze, è capace di garantire il trattamento previsto con il valore aggiunto del suo specifico contributo di caring. Nello specifico i risultati sono stati i seguenti.

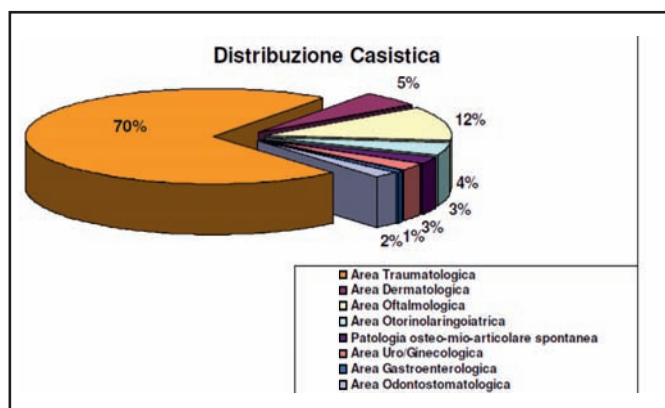
1. Gli accessi

Nel periodo di sperimentazione i sei Pronto Soccorso hanno registrato l'accesso di 156.958 utenti. Di questi 116.035 sono arrivati in Pronto Soccorso in orario diurno, all'interno della fascia di apertura del See and Treat.

I casi trattati nel percorso See and Treat rappresentano il 6,37 % di tutti i pazienti (tutti i codici) che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso nella fascia 8-20.

Considerati invece i soli pazienti valutati al Triage con codice Verde – Azzurro – Bianco il totale complessivo è pari a 66.752 ed il numero dei trattati in S&T di 7387, evidenzia una percentuale dell'11%.

2. Patologie trattate

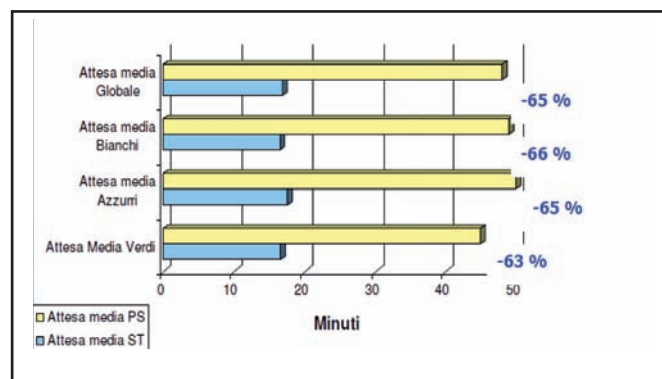


Dei 7.387 casi, la patologia traumatologica ha rappresentato di gran lunga la percentuale maggiore.

3. Tempi di attesa all'ingresso

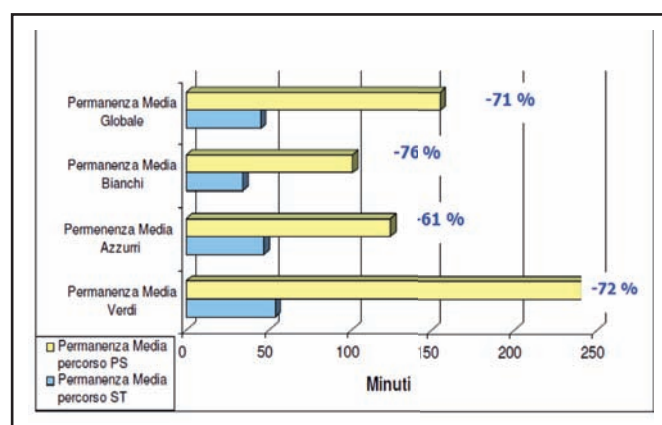
L'analisi dei tempi di attesa della metodica S&T

rispetto al percorso tradizionale evidenzia una netta e significativa riduzione delle attese per tutti i casi trattati nell'ambulatorio S&T.



4. Tempi di permanenza in Pronto Soccorso

Anche per i tempi di permanenza i dati rilevati sono altrettanto significativi per una riduzione netta nei confronti del tradizionale percorso di Pronto Soccorso.



5. Qualità e sicurezza

Nella fase di sperimentazione non sono stati documentati reingressi spontanei per persistenza o complicanza del motivo di accesso, non si sono verificati eventi avversi, non si sono ricevuti reclami formali. Tali indicatori risultano essere i più comuni usati nella valutazione di performance dei servizi di emergenza. Sono state frequenti le testimonianze esplicite di gratitudine per le prestazioni avute.

Riflessioni e commenti sull'impatto del nuovo modello sulla realtà del Pronto Soccorso

Fin dal primo semestre, quindi, si è dimostrato un miglioramento dell'efficienza del Pronto Soccorso, testimoniata dalla netta riduzione dei



tempi di attesa e di permanenza per la gestione ed il trattamento dei problemi clinici minori con diminuzione delle code su un numero di pazienti pari al 30% dei codici minori nella fascia oraria di attività. La qualità complessiva degli interventi non è parsa modificata rispetto al trattamento tradizionale mentre si è documentato un miglioramento degli aspetti legati alla presa in carico dove le specifiche competenze dell'infermiere sembrano garantire un maggiore capacità di comprensione degli aspetti non strettamente clinici presentati dai pazienti.

Il trattamento di See and Treat ha dimostrato di garantire sicurezza, testimoniata dall'assenza di complicanze e reingressi attribuibili all'adesione ai protocolli.

In termini di effetti sul gruppo di lavoro, è stato frequentemente riscontrato un miglioramento del clima interno dovuto ad una maggiore soddisfazione professionale degli infermieri e dei medici, per i primi legata ad una maggiore autonomia decisionale e alle gratificazioni ricevute direttamente dagli assistiti, per i secondi alla maggiore disponibilità a dedicarsi a casi di peso clinico più complesso.

Anche i pazienti hanno manifestato soddisfazione, il dato è stato confermato dall'indagine della Scuola Superiore Sant'Anna svolta dal suo laboratorio Management e Sanità ma fin da subito si sono registrate numerose testimonianze di riconoscenza per le prestazioni ricevute e ciascun gruppo infermieristico ha arricchito il proprio 'archivio' di aneddoti piacevoli da ricordare.

Il primo semestre di sperimentazione ha evidenziato, ovviamente punti critici: in alcune realtà la collaborazione con il servizio di radiologia è stata difficoltosa, spesso il medico radiologo organizza le proprie attività considerando il codice colore del PS, prevedendo quindi una maggior attesa per i codici a bassa priorità, non sempre tenendo conto delle caratteristiche trasversali dell'utenza del PS; in queste situazioni la richiesta firmata dal solo infermiere produce ulteriori difficoltà ed evidenzia un percorso che resta da fare quando potrà essere superata la firma del medico dal percorso S&T. Inoltre nonostante l'indicazione regionale, non tutte le aziende, i PS, sono riuscite a garantire l'upgrade del software con l'inserimento dei protocolli S&T e la disponibilità aggiuntiva del personale

infermieristico, finanziata per il solo semestre di sperimentazione. In estrema sintesi i risultati conseguiti in questa fase, ed a maggior ragione nelle successive, non sono stati collegati ad un aumento del personale in servizio ma ad una sua riorganizzazione interna.

Le fasi successive e lo sviluppo possibile

I risultati del primo semestre hanno dimostrato le potenzialità collegate all'attivazione di un percorso S&T, specie per i PS con alto numero di accessi, la Regione Toscana ha perciò deliberato l'estensione del 'campagna' formativa per completare entro il 2015 il coinvolgimento di tutti i PS toscani con > 25000 accessi per anno attivando contestualmente la revisione dei protocolli clinici di trattamento in particolare quelli riferiti alla patologia traumatologica. Fin dal 2012, nei fatti, si è superata la logica sperimentale andando al momento a definire un percorso nel PS dedicato ad una specifica popolazione che ha bassa priorità e richiede interventi a bassa complessità ed elevata standardizzazione, assicurati dall'infermiere con un contributo nel metodo, condivisione dei protocolli, e nel merito, valutazione sul singolo caso, da parte del medico. La convinzione della Istituzione regionale, e dei professionisti fin qui coinvolti nell'esperienza, è che il potenziamento dei percorsi See and Treat nei PS condurrà ad un generale miglioramento dell'efficienza di tutto il sistema emergenza-urgenza, con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa dei pazienti affetti dalle patologie più gravi.

Certamente la messa a regime del percorso richiederebbe la piena autonomia dell'infermiere certificato ad hoc e della integrazione multiprofessionale, aumentando ulteriormente le ricadute positive sulla popolazione assistita e per l'organizzazione, ottenendo, tra l'altro, la possibilità di organizzare tre distinti flussi di pazienti ai quali far corrispondere una appropriata risposta professionale: all'emergenza il medico e l'infermiere assieme, all'urgenza ed alla cronicità riacutizzata il medico e l'infermiere che intervengono in successione, alla bassa priorità il medico o l'infermiere. Inoltre, affer-

mando che le competenze necessarie al trattamento S&T sono ottenibili dall'infermiere attraverso una specifica formazione che coinvolga le professionalità del PS, si contribuirebbe da un lato a rafforzare il ruolo ed il peso della disciplina di medicina d'emergenza e dell'altro di poter realizzare anche nei servizi territoriali una diversa capacità di presa in carico, assicurata da infermieri del territorio che abbiano maturato le competenze S&T, utile anche per intercettare una consistente quantità di casi clinici minori che altrimenti giungerebbero in Pronto Soccorso.

Bibliografia

- Rosselli A., Becattini G., Cappugi M., Francois C., Ruggeri M. (2012) See & Treat protocolli medico infermieristici: la sperimentazione toscana nei pronto soccorso. Giunti editore SpA
- Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al. „International perspectives on emergency department crowding”. Acad Emerg Med. 2011;18:1358-1370.
- Herring Andrew *et al.*: “Increasing Critical Care Admissions From U.S. Emergency Departments”. Critical Care Medicine 2013;41:1197-204
- Mullins Peter M, *et al.*: “National growth in Intensive Care Unit Admissions from ED in the United States from 2002 to 2009”. Acad Emergency Medicine 2013;20:479-86
- Rosselli A., Bertini A.: “Il See & Treat nei Pronto Soccorso della Regione Toscana: riflessioni su un'esperienza e prospettive” - Italian Journal of Emergency Medicine- 2013; 5: 6 – 8
- OECD. Health at a Glance 2013 OECD indicators
- Cavicchi Ivan (2007): “Autonomia e responsabilità, un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica” - Edizioni Dedalo
- Cooke MW e al: “The effect of separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times “ - Emerg Med J, 2002;19:28-30.
- Leaman AM: “See&Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all” - Emerg. Med. J. 2003;20:118.
- Emergency Services Collaborative (a cura di): Making See & Treat work for patients and staff NHS Modernisation Agency, London, 2004.
- Lamont S: “See& Treat: spreading like wildfire? A qualitative study into factors affecting its introduction and spread” - Emerg Med. J., 2005;22:548-52.

COLLEGIO IPASVI TARANTO: TRIAGE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO

Emma Bellucci, giornalista



Presente nelle realtà avanzate, obbligatorio h 24 nelle strutture con più di 25.000 accessi/anno, il Triage Infermieristico si propone come processo valutativo delle emergenze, nelle quali è l'urgenza a dettare il colore del codice, grazie all'analisi, da parte del professionista, delle variabili in gioco, il che permette la riduzione di danni per il paziente.

Promuovere "la cultura della gestione" diventa, allora, obiettivo dei Collegi, ed, in quest'ottica, il Collegio IPASVI di Taranto ha appena completato la terza edizione del Triage infermieristico e si avvia verso la quarta, continuando sulla strada della politica di formazione ed aggiornamento continui, allo scopo di fornire strumenti per una migliore organizzazione del lavoro e, soprattutto, per risposte tempestive ai bisogni dei pazienti.

Estremamente positiva la risposta degli iscritti

-25 Infermieri, strutturati e liberi professionisti in ciascuna edizione- interessati alla qualità dell'assistenza ed alla formazione professionale, sempre più importanti in un contesto di continua evoluzione normativa e scientifica. Tre i team di docenza impegnati (1a edizione: dott. **F. Podeschi**, infermiere, dott. **A. Delle Piane**, infermiere, dott.ssa **M. Cuscini**, medico; 2° edizione dott. **D. Boni**, Infermiere, dott. **F. Polo**, medico; 3° edizione: dott. **A. Delle Piane**, infermiere, dott.ssa **M Cuscini**, medico, dott.ssa **A. Bruni**, coord. Inf.) appartenenti del G.F.T. (Gruppo di Formazione Triage), "**associazione scientifica senza fini di lucro**,- spiega il dott **Boni - composta da Infermieri, Medici, coordinatori, da 18 anni impegnata nella ricerca e, accanto, nella diffusione dei principi del Triage in ambito nazionale. E' nata come esigenza degli operatori del P.S. di regolamen-**

tare il flusso di accessi secondo modalità cliniche non già secondo l'ordine di arrivo".

L'Associazione, dunque, è impegnata nel favorire l'attività di formazione medico-infermieristico, principalmente nel settore emergenze ed urgenze, ovvero nei P. S. , al quale ricorrono flussi di pazienti con i più svariati problemi, con il bisogno, quindi, di professionisti in grado di accogliere e valutare la priorità da assegnare agli utenti, priorità che necessariamente prescinde l'ordine di arrivo nella struttura.

Potrebbe sembrare semplicistico parlare di accoglienza, valutazione, rivalutazione, sennonché si tratta di 3 momenti estremamente importanti, nei quali il professionista riveste un ruolo in prima linea e di grande responsabilità, perché contribuisce all'ottimizzazione del processo di cura della persona, ottimizzazione che 1) comincia sin dal primo momento quando vengono forniti assistenza ed informazioni comprensibili, in grado, perciò, di ridurre l'ansia, 2) prosegue con la valutazione dei soggetti bisognosi di cure immediate e di avvio tempestivo al trattamento o dei soggetti le cui condizioni, pur non particolarmente critiche, 3) richiedono sorveglianza e rivalutazione periodica delle condizioni. E' l'Infermiere, al termine della valutazione, a dover attivare il percorso idoneo per il paziente, riducendo i tempi diagnosi/terapia. Allora, all'Infermiere vengono richieste competenza e responsabilità specifiche, ovvero l'infermiere deve essere adeguatamente "formato", deve saper coniugare efficacia ed efficienza, deve essere in grado di adottare **"appropriate misure organizzative, formative e assistenziali per prevenire l'insorgenza di eventi avversi o minimizzare gli effetti conseguenti a una non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento segnalato, ad esempio, alla Centrale Operativa 118 e ad una non corretta attribuzione del codice triage da parte dall'équipe di soccorso 118 e/o in Pronto Soccorso"**. (Raccomandazione n. 15, Febbraio 2013)

Sono, queste, le ragioni delle varie edizioni del "Triage in Pronto Soccorso" attivate dal Collegio in risposta alle richieste degli iscritti, che hanno mostrato di apprezzare in toto i contenuti del corso, la cui valenza è nel **"contribuire a farci**

essere più pronte nell'identificare i bisogni, nel dare la giusta priorità ed i giusti interventi, le giuste indicazioni- sottolinea Anna Maria Damasi, Infermiera libero professionista- **Sono soddisfatta del corso perché completo, non solo nella parte tecnica, ma anche nella teorica e legislativa".**

"Ma partecipare a corsi di questa levatura- aggiunge Annafrank Balestra, infermiera **"i."- significa essere al passo anche per chi, come me, è "Infermiera inoccupata". Ho un "amore" vero e proprio per l'Area critica, per cui mi piace che teoria e pratica siano coniugate con la parte legislativa. Più che soddisfatta dei relatori disponibili all'interlocuzione, essenziale per chiarirci e confrontarci, importante nel nostro lavoro per crescere ed imparare".**

"Anche per me- sostiene Giusy Fico, Infermiere nella Cittadella della Carità- **il corso ha valenza positiva per incrementare la conoscenza in Area critica, in specie perché sto frequentando il Master di A.C. Aldilà della importanza delle iniziative è bello parteci-**



pare alle attività del Collegio, nostro punto di riferimento, al nostro fianco nel sostenere i diritti. Sono una Infermiera precaria e ritengo che, in queste condizioni, sia ancora più importante ampliare le conoscenze spendibili dal punto di vista lavorativo”.

“Per me questo corso – sottolinea Gabriele Caforio, infermiere disoccupato - è un arricchimento culturale e professionale. Faccio parte della CRI in ambito militare, per cui voglio potenziare l’ambito civile per un approccio più completo. Mi sento portato per l’ambito di emergenza civile con voglia di lavorare nel 118, ma, nell’attesa, continuo ad essere impegnato con la CRI come volontario, magari in teatri operativi come ausiliario delle FF. Armate”.

“Sono una libera professionista- commenta Rossella Coppola- e mi rendo conto della necessità sul territorio di “Infermieri formati” nella individuazione delle priorità, anche per decongestionare i Pronto Soccorso. Di fatto, questo corso serve sia per poter lavorare nei Triage ospedalieri, sia per com-

pletare la mia formazione ed offrire ai clienti maggiore professionalità e competenza, per cui ho fatto anche il corso di BLS, nell’ottica di una preparazione globale”.

Il citato termine “Globale” richiama quello considerato Triage ottimale, ovvero il “Triage globale” *“ di derivazione anglosassone- spiega Davide Boni- considerato il modello più valido ed adeguato alla normativa italiana, quello che speriamo venga condiviso su tutto il territorio nazionale, oggi con situazioni estremamente disomogenee. In seno alla Conferenza Stato-Regioni le associazioni scientifiche stanno lavorando allo sviluppo di modelli organizzativi globali per definire criteri uniformi di Triage”.*

“Il Pronto Soccorso è “finestra sul mondo”- afferma Meris Cuscini, medico, già Dirigente PS Osp. S.M. delle Croci-Ravenna-, sui cambiamenti, sulle problematiche che, non gestite bene, potrebbero sfociare in drammi. Di fatto esiste una disparità di “potere contrattuale” tra infermiere e paziente: il professionista giusto sa dare la risposta giusta, senza pregiudizi e preconcetti. Il paziente è una persona, l’infermiere deve ricordare solo questo”.

Chiaro che modelli disomogenei partoriscono criticità a cominciare *“dalla mancata rivalutazione dei pazienti in attesa –spiega Delle Piane- a causa della carenza di tempo, da difficoltà strutturali, da carenze di organico e problemi organizzativi. Bisogna arrivare a protocolli condivisi da tutta la comunità scientifica e questi eventi formativi, ad opera dei Collegi, servono a perseguire l’uniformità, ci aiutano a formare gli operatori ed a diffondere la cultura infermieristica, canale formativo estremamente importante.”*

A ribadire l’attenzione del Collegio per le esigenze degli iscritti *“abbiamo previsto una 4° edizione, in risposta a quanti non hanno avuto la possibilità di partecipare alle edizioni precedenti. E’ nostro dovere ed obiettivo rispondere, sempre e comunque, alle esigenze di aggiornamento, ai suggerimenti di formazione ed informazione”* conclude la presidente, Benedetta Mattiacci.



L'INFERMIERE CASE MANAGER NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Dott.ssa Carmela Lacatena, P.O. Sanitaria DSM e Coordinatore Tirocinio Corso di Laurea in Infermieristica

Il management della salute pubblica è continuamente sottoposta a mutamenti imposti da cambiamenti politici nazionali, regionali, economiche complesse dove si pone l'accento sulla qualità, efficacia, efficienza dei servizi, ma contemporaneamente sul controllo della spesa economica.

Anche altri eventi hanno accelerato un processo di cambiamento per quanto riguarda la modalità di intervento sanitario nella salute mentale, la legge Basaglia ha dato una spinta alla territorializzazione della sanità.

Un modello operativo che può efficacemente raggiungere obiettivi di assistenza personalizzata è il case management.

Ricordiamo inoltre che il D.M. 739/1994 (profilo professionale) ha sancito per l'infermiere la responsabilità di tutte le prestazioni disciplinari anziché di singoli compiti come prevedeva l'abrogato D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 (il cosiddetto mansionario); l'infermiere partecipa all'individuazione dei bisogni di salute della persona e della collettività e ne formula i relativi obiettivi, pianifica e gestisce le proprie azioni e si avvale, ove lo ritenga necessario, dell'opera delle figure di supporto.

Breve storia del Case Management

Il Case Management nasce negli **Stati Uniti**, dove modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari delle organizzazioni del volontariato prima, e delle assicurazioni dopo, hanno attribuito da sempre molta importanza alla necessità di evitare gli sprechi che si determinano quando i percorsi di cura non sono supervisionati e gli interventi delle diverse agenzie erogatrici delle prestazioni necessarie non sono integrati in un processo coerente.

L'origine del Case Management viene fatta risalire ad un pioniere dell'attività dei servizi sociali, Mary Richmond che, nel 1901, pubblicò un modello di funzionamento dei servizi sanitari che poneva il cliente al centro come valore fonda-



mentale per il coordinamento e la comunicazione fra le varie agenzie di tipo sociale all'epoca.

Quasi negli stessi anni Annie Goodrich descriveva la figura del Comunità Health Nurse come la persona che coordina gli interventi sanitari e di assistenza in base alla rilevazione dei bisogni del cliente e della famiglia.

Centralità del cliente e controllo dei costi sono rimasti alla base del moderno concetto di Case Management.

Nel 1962 l'attenzione fu rivolta ai malati mentali, anche se, solo nei primi anni Settanta, si attivò una iniziativa legislativa: l'Allied Service Act volta a facilitare l'integrazione dei servizi in favore dei portatori di handicap psichico.

Un altro momento particolarmente significativo nella storia dell'evoluzione del Case Management, è rappresentato dalle conseguenze della deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici.

Il National Institute of Mental Health indicava il Case Management come elemento determinante nella cura dei pazienti psichiatrici cronici.

Nel corso degli anni Ottanta, con l'affermazione dei DRG, si iniziò a controllare la durata del ricovero e delle prestazioni effettuate nell'ambito di un unico episodio di cura. Da qui l'introduzione di Case Manager che accompagnano l'ammalato durante l'intero iter del ricovero collaborando con i clinici sulle decisioni operative e pianificando gli interventi in modo da evitare duplicazioni, attese, con l'obiettivo di controllare la durata del ricovero al minimo indispensabile. In questo modo il Case Management approda anche negli ospedali per acuti.

Il Case Manager

Il Case Management è dunque **un pro-**

cesso che implica il coordinamento dei servizi ed il controllo dei costi attraverso un professionista chiave responsabilizzato direttamente sul caso.

Il Case Management è un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario. L'approccio di Case Management è quello di considerare i pazienti come entità che sta vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico. L'approccio di Case Management prevede l'esistenza di tre componenti fondamentali:

1. la conoscenza clinica ed economica del percorso di una malattia articolato sulla base di linee guida in grado di rispondere alle modalità di intervento di ogni fase del processo di intervento;
2. un sistema sanitario senza le tradizionali separazioni di struttura e specialità;
3. un processo in evoluzione capace di sviluppare le conoscenze cliniche, di ridefinire le linee guida e di modificare il sistema di cure.

Il Case management pone l'infermiere di fronte alla gestione dell'assistenza ed espande lo scopo della pratica infermieristica ed aumenta il potere della professione. Le capacità di assumere decisioni, abilità di negoziazione e comunicazione, coordinamento delle risorse assistono l'infermiere nel raggiungimento e mantenimento di ottimi livelli di salute. Case management sostituisce ad episodici interventi di cura con un continuum integrato di gestione della salute cercando di raggiungere obiettivi di costo-efficacia e qualità dell'assistenza.

Lo scopo principale del case management è pertanto quello di ottimizzare l'autocura dei clienti, ridurre la frammentazione delle cure, fornire qualità delle stesse attraverso la continuità, migliorare la qualità di vita dei clienti, ridurre la degenza ospedaliera, aumentare la soddisfazione dello staff di cura e promuovere l'uso efficace delle risorse.

L'Infermiere Case Manager nel Dipartimento di Salute Mentale

Il Case Management nei servizi psichiatrici è una

modalità di trattamento, che permette di “prenderci cura” dell’individuo nel suo complesso, il cui obiettivo primario è quello di fornire un supporto – sia sanitario che sociale – il più personalizzato possibile.

L’intervento professionale si rivolge alle persone ed alla loro rete sociale e consiste nell’assicurarsi che acquisiscano e conservino le competenze necessarie per mantenere una qualità di vita personale e sociale soddisfacente. Questo tipo di approccio è caratterizzato dal fatto di essere un percorso molto intensivo e relativamente lungo; l’intervento di base consiste nell’accompagnare la persona nel suo contesto di vita per facilitare la riacquisizione di abilità legate ad azioni quotidiane come l’igiene personale, l’abbigliamento, i pasti, la spesa, la gestione del denaro e della casa.

Il case management nei servizi psichiatrici è una modalità ancora poco diffusa, richiede l’integrazione tra componenti di un’équipe multidisciplinare e l’identificazione di un operatore che acquisisca il ruolo di case manager (o gestore del caso); l’individuazione di questo operatore consente un meccanismo di “presa in carico” che assicura una maggior protezione del paziente e della sua famiglia, permettendo, inoltre, una gestione più dinamica del caso stesso.

Questo percorso si attua attraverso alcuni strumenti caratteristici:

- La presa in carico: costituisce l’assunzione, da parte dell’operatore, della responsabilità di tutto il percorso di cura dell’individuo, per il quale vengono richiesti piani terapeutico-riabilitativi estremamente personalizzati e articolati, con il coinvolgimento della rete sociale territoriale e delle famiglie.

- Il Piano di Trattamento Individuale (PTI): contiene gli elementi essenziali del programma di cura e rappresenta la sottoscrizione di un “accordo/impegno di trattamento”; rappresenta l’impegno del Dipartimento di Salute Mentale alla cura dell’utente secondo uno specifico programma di cura, è firmata dal case manager e dal medico referente e sottoscritta dall’utente.

- Il Processo di Nursing: è un importante strumento ai fini della realizzazione del percorso di

cura, esso si sviluppa attraverso alcuni step principali che aiutano il case manager a condurre il progetto di cura (selezione dei pazienti, accertamento e diagnosi, sviluppo e attuazione del PTI, monitoraggio e valutazione, conclusione del percorso).

L’INFERMIERE CASE MANAGER è responsabile del coordinamento dell’assistenza ad un gruppo di pazienti a lui assegnati. Le dimensioni che caratterizzano in maniera peculiare questa figura professionale sono:

- **Dimensione clinica:** il case manager è responsabile di accertare i problemi, reali o potenziali, dei pazienti e delle loro famiglie, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive, ogni qualvolta questi si presentano. Quando assiste il paziente può provvedere egli stesso a svolgere gli interventi assistenziali o limitarsi a dirigerli, stimando le abilità del paziente e facilitandone i progressi, identificando qualsiasi tipo di variazione nel piano e lavorando con il team per trovare la soluzione più adatta.
- **Dimensione manageriale:** questa dimensione assegna al case manager la responsabilità di coordinare l’assistenza dei pazienti durante la loro presa in carico. Egli pianifica gli interventi e le modalità di trattamento, determina gli obiettivi e la durata del soggiorno ed inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico. Questo perché fornisce un quadro chiaro e preciso del tempo e delle risorse a disposizione per completare le attività assistenziali necessarie.
- **Dimensione finanziaria:** il case manager assicura continuità, facilità di realizzazione e coordinamento tra le attività assistenziali per evitare qualsiasi duplicazione inutile o frammentazione dell’assistenza programmata, producendo così la migliore allocazione ed il miglior consumo di risorse.

Tenendo presente queste importanti dimensioni della figura del case manager possiamo dire che l’infermiere diffondendo un nuovo sistema di assistenza al paziente diventa un importante agente di cambiamento all’interno della struttu-

ra assistenziale, inoltre, essendo il responsabile dell'approccio interdisciplinare e fondamentale risorsa per il paziente a domicilio, è considerato dal team e dall'assistito un valido consulente e un importante fattore di coordinazione e facilitazione dell'assistenza.

Per il case manager un aspetto fondamentale dell'operato è l'educazione: egli è educatore sanitario per il paziente e tutor per il personale di assistenza.

L'infermiere case manager diviene, inoltre, avvocato e facilitatore del paziente poiché ha il compito di comprendere le prospettive dell'assistito e far sì che queste si integrino nel sistema di assistenza, guidandolo lungo tutto il percorso; la relazione che instaura con il paziente permette una comprensione intima dei suoi problemi così da poter rappresentare adeguatamente le sue necessità. Egli, infine, deve anche rapportarsi con enti esterni alle organizzazioni sanitarie, conoscerne i meccanismi e sapersi interfacciare "a nome e per il paziente" per regolare in maniera appropriata i tempi necessari allo svolgimento del percorso di cura.

Il case manager, all'interno dei servizi di salute mentale, è la persona che, trascorrendo maggior tempo con il paziente, lo conosce e, avendo la relazione più significativa, diventa per lui un punto fondamentale di riferimento. Le sue funzioni possono essere svolte da uno qualsiasi dei membri dell'équipe: il professionista identificato è l'operatore in grado di coordinare gli interventi socio-sanitari tra la rete dei servizi e il destinatario, tra le varie istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel percorso clinico-assistenziale e di favorirne l'integrazione socio-assistenziale, poiché le sue azioni si svolgono sia in ambito sanitario che sociale.

Le principali funzioni svolte dal case manager includono:

- saper condurre un'esauriente valutazione dei bisogni di salute e psicosociali del paziente;
- saper condurre gli sviluppi del piano di case management in collaborazione con il paziente e la famiglia;
- rendere partecipi il paziente e la famiglia durante la pianificazione del progetto terapeutico per massimizzare risposte sanitarie di qualità e outcome efficienti;
- facilitare la comunicazione ed il coordinamen-

to fra i membri del team, includendo il paziente nel processo di decision making, per minimizzare la frammentazione delle prestazioni, evitare sovrapposizione di ruoli e doppioni di procedure;

- educare gli utenti e le famiglie, oltre che gli operatori sanitari coinvolti, sulle opzioni di trattamento, le risorse della comunità e gli interessi psicosociali per permettere di prendere decisioni tempestive e corrette;
- stimolare il cliente al problem solving, per esplorare le più idonee opzioni di cura e i piani alternativi, per raggiungere gli outcome desiderati;
- incoraggiare l'uso appropriato dei servizi, per evitare inutili sprechi di risorse e denaro, combattere per migliorare la qualità delle cure e mantenere l'efficacia, anche in termini di costi e benefici, basandosi sui singoli e specifici casi;
- accompagnare l'utente lungo tutto il percorso, diventare punto di riferimento ed intermediatore, interfacciandosi con gli agenti esterni alla realtà sanitaria per conto del paziente;
- assistere il cliente nei passaggi di livelli di cura più appropriati;

CONCLUSIONI

Un' Organizzazione Sanitaria nasce per tutelare la salute della popolazione attraverso una adeguata offerta di servizi e di prestazioni specifiche. Per sviluppare il suo mandato deve essere in grado di garantire adeguate condizioni di offerta, tali da rispondere ai bisogni nei tempi, nei modi e nei luoghi con le caratteristiche richieste.

Essa deve essere in grado di sviluppare condizioni organizzative, operative, strutturali e sociali che permettono ai professionisti di agire utilizzando al meglio le risorse – strumenti, tecnologie, personale, necessarie e disponibili per il raggiungimento degli obiettivi.

Perciò un modello organizzativo deve mirare a sviluppare in modo coerente le finalità del servizio che risulta dall'elaborazione, dall'analisi della tipologia di attività necessarie, delle competenze richieste, delle responsabilità coinvolte e delle modalità di erogazione del servizio.

I criteri di progettazione devono sviluppare una combinazione ottimale delle risorse e dei fattori produttivi per il raggiungimento dei risultati in termini di salute.

Il criterio determinante "che fa la differenza"

è l'orientamento dell'intero modello alla centralità della persona utente con i suoi problemi/bisogni.

La difesa dello "Stato Sociale" è doverosa in quanto esso rappresenta un'irrinunciabile conquista di civiltà, l'innovazione, quindi, nasce e mette le radici dal basso, dalle teorie ma anche nel lavoro quotidiano cercando nuove soluzioni praticabili a favore degli utenti.

Bibliografia:

- Le nuove frontiere della salute – da " I quaderni" IPASVI , La raccolta delle relazioni – Insetto redazionale al numero 10/2002 de L'Infermiere dal XIII Congresso Nazionale IPASVI – Roma Settembre 2002;
- Breve storia del Case Management da:"Una Sanità in continua evoluzione" Cap. 1 – Prof. Galante,Doc. Elaborazione delle informazioni, UNICH G. D'Annunzio, Chieti;
- La centralità della persona : materiale didattico per il corso di formazione riservato

al personale infermieristico delle aziende – Adelchi Scarano.

- Buonarini – Studi ed esperienze professionali: Il piano assistenziale infermieristico all'utente cronico-"Scienza e Management Infermiere " n.12 / 2004.
- G. Casati – Il percorso del paziente. La gestione per processi in Sanità – Ed. Egea 1999.
- Programmazione Sanitaria e Qualità – Ministero della Salute "Le prestazioni fornite dal SSN" 2006.
- M. Becchi, E. Bernini Carri – Qualità ed efficienza nell'assistenza domiciliare – Ed. F. Angeli 1999
- P. Chiari, A. Santullo, L'Infermiere Case Manager – McGraw-Hill, Milano 2001
- A. Destrebecq, S. Terzoni, Management Infermieristico – Carrocci Faber, Roma 2008
- M.URSO Il case Management nei servizi socio-sanitari-Edizioni CVS-2011

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE 2014



11 - 12 Maggio: due giornate con e per gli altri

"Noi IPASVI Taranto abbiamo voluto condividere queste giornate con i Cittadini, organizzando un incontro per parlare di Alimentazione e Salute ed, il giorno successivo, approntando un momento conviviale con i meno fortunati"

SE FOSSE ANCHE SPERANZA

Dott. Pio Lattarulo, Inf. Dir. Resp. del Servizio delle Professioni Sanitarie Polo Ospedaliero Orientale – ASL Taranto

Dott. Emiliano Messina, Inf. Coordinatore ASL Taranto

Dott.ssa Chiara Accetta, Infermiera Centro Medico di Riabilitazione – FSM – Marina di Ginosa

ABSTRACT

La speranza, spesso per abitudine associata a fede e carità, assume invece un ruolo imprescindibile nel contesto di cura, nel momento in cui, attraverso le opportune modalità di comunicazione, professionisti ed operatori sanitari sono capaci di utilizzarla quasi a guisa di infusione.

Tali modalità possono essere meglio apprese attraverso il cospicuo utilizzo delle medical humanities, e di preziosi strumenti spesso non considerati come nel caso della biblioterapia. La vicenda di Harold Fry, narrata in questo scritto, dimostrerà come la speranza possa essere un ottimo mezzo di guarigione anche laddove guarigione clinica non è più ottenibile.

Parole chiave: speranza – medical humanities – cammino interiore - biblioterapia

MALATTIA E RELAZIONE DI CURA

La sofferenza, tanto fisica che dell'animo, induce anche il più temprato alle avversità della vita ad uno stato di prostrazione che si somma quale fattore di aggravamento di ogni quadro clinico – assistenziale. In quel puro caleidoscopio di immagini, parole, emozioni, sentimenti che ogni persona assistita vive sin dal suo ingresso in ospedale o in diverso setting assistenziale, ha un peso indiscutibile l'operato di un autentico professionista della salute, l'Infermiere, sulle cui competenze il dibattito è da tempo particolarmente acceso.

Tra le competenze di base che un Infermiere dovrebbe acquisire, e particolarmente mantenere, ve n'è una spesso marginalizzata a vantaggio degli aspetti tecnici, ma che, invece, è il vero perno su cui ruota ogni attività del percorso clinico – assistenziale. Imbrigliata nella filastrocca del sapere, saper fare e saper essere, ed in assenza di cognizione rispetto ad un'adeguata collocazione tassonomica per obiettivi e valutazione, e da utilizzarsi tanto in ambito formativo che organizzativo, viene spesso sottostimata in particolar misura in quegli ambiti come, a titolo

di esempio, l'alta intensità di cure.

Signori, stiam parlando della relazione di cura! Si pensa che poche e raramente sentite parole, spesso inopportune pacche sulla spalla o sbrigative frasi standard mentre posizioniamo un accesso venoso o “accogliamo” una persona al triage, possano sostituirsi a quella che è la vera aspettativa di chi viene, certamente tutt'altro che volentieri, ad essere oggetto delle nostre cure.

E' proprio lì il nodo cruciale: professione si esercita allorquando si è capaci di trasformare quella persona in “soggetto”, parte attiva, particolarmente per le scelte delicate che si dovranno compiere.

Se adesso, rileggendo queste parole, pensassimo al nostro agire quotidiano, ci renderemmo conto che il gesto di cura, anche quello che ai nostri occhi appare come il più insignificante o routinario, è fortemente intriso di una valenza etica e che attraverso una chiave di lettura introspettiva è possibile analizzare e connotare il senso dei passi che mettiamo.

L'incontro tra l'infermiere e la persona assistita, che spesso si concretizza in un gesto, deve diventare un “luogo di senso” per chi lo effettua e per chi lo riceve. La notizia più difficile da comunicare, la manovra tecnica più complessa e impegnativa dal punto di vista del rischio clinico possono e devono essere accompagnate dall'etica del gesto assistenziale, ovvero dalla capacità di entrare in simpatia con quella persona. La simpatia non dà luogo alla confidenza, ma è intesa come proposta di vicinanza. Le giornate che scorrono interminabili nelle corsie degli ospedali, nelle stanze degli hospices, a casa di una persona affetta da un male senza speranza, lento nella consumazione continua, potrebbero essere rappresentate in un graphic novel con i colori del grigio. Probabilmente l'etica del gesto assistenziale, con la capacità di toccare le persone in maniera adeguata può essere l'aiuto per ravvivare quei momenti, ma-

gari con qualche tenue color pastello e dare un significato anche dove non c'è n'è".¹

SENZA SPERANZA?

A ritroso, col passo di gambero, proviamo ad indagare la speranza ed il suo senso più autentico. Nelle giornate che potremmo definire di "bilancio esistenziale", quando ci s'interroga sul senso di alcune scelte compiute e, particolarmente nel critico momento attuale, appare purtroppo pregnante un senso d'instabilità.

Scrive Compagnon in un meraviglioso saggio sul pensiero di Montaigne : "C'è un'immagine che esprime bene il suo rapporto con il mondo: quella dell'equitazione, del cavallo su cui il cavaliere si mantiene in equilibrio, in un assetto precario. L'assetto : ecco la parola chiave. Il mondo si muove, io mi muovo, sta a me trovare il mio assetto nel mondo".²

La speranza, spesso, viene unicamente legata a Fede e Carità particolarmente nell'accezione teleologica, tant'è vero che non di rado vengono considerate come inscindibili.

Assume in realtà connotazioni differenti, a seconda dello stato in cui viene a trovarsi il singolo. E' intesa in senso fisico e psichico ed in contesti di benessere, esula particolarmente dal concetto di fede in quanto anima anche lo spirito di chi non possiede il dono di quest'ultima ed è pertanto fondamentale come sentimento, tanto nei credenti che negli altri.

E' la capacità di mettere in moto il cammino storico e personale dell'individuo nella realizzazione di sé stesso, nei progetti di vita che egli predispone, anima i sogni, le aspirazioni, i desideri che assumono realisticamente i connotati della progettualità e del voler costruire in un determinato e personalistico modo la realtà.

La speranza, sostanzialmente, pur non accorgendocene, muove i nostri passi nel mondo con delle spinte fortemente dinamiche, alla ricerca del meglio, del bello, del vero, delle emozioni, e talvolta dell'infinito.

Chi si prende cura di una persona che soffre si fa tutore anche delle sue speranze, le custodisce e

le rielabora, riconsegnandole personalmente e nei giusti tempi in termini realistici.

Ecco perché, spesso nel fine vita, la Speranza confluisce nella Fede. Forse perché si avverte che il contenimento e il senso di condivisione con le persone care volge al termine e si spera in qualcuno che sappia accogliereci conducendoci per mano.

Esistono corsi per formare professionisti ed operatori sanitari verso l'inclinazione alla speranza ? Ovviamente no ... però un aiuto concreto può essere fornito dalle Medical Humanities.

COL PASSO DI HAROLD FRY

Il movimento delle medical humanities nasce negli Stati Uniti sull'onda dell'entusiasmo generato dalla riflessione di Edmund Pellegrino il quale, negli anni '60 del secolo scorso, avvia un programma di sensibilizzazione della comunità biomedica e politica per integrare i corsi di laurea in medicina con le discipline umanistiche.

Ma cosa sono le Medical Humanities ?

E' possibile definire queste ultime come "un campo interdisciplinare di medicina che comprende le discipline umanistiche (letteratura, filosofia, etica, storia e religione), scienze sociali (antropologia, studi culturali, psicologia, sociologia) e le arti (letteratura, teatro, cinema e arti visive) e la loro applicazione per l'educazione e la pratica medica".³

"Mettere a fianco medicina e letteratura è un'operazione intellettuale rischiosa. Curare i malati ed esprimere artisticamente la propria comprensione della realtà umana sono due attività che si svolgono su piani diversi con personaggi non destinati a incontrarsi".⁴

Poniamo in essere un tentativo.

Quando viene a sapere che una sua vecchia amica sta morendo in un paesino ai confini con la Scozia, Harold Fry, tranquillo pensionato inglese, esce di casa, per spedirle una lettera. E, invece, arrivato alla prima buca, spinto da un impulso improvviso, comincia a camminare.

Affronterà un cammino lungo 1000 km. in 87 giorni da Kingsbridge, città dove abita, a Berwick

¹ Lattarulo P. – Bruni M.C. Etica: il grande bisogno di oggi in Lattarulo P. Bioetica e deontologia professionale. Milano : McGraw-Hill, 2011, pag. 19.

² Compagnon A. Un'estate con Montaigne. Milano : Adelphi, 2014, pag.21

³ en.wikipedia.org/wiki/Medical_humanities (visita del 31.8.2014 alle ore 23.30)

⁴ Bucci R. Un nuovo aspetto : le Medical Humanities in Lattarulo P. Bioetica e deontologia professionale. Milano: McGraw-Hill, 2011, pag. 51.

dov'è ricoverata la sua vecchia amica e collega di lavoro.

“Harold si appoggiò alla testata del letto imbottito e piegò la gamba sinistra, afferrandosi la caviglia e sollevandola fin dove riusciva senza perdere l'equilibrio. Inforcò gli occhiali per vedere meglio. Le dita dei piedi erano pallide e delicate. Un po' doloranti intorno alle unghie e nell'articolazione al centro, e forse gli stava venendo una vescica sul tallone, ma, considerata la sua età e tutti gli anni passati a fare attività fisica, Harold era orgoglioso di sé. Esegui la stessa lenta, ma accurata ispezione al piede destro.

“Niente male”, concluse.

Qualche cerotto, una buona colazione e sarebbe stato pronto. Immaginò l'infermiera che diceva a Queenie che lui era in cammino, e che lei doveva continuare a vivere.”⁵

Il suo paradossale viaggio è un'occasione per affrontare con profonda interiorità le tematiche della sua vita. Pian piano, attraverso la narrazione emerge il suo rapporto conflittuale con l'unico figlio, ribelle, permettendogli di scandagliare le ragioni profonde del suicidio di quest'ultimo.

L'incontro con una variegata moltitudine di persone, sino al punto che viene a formarsi uno spontaneo gruppo di pellegrini che poi si sfalderà, è occasione per rivisitare con autenticità e spirito critico tappe e significati della sua esistenza. Vien fuori una potente metafora della vita, grazie alla pervicacia di Harold. Egli crede che il sacrificio imposto da un viaggio così faticoso, potrà essere pegno per ottenere la guarigione per la sua amica. *“Una volta a Berwick, avrebbe comprato un mazzo di fiori. Si immaginò il suo ingresso deciso nella casa di cura e Queenie seduta su una bella poltrona davanti a una finestra piena di sole in attesa del suo arrivo. Gli infermieri avrebbero interrotto le loro occupazioni per guardarlo passare e i pazienti avrebbero esultato, magari applaudito, perché giungeva da tanto lontano; e Queenie avrebbe riso sommessamente, come faceva lei, prendendo i fiori tra le braccia”⁶.*

In realtà, le cose andarono diversamente. *“Queenie guardò il mondo sfocato intorno a lei, e vide qualcosa che prima non aveva notato ...*

Qualcuno era stato lì, e adesso non c'era più. Harold Fry ... adesso ricordava. Era venuto a dirle addio. Queenie socchiuse le labbra, cercando di prendere fiato. Ma l'aria non venne, lasciando il posto a qualcos'altro. Fu facile come respirare”⁷.

Che storia allora di speranza è questa? Ad una lettura veloce parrebbe negativa in tal senso, perché l'opera di Harold Fry è andata persa. In realtà, permette un importante pensiero sulla vita e sul significato profondo del morire, nonché sull'autentico valore dell'amicizia, sul senso del destino e reca con sé un senso di speranza sulla buona sorte per gli altri.

La speranza è anche da intendersi in un'eternità di pace, di cammino verso orizzonti sconfinati, di leggerezza, di levità...

ED ALLORA ...

“Si può pensare che leggendo un romanzo si entri nella vita e nella mente degli altri e questo ci possa aiutare a sviluppare la nostra capacità di mentalizzazione, ossia di metterci nella prospettiva degli altri, e di provare le loro emozioni”⁸.

Nell'esperienza relazionale e di ascolto di persone che si trovano in una situazione di sconforto o disagio, ancor più che nella malattia è possibile realizzare l'idea che la speranza venga a ridimensionare i propri obiettivi, incentrandosi su concetti molto ristretti che si concretizzano nel superamento dello stato di sofferenza e nel contenimento dal punto di vista affettivo.

Chi soffre, spera nel “non abbandono”. Per non abbandonare è necessario un adeguato percorso formativo. Il nostro intento, per il tramite di questo scritto, è segnare ancora un punto a favore delle Medical Humanities e del loro concreto inserimento nei programmi di studio della medicina e delle professioni sanitarie. Le medical humanities possono certamente aiutare nel migliorare le metodiche di comunicazione, nel concepire il sentire. A volte, proprio a causa di modalità erronee, si possono generare pericolosi fraintendimenti che rischiano di vanificare l'intero percorso di cura e l'operato di molti.

La metafora di Harold Fry e la biblioterapia rappresentano un esempio imprescindibile.

⁵ Joyce R. L'incredibile viaggio di Harold Fry. Milano : Sperling & Kupfer, 2012, pag.26

⁶ Joyce R. op. cit. pag. 39

⁷ Joyce R. op.cit. pag.302-303

⁸ Ammaniti M. Le voci oscure che abitano dentro i romanzi. La Repubblica, 28.8.2014

L'INFLUENZA DEL SAPS NEL BENESSERE ORGANIZZATIVO AZIENDALE

Dott. Marco Ventruti, Infermiere - Libero Professionista

Introduzione

La valutazione del benessere organizzativo dei lavoratori rappresenta indubbiamente una leva strategica, per il miglioramento delle organizzazioni soprattutto, nell'attuale contingenza del mondo del lavoro ed in particolare delle strutture socio-sanitarie e nel contempo per la prevenzione di fenomeni dannosi come il burn out o l'abbandono precoce del lavoro. La prevenzione dei rischi professionali e l'impegno continuo nello sviluppo e nella soddisfazione delle risorse umane si configurano come fattori essenziali per ridurre l'assenteismo e aumentare l'efficienza dei processi organizzativi con l'obiettivo di una costante valorizzazione dei servizi alla collettività. Infatti, se l'ambiente lavorativo diventa causa di stress e di ansia può generare nel dipendente lo sviluppo di disturbi psico-fisici con un'inevitabile riduzione della qualità di vita. Il Decreto Legislativo (D.Lgs.81, 2008) e la direttiva sul "Benessere Organizzativo", con cui il Ministero della Funzione Pubblica chiede alle Amministrazioni Locali di migliorare le prestazioni coinvolgendo la sfera motivazionale del lavoratore, enfatizza la necessità di avere una visione chiara e dettagliata della situazione esistente per poter progettare un piano d'azione ottimale, con l'obiettivo di realizzare una politica di prevenzione efficace e condivisa. Concretamente il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emanato la "Direttiva del Ministro della funzione pubblica sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 80 il 05 aprile 2004. Con questo documento era richiesto ai vari enti pubblici del territorio nazionale di considerare l'adozione di possibili provvedimenti finalizzati ad incentivare il benessere organizzativo dei propri dipendenti. In particolare il Decreto Legislativo 81/2008 richiede di porre attenzione alla valutazione dei rischi psico-sociali in azienda e ai fenomeni che possono facilitare il malessere psico-fisico del lavoratore.

Il clima rilevato può fornire elementi per la rimodulazione dei rapporti interpersonali e rappresentare non solo un momento di riflessione ma anche costituire un potente strumento di cambiamento organizzativo.

Il presente contributo persegue un duplice obiettivo:

Evidenziare, secondo analisi di comparazione statistica, il benessere organizzativo aziendale e l'influenza sullo stesso data dalla presenza o meno del Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie, avvalendosi del questionario oggetto di indagine sul benessere organizzativo condotta dal " Cantiere sul benessere organizzativo " nell'ambito del " Programma Cantieri " del Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con la Cattedra di Psicologia del Lavoro della Facoltà di Psicologia 2 dell'Università "La Sapienza" di Roma sulla soddisfazione lavorativa e aspettative di miglioramento degli infermieri; e secondo deduzioni logico - personali, derivanti sempre dall'analisi statistica dei casi in oggetto, quelle che ipoteticamente possono essere le resistenze al cambiamento organizzativo.

REALTÀ CHIETI

L'elaborazione del presente elaborato nasce dall'obiettivo del protocollo di ricerca che è quello di rendere evidente come e quanto i processi di cambiamento in sanità siano complessi, lunghi e bisognosi di caparbietà, continuità e capacità manageriali spiccate.

Non vanificare gli sforzi e i grossi risultati ottenuti a livello regionale e aziendale nel lungo processo di risanamento (principalmente dal punto di vista dei conti) che ha investito la ASL 2 Abruzzo e la regione Abruzzo in generale, diventa oggi la prima ed unica mission regionale ed aziendale. A tal proposito si ritiene auspicabile avviare e consolidare delle politiche di governo inerenti lo sviluppo delle professionalità capaci di affiancare e sostenere i processi

di cambiamento strategico in atto sia a livello aziendale che regionale oltre che orientare lo sviluppo delle competenze attraverso percorsi formativi ad hoc, intendendo quest'ultimi come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa.

L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano - Vasto - Chieti, nel rispetto dei principi introdotti dal D.Lgs 229/99 della normativa nazionale e regionale in materia, si è quindi dotata di una Struttura Organizzativa basata sul principio della chiara ed univoca attribuzione alle unità organizzative delle funzioni, delle risorse strutturali, tecnologiche e umane disponibili.

L'assetto organizzativo aziendale è definito sia dalla struttura organizzativa che individua e rappresenta i criteri di specializzazione e di divisione del lavoro, gli ambiti correlati di autonomia e responsabilità organizzativa, le relazioni gerarchiche e le altre relazioni organizzative tra ambiti diversi; e sia dall'insieme dei meccanismi operativi, ossia dei sottosistemi (metodologie e strumenti) che svolgono un ruolo di attivatori e facilitatori del buon funzionamento della struttura organizzativa. Il modello organizzativo aziendale vede il coesistere di due dimensioni, quella verticale e quella orizzontale.

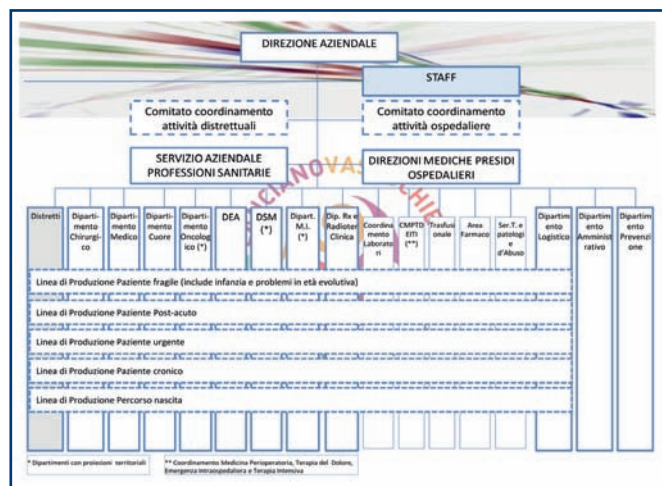
Nella dimensione verticale, la struttura organizzativa risponde a un principio di articolazione della generale Funzione di Governo per macro ambiti gestionali (Aree Strategiche di Attività), identificando i Dipartimenti e i Distretti quali linea intermedia dell'organigramma.

Tale soluzione appare utile a responsabilizzare per aree omogenee di risultato e favorire il governo integrato dell'Azienda, sia nella dimensione economica, sia in quella tecnica ed organizzativa, sia in quella sanitaria, anche in relazione alla sua notevole estensione territoriale. E' funzionale quindi a fornire risposte unitarie, flessibili e sistematiche attraverso l'adozione di regole condivise di comportamento etico, clinico, assistenziale, di ricerca ed economico.

Nella dimensione orizzontale, la struttura organizzativa recepisce le esigenze di integrazione e coordinamento tra i diversi ambiti ge-

stionali attraverso l'individuazione di Linee di Produzione.

La previsione di un ambito di responsabilità per Linea di Produzione (Product manager) configura una struttura organizzativa aziendale che



pare corretto definire di tipo reticolare o matriciale.

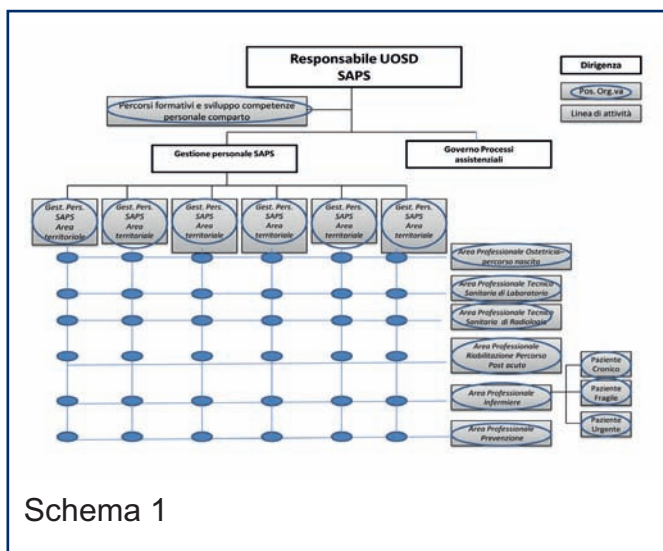
In un'ottica di miglioramento continuo l'Azienda deve essere in grado di programmare gli effetti economici e gestionali di ogni processo e di promuovere strumenti di sviluppo e innovazione. Diventa fondamentale, quindi, saper utilizzare strumenti capaci di dare valore aggiunto alle attività dell'organizzazione. Di conseguenza la scelta aziendale di ridefinire la propria identità organizzativa tramite i fondamenti della Corporate Governance, comporta un approccio di Project Management finalizzato alla creazione di un sistema integrato di governo clinico ed economico in cui gli strumenti (standard di servizio, scheda di budget, scheda di progetto) vengono messi in relazione di interdipendenza con i processi e con la necessità di migliorarli continuamente. E' importante notare, infine, come nell'utilizzo degli strumenti di governance la variabile tempo riveste un ruolo non trascurabile. Il coordinamento temporale degli input derivanti dai documenti strategici (standard di servizio, scheda di progetto e scheda di budget), infatti, è fondamentale altrimenti non sarebbe possibile conciliare gli obiettivi da raggiungere con le risorse a disposizione.

In una stessa organizzazione è abbastanza frequente riscontrare una pluralità di forme di controllo (disomogeneità fisiologica). Tuttavia,

permane un'esigenza di compatibilità tra le diverse prospettive, in funzione delle relazioni che le legano (disomogenità patologica).

L'esempio riportato allo "Schema 1" raffigura l'istituzione del modello organizzativo del Servizio Aziendale delle Professioni Sanitarie della Asl di Lanciano Vasto Chieti che con delibera del D.G. n.860 del 28 luglio 2010 e succ. mod., si caratterizza come una struttura organizzativa a tendenza Dipartimentale ed in Staff alla Direzione Generale a cui compete, ai diversi livelli (Direzione Generale, Presidio Ospedaliero, Dipartimenti, Unità Operative, Strutture Territoriali), la responsabilità della programmazione, organizzazione e gestione delle attività assistenziali afferenti all'area infermieristica, ostetrica, tecnica, della riabilitazione e della prevenzione e delle prestazioni alberghiere, nonché della verifica e valutazione dei risultati ottenuti, al fine di garantire la qualità delle prestazioni assistenziali, la continuità assistenziale e il razionale utilizzo delle risorse disponibili. Esercita, altresì, funzioni in ambito organizzativo a valenza aziendale ed assicura funzioni di supporto alla erogazione di servizi e prestazioni, assicurando con il suo operato un maggior grado di efficacia, di efficienza e qualità dei processi per la produzione di salute. Si costituisce dell'insieme del personale infermieristico, tecnico sanitario, ostetrico, della riabilitazione, della prevenzione, nonché dagli operatori socio sanitari, operatori tecnici addetti all'assistenza e dal personale ausiliario specializzato dei servizi socio – assistenziali.

In riferimento ai diversi livelli organizzativi evidenziati nell'organigramma aziendale è stato avviato un processo di cambiamento e di valorizzazione delle professionalità molto ben articolato con progetti di innovazione e relativi obiettivi per i dipartimenti, istituzione di nuove figure professionali come il bed manager, il case manager, un profilo infermieristico in stage annuale in staff alla direzione generale. In particolare per i direttori di dipartimento sono stati utilizzati dei contratti articolati in cui vi sono schede allegate ciascuna riferita ad una diversa area di contenuto: Area Gestione della Leadership, Area Gestione del Cambiamento e dello Sviluppo Organizzativo, Area Gestione delle Attività, dei Risultati e della Qualità e Area Gestione e Sviluppo del Personale. L'introduzione di queste tipologie di aspettative da parte dell'azienda, fa sì che si inneschi e consolidi nel tempo un processo di cambiamento strategico del tutto innovativo e qualificante e al passo con i tempi e le esigenze continue di riorganizzazione del servizio sanitario nazionale. Anche in questo caso, il supporto continuo degli attori (medico, infermiere, responsabile unico di risultato e paziente) è fondamentale; questa funzione così come quella della stesura dei Profili attesi e l'affiancamento dei direttori è stato avviato dalla direzione generale e poi affidato alla funzione di Staff Sviluppo Organizzativo Strategico oltre che a tutte le altre funzioni di staff. Come già anticipato precedentemente e coerentemente con gli strumenti di Corporate Governance (budget, standard di servizio, gestione per processi) la valorizzazione delle professionalità presenti in Azienda rappresenta un tassello fondamentale non solo nella creazione dell'identità aziendale, ma anche nel più generale processo di crescita e modernizzazione dell'Azienda. L'Asl2abruzzo ha circa 5000 dipendenti, tuttavia per quanto riguarda il personale va sottolineato in premessa come ci siano dei non trascurabili vincoli economici e operativi che si possono riscontrare nelle diverse disposizioni regionali, commissariati e ministeriali. Il processo di cambiamento passa la definizione e la riorganizzazione di tutte le strutture organizzative (riorganizzazione e definizione di nuovi organigrammi per tutte le



UO) e per la nuova attribuzione degli incarichi a tutto il personale dirigente e del comparto, ridefinendo con loro ruolo-funzioni in relazioni al modello di performance atteso dall'azienda.

Di seguito si elencano le attività che stanno caratterizzando le fasi del cambiamento:

1^a Fase: Riorganizzare i flussi dei pazienti, quindi non più la presenza dei reparti nelle U.O. ma aree di degenza omogenee;

2^a Fase: Sviluppare piattaforme logistiche, creando rapporti di tipo funzionale e non più per gerarchia attraverso l'attivazione del fascicolo sanitario, un sistema informatico per la tracciabilità dei materiali, distribuzione, e quindi maggiore controllo, del farmaco in monodose;

3^a Fase: Avviare percorsi di cura ed assistenziali (ruoli e Responsabilità), attivando la gestione clinica per processi sviluppando la continuità assistenziale e l'attivazione ospedale territorio.

Tuttavia, si sono verificati alcuni momenti di conflittualità di fronte alle prospettive della riorganizzazione sviluppando un senso di resistenza al cambiamento, che come deducibile dai risultati dei questionari alcuni intervistati definiscono fisiologico e diffuso sia tra gli infermieri che tra i medici. Tuttavia tra i due ordini professionali emergono sostanziali differenze. Se per gli infermieri questa resistenza sembrerebbe imputabile principalmente al dover fronteggiare una situazione lavorativa nuova e diversa, e quindi si sarebbe andata riassorbendo attraverso il confronto e l'attuazione della nuova pratica lavorativa, tra i medici si tratterebbe di un'ostilità talvolta più strutturata e strettamente legata alla posizione professionale.

REALTÀ TARANTO

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto promuove la salute nel territorio di competenza sulla base dei dati epidemiologici rilevati sulla popolazione del territorio, sviluppa attività di educazione sanitaria, di igiene e sicurezza degli ambienti collettivi di vita e di lavoro, di vigilanza sui cibi destinati all'alimentazione umana e degli animali, di prevenzione della malattia e degli infortuni (Atto Aziendale prot. 1469, 2013). L'Azienda è impegnata nel governo della do-

manda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dei bisogni e delle aspettative di salute dei cittadini garantendo alla propria popolazione di riferimento e, comunque, ai cittadini presenti nel territorio di competenza, indipendentemente dal sesso, dalla nazionalità, dall'etnia, dalla cultura e dalla religione, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Puglia.

L'Azienda si muove all'interno di due ambiti, tra loro comunicanti ma concettualmente distinti:

- da una parte la politica, più complessiva e generale, della salute, che vede coinvolti una pluralità di attori impegnati in maniera sinergica al raggiungimento di risultati di salute, che non dipendono esclusivamente dalla qualità tecnica delle prestazioni clinico-assistenziali, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei singoli soggetti e nella loro capacità di collaborare;
- dall'altra parte la politica delle cure che vede direttamente coinvolte le organizzazioni sanitarie, i professionisti e gli operatori e si traduce nella produzione-erogazione di prestazioni sanitarie. Pertanto l'Azienda è impegnata a garantire a tali soggetti una partecipazione attiva e qualificata nell'ambito della promozione e realizzazione delle politiche della salute ed il loro sviluppo in una logica di integrazione e di qualificazione.

Il core della mission Aziendale è la tutela della salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. La vision strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini, rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili ed avvalendosi dell'e-

voluzione delle tecniche e delle conoscenze. L'Azienda vuole essere parte integrante del tessuto socio-istituzionale della provincia di Taranto, in stretto contatto con i cittadini e le loro rappresentanze, per coglierne i bisogni e meglio adeguare i servizi sanitari, secondo criteri di alta flessibilità. L'Azienda vuole sviluppare integrazioni ed alleanze sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno, con i contesti locali, per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità. L'Azienda vuole puntare all'eccellenza attuando le migliori prassi aziendali, che conducono a prestazioni superiori, rispetto a quelle già esistenti in termini dinamici e continuativi. L'Azienda sostiene i valori assunti come fondanti ed è riconosciuta per l'impegno profuso per prevenire e comunque per rimediare i rischi per gli utenti e gli operatori attuando le metodologie del risk management.

L'Azienda, in ottemperanza al principio che il cittadino è al centro del sistema, organizza il proprio modello di attività con l'intento prioritario ed irrinunciabile di tutelare il bene primario della salute, sia nel processo di lettura ed interpretazione dei bisogni, sia nel governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e della più ampia ed aggiornata offerta di prestazioni di prevenzione, di diagnostica, di terapia e di riabilitazione. Il modello organizzativo di tutte le attività di tutela della salute, in ottemperanza alle normative nazionali e regionali vigenti e dei CCNNL, è improntato, a criteri di efficienza, efficacia e rispetto del rapporto costi-benefici, alla gestione per obiettivi e alle modalità e principi del Governo clinico. L'organizzazione e le attività aziendali sono improntate a criteri di trasparenza, efficacia, efficienza, indispensabilità ed economicità. L'Azienda, in attuazione di quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, e dall'art. 4 del D. Lgs. N. 165 del 2001 e successive integrazioni, attua al proprio interno, nell'esercizio dell'autonomia di cui all'art. 3 del D. Lgs. N. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, la separazione tra l'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo e l'esercizio delle funzioni di attuazione e gestione affidate alla dirigenza. Il modello organizzativo

dell'Azienda si fonda pertanto sulla netta distinzione tra potere di indirizzo strategico e responsabilità gestionale con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della Direzione strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della direzione dei vari livelli organizzativi e operativi dell'Azienda.

L'Azienda ritiene di dover implementare il livello di specificazione operativa, derivante dalla applicazione dei principi e dei criteri enunciati, attraverso la formula del "rinvio" a provvedimenti successivi di natura regolamentare e/o sub specie di atti di indirizzo.

Ciò comporta che si produca una serie di allegati – via, via crescente nel tempo – e che essi non abbiano carattere costitutivo rispetto al presente Atto; non ne siano, quindi, parte essenziale, ma ne rappresentino gli effetti sul governo e sulla gestione dell'Azienda; effetti che incidono profondamente sulla operatività quotidiana e che vengono formalizzati tramite ulteriori, distinte e autonome manifestazioni di volontà da parte della Direzione Generale.

In particolare, alcuni "campi di intervento" sono già esplicitamente rapportabili ad Allegati la cui produzione è, attualmente, in avanzata fase di completamento.

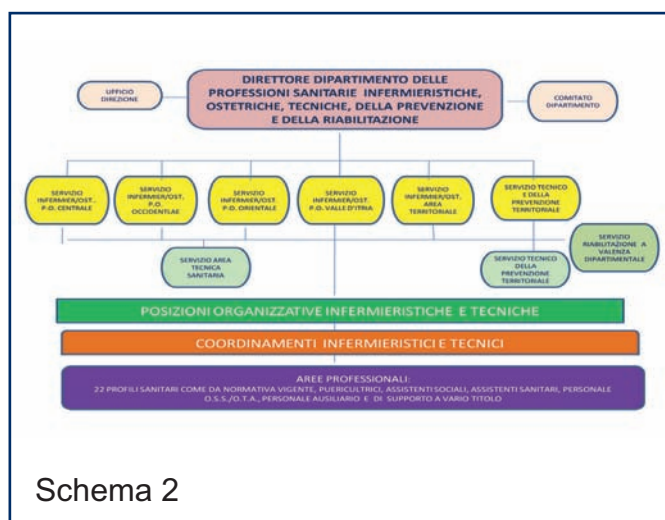
Si tratta:

- delle elaborazioni del nuovo organigramma aziendale;
- della formalizzazione del nuovo processo di Budgeting;
- degli strumenti che rendono possibile la valutazione permanente del personale;
- del provvedimento di assegnazione delle competenze gestionali "proprie o delegate" alla dirigenza aziendale.

L'assetto organizzativo e di funzionamento dell'Azienda, come riportato nello specifico allegato è finalizzato al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati attraverso attività di progettazione coordinate e lo sviluppo di processi di formazione ed aggiornamento continuo dei propri operatori.

Per quanto concerne l'elaborazione del nuovo organigramma aziendale, una componente di

indagine del medesimo studio osservazionale è la struttura del servizio aziendale infermieristico ed ostetrico, tecnico e riabilitativo, che come deducibile dallo schema 2 in seguito riportato pare abbia un carattere prettamente a pioggia con una cadenza verticale richiamante una strategia gerarchica di informazione e collaborazione piuttosto distante dalla vision e mission descritte.



Schema 2

In applicazione della LR 9 agosto 2006 n.26 sono istituiti sulla bozza del nuovo atto aziendale (bozza modifiche Atto Aziendale titolo XVI art.89, 2013) distintamente i servizi di seguito indicati:

- il Servizio infermieristico ed ostetrico ospedaliero con competenza riferita ai Presidi ospedalieri ed il Servizio infermieristico ed ostetrico distrettuale e territoriale con competenza riferita alle attività sanitarie svolte dai Distretti sanitari;
- i Servizi delle professioni tecnico-sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione;
- il Servizio professionale sociale.

Il regolamento, secondo indicazioni numeriche riportate dalle disposizioni e regolamenti regionali in materia di piano di rientro delle DD.GG. RR. n. 1388/2011 e 3008/2012, disciplinerà strutturazione, responsabilità di strutture e di processi, compiti, funzioni ed i rapporti reciproci del personale afferente ai Servizi, secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento nazionale e regionale, permettendo ad ogni operatore di riconoscersi in responsabilità e

funzioni ben definite e garantirà lo sviluppo dei processi assistenziali di competenza, promuovendo la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni sanitarie. Sebbene al momento la situazione oscilla tra transitorietà e provvisorietà, molte sembrano le possibilità che si arrivi fieri all'ufficializzazione di una linea comune di condotta che si adegui alle altre realtà italiane.

I DATI DELL'INDAGINE

Il questionario utilizzato è lo strumento di un'indagine sul benessere organizzativo condotta dal " Cantiere sul benessere organizzativo " nell'ambito del " Programma Cantieri " del Dipartimento della Funzione Pubblica in collaborazione con la Cattedra di Psicologia del Lavoro della Facoltà di Psicologia 2 dell'Università "La Sapienza" di Roma rispondente ai requisiti della norma Uni En Iso 9002. Lo stesso è stato utilizzato per l'indagine comparativa osservazionale condotta nelle due realtà oggetto di tesi, ovvero Asl L.V.Chieti e Asl Taranto.

I reparti presi in considerazione sono quello di Cardiologia, Urologia, Rianimazione, Medicina, Chirurgia, Pronto Soccorso, Chirurgia Vascolare, Ortopedia. Il criterio di inclusione e di esclusione delle Unità Operative Complesse è da esplicitarsi nella presenza certa di quest'ultimi nei due centri di riferimento, in quanto punti cardini essenziali di una azienda sanitaria. La scelta di usare lo stesso questionario è stata determinata dalla possibilità di mettere a confronto i dati raccolti. I questionari restituiti sono stati 240 di cui ritenuti validi per l'analisi statistica, con un tasso di risposta del 92,56%, 222. Il questionario è orientato sulle principali dimensioni del benessere organizzativo, integrato da scale di valutazione dei compiti ad essi attribuiti e dalle aspettative di ruolo. Sono stati eleggibili allo studio tutti i dipendenti delle Aziende Sanitarie in questione ma per riferimento temporale sono stati raccolti dati solo per alcuni reparti esistenti in entrambe le realtà aziendali di riferimento meglio delineati nel protocollo di ricerca. Le risposte alle voci che indagano su professione, richiesta lavorativa, percezione dello stress, risultano particolarmente critiche ed incidono significativamente sulla percezione dello stress

lavorativo, unitamente al sovraccarico di lavoro in entrambe le realtà Aziendali. Tra le caratteristiche maggiormente soddisfacenti da parte del personale della realtà Teatina sono l'intensa collaborazione fra colleghi e una efficienza organizzativa; questione invece non riscontrabile nella realtà tarantina. Complessivamente la percezione dello stress è identica nelle due realtà. È stato invece possibile dedurre come la presenza del Saps nella realtà clinica sia lo strumento direttivo del migliore utilizzo delle evidenze scientifiche, delle risorse materiali, delle risorse umane, della risoluzione di contenziosi interdisciplinari. I due sessi in entrambe le realtà sono risultati quasi equivalenti, nonostante il fatto che la mascolinizzazione della professione rappresenti nella realtà tarantina il palese riscontro di quanto la professione infermieristica attraesse in passato nel Sud i giovani disoccupati, anche in funzione della relativa facilità di trovare un realistico sbocco occupazionale. Nel tarantino il 60,8% della popolazione intervistata ha un'età superiore ai 40 anni, il che è un segnale indicativo della difficoltà dell'attuazione del cosiddetto turnover. Nella compagine teatina la percentuale del campione intervistato superiore ai 40 anni si abbassa sfiorando il 51%. Sono state analizzate le tabelle di contingenza per verificare la relazione tra la città di provenienza e le altre variabili prese in esame. È stata effettuata un'analisi inferenziale mediante test del Chi-quadrato di Pearson per valutare la significatività di queste relazioni. I test sono stati ritenuti significativi se al di sotto della soglia del 5%.

Sesso * Provenienza

Tavola di contingenza

			Provenienza		Totale
			Chieti	Taranto	
Sesso	F	Conteggio	77	42	119
		% entro Sesso	64,7%	35,3%	100,0%
	M	Conteggio	33	70	103
		% entro Sesso	32,0%	68,0%	100,0%
Totale		Conteggio	110	112	222
		% entro Sesso	49,5%	50,5%	100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	23,569 ^a	1	,000
N. di casi validi	222		

a. 0 celle (0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 51,04.

Le tabelle mostrano una relazione significativa (sig. 0,000) tra la città di provenienza e il sesso. In particolare, il sesso femminile risulta dominante a Chieti rispetto a Taranto, dove è maggioritario il sesso maschile.

Età * Provenienza

Tavola di contingenza

			Provenienza		Totale
			Chieti	Taranto	
Età	Fino a 30 anni	Conteggio	18	9	27
		% entro Età	66,7%	33,3%	100,0%
	Dai 31 ai 40 anni	Conteggio	25	25	50
		% entro Età	50,0%	50,0%	100,0%
	Dai 41 ai 50 anni	Conteggio	56	62	118
		% entro Età	47,5%	52,5%	100,0%
	Dai 51 ai 60 anni	Conteggio	11	16	27
		% entro Età	40,7%	59,3%	100,0%
Totale		Conteggio	110	112	222
		% entro Età	49,5%	50,5%	100,0%

Chi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Chi-quadrato di Pearson	4,213 ^a	3	,239
N. di casi validi	222		

a. 0 celle (0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 13,38.

Le tabelle mostrano una relazione non significativa (sig. 0,239) tra la città di provenienza e l'età. Le differenze di età riscontrate non sono dunque sufficientemente grandi per affermare che nelle due città le età siano distribuite in modo diverso.

Nella realtà tarantina pochi sono gli infermieri non in possesso di un diploma di scuola media superiore (10,4%), a fronte di un 89,6% di infermieri in possesso di diploma. Il 28,2% frequenta l'Università o possiede un diploma di laurea. L'innalzamento della percentuale di infermieri in possesso del diploma di laurea risulta correlata all'istituzione di corsi di riconversione dei titoli attivati presso altre Università, come quella di Chieti che conta numerosi tarantini. Nella realtà teatina il possesso del diploma di laurea arriva fino al 60% degli infermieri in servizio esaminati.

I valori medi relativi all'area della soddisfazione lavorativa di Taranto sono inferiori rispetto a quelli di Chieti. Le valutazioni negative degli infermieri tarantini superano abbondantemente

Qualifica * Provenienza

Tavola di contingenza

			Provenienza		Totale
			Chieti	Taranto	
Qualifica	Diploma - Riconversione	Conteggio	43	79	122
		% entro Qualifica	35,2%	64,8%	100,0%
Laurea		Conteggio	67	33	100
		% entro Qualifica	67,0%	33,0%	100,0%
Totale		Conteggio	110	112	222
		% entro Qualifica	49,5%	50,5%	100,0%

Cbi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Cbi-quadrato di Pearson	22,167 ^a	1	,000
N. di casi validi	222		

a. 0 celle (.0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 49,55.

Le tabelle mostrano una relazione significativa (sig. 0,002) tra la città di provenienza e la qualifica. Si può affermare che a Taranto ci siano meno laureati rispetto a Chieti.

Contratto di lavoro * Provenienza

Tavola di contingenza

			Provenienza		Totale
			Chieti	Taranto	
Contratto di lavoro	A tempo determinato	Conteggio	34	11	45
		% entro Contratto di lavoro	75,6%	24,4%	100,0%
A tempo indeterminato		Conteggio	76	101	177
		% entro Contratto di lavoro	42,9%	57,1%	100,0%
Totale		Conteggio	110	112	222
		% entro Contratto di lavoro	49,5%	50,5%	100,0%

Cbi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Cbi-quadrato di Pearson	15,270 ^a	1	,000
N. di casi validi	222		

a. 0 celle (.0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 22,30.

Le tabelle mostrano una relazione significativa (sig. 0,000) tra la città di provenienza e il contratto di lavoro. In particolare, i contratti a tempo determinato risultano dominanti a Chieti rispetto a Taranto, dove sono maggioritari quelli a tempo indeterminato.

Anzianità di servizio * Provenienza

Tavola di contingenza

			Provenienza		Totale
			Chieti	Taranto	
Anzianità di servizio	Meno di 5 anni	Conteggio	14	3	17
		% entro Anzianità di servizio	82,4%	17,6%	100,0%
Da 5 ai 10 anni		Conteggio	21	10	31
		% entro Anzianità di servizio	67,7%	32,3%	100,0%
Da 11 a 20 anni		Conteggio	21	25	46
		% entro Anzianità di servizio	45,7%	54,3%	100,0%
Oltre 20 anni		Conteggio	54	74	128
		% entro Anzianità di servizio	42,2%	57,8%	100,0%
Totale		Conteggio	110	112	222
		% entro Anzianità di servizio	49,5%	50,5%	100,0%

Cbi-quadrato

	Valore	df	Sig. asint. (2 vie)
Cbi-quadrato di Pearson	14,477 ^a	3	,002
N. di casi validi	222		

a. 0 celle (.0%) hanno un conteggio atteso inferiore a 5. Il conteggio atteso minimo è 8,42.

Le tabelle mostrano una relazione significativa (sig. 0,002) tra la città di provenienza e l'anzianità di servizio. Si può affermare che a Taranto i dipendenti abbiano un'anzianità di servizio maggiore rispetto a Chieti.

Attraverso l'analisi delle diverse opzioni relative alla soddisfazione professionale si può osservare che in entrambe le indagini si evidenziano bassi livelli di soddisfazione relative al trattamento economico, ai carichi di lavoro e all'organizzazione del lavoro (si sottolinea però un maggior numero di opzioni tra gli infermieri tarantini in merito soprattutto all'efficienza organizzativa). Inoltre la formazione professionale viene percepita maggiormente critica da parte degli infermieri del Sud. La popolazione teatina intervistata ha espresso maggiore soddisfazione rispetto alla popolazione tarantina verso la professione, il posto di lavoro, la formazione continua ricevuta (ecm) e l'inserimento professionale.

La comparazione dei dati tra le due indagini in merito alle aspettative evidenzia come un congruo incremento economico e la qualità del posto di lavoro rappresentino aspettative che, secondo un apprezzabile percentuale di infermieri teatini possono in realtà concretizzarsi, mentre per la compagine tarantina risultano di lontana realizzazione.

Analizzando i questionari si ravvisa la presenza di obiettivi chiari, soprattutto una buona definizione di ruoli e compiti in entrambe le realtà. Fra i punti di debolezza invece il maggior disagio è dovuto ad una percezione elevata di stress e ad un affaticamento generalizzato conseguente alle caratteristiche dei compiti. I dipendenti del comparto tarantino percepiscono una valorizzazione insufficiente ed insoddisfazione della qualità delle relazioni, in particolare con i superiori a seguito anche di un certo livello di conflittualità. Dall'analisi dei test raccolti, sempre nella realtà di Taranto, si rileva resistenza dell'organizzazione verso gli aspetti dell'innovazione, come è deducibile dalla verticalità dell'organigramma aziendale del servizio infermieristico.

Lo studio ci induce a individuare nell'organizzazione e nel management aziendale un punto centrale su cui focalizzare la riflessione cri-

tica e la progettualità. Oltre ad una revisione dei modelli organizzativi, come avvenuto nella realtà abruzzese, assume un ruolo importante il Saps che sembra supplire alle carenze avvertite nella realtà tarantina in merito a clima organizzativo, definizione dei ruoli, riconoscimento della professionalità, formazione continua, tutela dell'operatore sanitario, utilizzo delle evidenze scientifiche, risoluzione dei contenzioni disciplinari e fluidità d'informazione a carattere trasversale.

CONCLUSIONI

Il clima organizzativo rappresenta indubbiamente una parte fondamentale per la crescita dei professionisti e sembra tra l'altro evidenziare ripercussioni sulla qualità dei servizi sanitari erogati e sul loro miglioramento. Diversi studi oggi riscontrano vantaggi nel clima organizzativo nell'ambito dei servizi sanitari, grazie anche ad una più rilevante diffusione della cultura psicologica del lavoro e dell'attenzione verso le risorse umane.

La necessità di rendere l'habitat lavorativo il più favorevole possibile, creando momenti di condivisione, di coinvolgimento, di integrazione dei valori, di gratificazione, di riconoscimento e di valorizzazione dei professionisti, salvaguardando obiettivi di tutela orientati ai bisogni della persona assistita, deve diventare un interesse prioritario e comune dei governi decisionali sanitari.

Per realizzare ciò è indispensabile però stimare come gli andamenti influenzino gli outcome assistenziali rispetto agli standard ottimali, affrontare e rivalutare nel tempo le criticità che emergono nei gruppi di lavoro (per esempio attraverso questionari ad hoc) che non vanno mai occultate né sottostimate, ma che anzi devono servire per trasformare efficacemente, con azioni e novità, l'ambiente nelle sue diverse dimensioni in un setting assistenziale terapeutico coerente e concreto.

Parlare di benessere organizzativo significa infatti occuparsi di efficienza e qualità dei servizi oltre che di tutela della salute dei lavoratori.

BIBLIOGRAFIA

Alvaro, R., Antonetti, G., Guerrieri, W. M. & Petrangeli, M. (2011) *Il Dirigente delle professioni sanitarie - Ruolo e prospettive nel contesto della Pubblica Amministrazione. 2° edizione*, EdiSES Editore, Napoli.

Bolognini, B. (2007) *L'analisi del clima organizzativo*. Carocci Editore, Roma.

Converso, D. (2012) *Benessere e qualità della vita organizzativa in sanità*. Espress Editore, Torino.

Cortese, C.G. (2007) 'Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study'. *Journal Nurses Management*, vol. 15, no.3, pp. 303-312.

De Santis, A. & Simeoni, I. (2009) *I Gruppi di Lavoro nella Sanità: comunicazione efficace, gestione dei conflitti, leadership*. Carocci Editore, Roma.

Innocenti, L. (2013) *Clima organizzativo e gestione delle risorse umane Unire persone e performance*. Franco Angeli Editore, Milano

Kati, U. & Helvi, K. (2009) 'Hospital nurses' job satisfaction: a literature review'. *Journal of Nursing Management*, vol. 17, no. 3, pp. 1002-1010.

Mac Davitt, K., Chou, S.S., Stone, P.W. (2007) 'Organizational climate and health care outcomes'. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 33, pp. 45-56.

campo in sanità. Come trovare un punto di incontro tra l'organizzazione e l'individuo. Maggioli Editore.

Piscopo, G. (2010) *Il clima organizzativo nelle organizzazioni sanitarie. Due indagini empiriche*. Aracne Editore, Roma

Shipton, H., Armstrong, C., West, M. & Dawson, J. (2008) 'The impact of leadership and quality climate on hospital performance'. *International Journal Quality Health Care*, vol.20, no. 6, pp.439-445.

Vaccani, R. (2012) *Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo*. Carocci Editore Roma.

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2012) 'A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction'. *Research in Nursing & Health*, vol. 30, no.4, pp. 445-458.

Key words: Nurses, Job satisfaction, work satisfaction, Management, Nursing, staff, hospital Professional autonomy

OLTRE IL DOVERE

Dott.ssa Anna Caricasulo, Infermiere U.O. Rianimazione, SS. Annunziata - Taranto



Arrivano a migliaia, giorno dopo giorno, sfidando la sorte su gommoni o barche fatiscenti, approdando su coste sconosciute o trovando la salvezza grazie alle navi italiane impegnate nell'operazione "Mare nostrum", operazione da 9,5 milioni di euro al mese, stanziati per dare una mano a quanti partono alla ricerca di Utopia, quell'isola felice che non c'è.

Li dicono "profughi", sfuggiti ai drammi delle guerre che infiammano l'Africa ed il vicino Oriente, ma non sempre lo sono, in specie i giovani, più semplicemente alla ricerca di qualcosa di diverso, di esperienze nuove, giovani con lo spirito dei nostri figli, ora spinti dalla crisi a lasciare casa e paese per trovare altrove quel futuro del quale sono stati defraudati in patria.

Ma questa è un'altra storia. I migranti hanno ancora la speranza, come ne aveva Aly.

La storia di Aly comincia tempo addietro nel suo paese, la Tunisia, paese di sole, di mare, di storie fantastiche, Aly è un ragazzo speciale, buono, con tutta la vita davanti, pieno di sogni, speranze e illusioni che vengono annullate dalla forte volontà e carattere di suo padre. La sua è una famiglia agiata, suo padre è un imprenditore, Aly lavora con lui ma non è felice

, non sopporta il carattere autoritario del padre, le sue angherie, il suo imporre la volontà a tutti i costi e su tutti. Sogna così di fuggire, di andare in un paese lontano da suo padre, dove finalmente può vivere la sua vita, fare quello che gli pare, essere libero. Una notte, si imbarca su di un motoscafo di clandestini e fugge dalla Tunisia, rotta per l'Italia. Il viaggio è terribile, Aly sta male, ha paura, ma al sorgere del sole, quando si avvistano le coste italiane sente addosso insieme alla brezza del mare aria di libertà, i primi giorni sono per lui un po' difficili, non trova lavoro, non conosce nessuno, ma non demorde, anche se soffre la fame, il freddo. La libertà non ha prezzo. Ha saputo che c'è una comunità di tunisini a Ginosola, un piccolo paese in provincia di Taranto ed è proprio lì che è diretto. Quando arriva, sorpresa, ritrova il suo grande amico, Kaleb, partito dalla Tunisia in cerca di lavoro prima di lui. I due sono molto felici di essersi ritrovati, insieme cercano lavoro. Aly spiega a Kaleb ciò che lo ha spinto a partire. Estate, i due amici lavorano duro, raccolgono pomodori, angurie, di giorno fa caldo, si alzano presto, ma sono giovani, hanno braccia e mente molto forti; la sera sono troppo stanchi, non hanno voglia di uscire e passano ore a parlare del loro paese, della loro terra, dei loro

cari. L'estate scorre così , caldo, lavoro e un giorno Kaleb decide di partire, andare via da Ginosà, lui è diverso da Aly , ha sempre voglia di cambiare, non resiste in un posto per più di un certo di tempo, ha un carattere forte, è volubile, cangiante, non vuole mettere radici , non vuole affezionarsi a nessuno. Ad Aly però, vuole molto bene , è il suo amico di sempre, gli dispiace lasciarlo , ma, dopo un po', va via , si trasferisce prima a Foggia e poi a Bologna lasciando Aly completamente solo. Un maledettissimo giorno di quella caldissima estate il pulmino che porta Aly e i suoi compagni al lavoro, in campagna ha un incidente, finisce fuori strada , l'urto è tremendo, il povero Aly viene sbattuto fuori dal pulmino, il suo giovane corpo magro si ritrova sul terreno, il colpo alla testa è fortissimo. Rimane privo di sensi per terra , il 118 raccoglie il giovane tunisino in coma e lo porta all'ospedale di Taranto. Il trauma cranico è gravissimo, viene operato d'urgenza e trasferito in rianimazione, quell'anno è una estate tragica per quanto riguarda i traumi della strada ed Aly è uno dei tanti giovani ricoverati in terapia intensiva, ma ha un cognome "strano" che attira l'attenzione di Laura, infermiera di rianimazione da 10 anni. Laura ha visto tanti casi come quello di Aly centinaia di pazienti sono transitati nel suo reparto ma Aly è per lei, quasi da subito, un paziente speciale: è giovane, straniero è alto, magro, con gli occhi scuri molto grandi, ma, soprattutto, è solo , non ha nessuno che si interessi di lui. Le condizioni del giovane sono gravi, viene operato ancora, ancora mille controlli tac e, finalmente, dopo qualche giorno Aly apre gli occhi, quei grandi occhi smarriti dove c'è tutta la sua voglia di vivere ma anche la paura di morire . Gli infermieri , i fisioterapisti, gli studenti, i medici sono tutti intorno al suo letto, lo chiamano, lo stimolano, Aly non capisce l' italiano, qualcuno gli parla in francese, apre gli occhi , sembra reagire un po' ma non con molto successo. Laura si avvicina al suo letto , gli prende la mano , lo chiama con la sua voce possente e i suoi modi non proprio dolcissimi ma efficaci, come è solita fare con i suoi pazienti, gli ordina di stringerle la mano e Aly lo fa, stringe le sue lunghe dita, la sua mano

ossuta intorno a quella dell'infermiera, dà un segno della sua presenza. Sembra dire a Laura : " Si ci sono , non vado via ". Laura è felice, le studentesse gli sorridono, è circondato da affetto : " Andiamo Aly , dai ce la puoi fare !", i giorni seguenti scorrono così , Aly sembra reagire ogni giorno di più , Laura arriva al lavoro con l' entusiasmo di sempre , passa a salutare il giovane, gli dice : " Aly dai mandami un bacio , muakkkkk " , Aly lo fa davvero, le manda un bacio: " Siiii , dai così !". Laura è felice , finalmente una reazione positiva, forse ce la può fare davvero , Aly ripete il gesto del bacio solo altre due volte, è un gesto che fa solo a lei, poi ricade nel suo torpore , arriva la febbre alta peggiora e anche i suoi piccoli miglioramenti sembrano scomparsi . Inutile dire la delusione di tutti, medici , infermieri , avevano sperato troppo , osato troppo , Aly non era abbastanza forte, ma accanto a lui c'è Laura. Assisterlo, prendersi cura di lui è qualcosa che va oltre il suo lavoro, è qualcosa di viscerale, inspiegabile che la lega a questo ragazzo sfortunato, solo, senza nessuno che lo ami . Spesso all'ora di visite è Laura che è accanto al suo letto, al posto di un amico , di un parente , ma qualcuno che ama



Aly insieme a lei c'è, è Kaleb, telefona tutti i giorni, è a Bologna, vuole avere notizie del suo amico, parla un italiano stentato che per telefono si capisce anche meno. Laura fa domande a Kaleb sulla famiglia di Aly, se sanno dell'incidente, se sanno che è così grave, Kaleb le risponde di sì: "Di alla mamma di Aly che, se anche è tanto lontano da lei, noi ci prendiamo cura di lui, gli vogliamo bene, dille che Aly non è solo, che qui è molto amato da tutti". Kaleb è triste, ha capito che Aly sta male. Kaleb continua sempre a chiamare in reparto per sapere come sta Aly, finché un giorno arriva a Taranto a trovarlo, entra spaventato, quando si ritrova davanti il suo amico di sempre, quasi non lo riconosce, tubi e fili gli escono dappertutto, non lo ha riconosciuto, l'ha chiamato, gli ha tenuto la mano, gli ha parlato nella loro lingua ma Aly non ha risposto, neanche si è accorto di lui. Kaleb è sbalordito, cerca risposte.. Laura gli spiega lentamente, cerca di non usare parole difficili, gli spiega le cose più volte con molta pazienza ma per Kaleb è difficile capire, capisce solo che il suo amico, il suo unico amico non è più lui. Anche Laura vuole sapere di Aly..



Parlano molto, a lungo, del ragazzo, della Tunisia fino a che Kaleb va via. Ma un giorno ritorna a Taranto accompagnato dal padre di Aly appena arrivato dalla Tunisia, un uomo distinto, serio, ben vestito, con uno sguardo triste, severo, austero, un uomo che ha ricevuto un dolore insopportabile, che sopporta tutto sulle sue possenti spalle e che riesce a dominare con una grande forza di volontà. Entra in silenzio, non parla né capisce una sola parola di italiano, si avvicina al letto del figlio, lo guarda con uno sguardo impenetrabile, duro, va avanti così per una settimana: entra, rimane per poco tempo, va via. Quindi, così come è arrivato, in silenzio riparte. Le condizioni di salute di Aly peggiorano inesorabilmente, la febbre e le infezioni si impadroniscono di quel corpo fin troppo fragile, ben presto la fine: ha smesso di soffrire. Laura non vuole vederlo. I suoi colleghi si occupano del corpo di Aly, lo coprono con un lenzuolo, lo mettono in una stanza. Laura si preoccupa di chiamare l'ambasciata tunisina perché avvisino subito la sua famiglia, chiama anche Kaleb, è a Bologna, non potrà venire subito, le dice, ma arriveranno altri amici che sono lì a Ginosà. Laura raccomanda che gli portino i vestiti, ma Kaleb le spiega che per i musulmani non è così, seppelliscono i loro morti nudi, avvolti solo da un lenzuolo. Aly non ha più bisogno di vestiti, ad occuparsi della preparazione del corpo di Aly sarà un gruppo di persone dedite a queste pratiche, laveranno il corpo, gli faranno la barba e i capelli, lo cospargeranno con degli oli adatti e avvolgeranno il suo corpo in sette metri di lenzuolo bianco, solo così, purificati, i morti possono presentarsi al cospetto di Allah. Il corpo verrà deposto in una bara e il consolato tunisino si occuperà di restituire a sua madre, al suo paese il corpo di questo figlio sfortunato. Laura ora sta meglio, ha saputo da Kaleb, molti giorni dopo, che il corpo di Aly è nuovamente a casa, Kaleb le ha portato personalmente la notizia. E tempo di salutarsi, il loro abbraccio è speciale, contiene l'affetto che condividono per Aly: Kaleb non sa come ringraziarla per tutto ciò che ha fatto per il suo amico, nessuno dei due lo dimenticherà, nessuno dimenticherà la storia di Aly.



Diario di una dottoressa con la padella

Dott.ssa Natalina Segoloni
Inf. Distretto n. 5 - Martina Franca (TA)

Caro diario,

in barella non ci sono arrivata, forse ho esagerato. L'ultimo medico che mi ha visitato ha detto "Non ho visto mai un caso come il suo con una persona che è rimasta in piedi", pertanto, se Iddio avesse voluto dare ascolto a chi mi voleva far del male, al massimo sarei rimasta su una carrozzella, ma per terra mai!

Scrivo a rate perché la mia autonomia da seduta è breve, cosicché spero di mantenere un minimo di filo logico. Intanto- notizia!- ti informo che abbiamo cambiato di nuovo presidente del consiglio.

Forse dovrei smettere di scrivere questo diario! Ogni volta che lo faccio cade un governo. Non è che, niente niente, porto sfiga? Intanto la sfiga mi perseguita, chiamiamola così.

Continuo a scherzarci lo so. Se ci fosse mio padre, adesso, direbbe che me la sono cercata.

Mio padre era un uomo tenero tenero, sempre con il suo dolce sorriso; seppi che era un sindacalista quando andò in pensione e gli chiesi -Ma come facevi a fare il sindacalista se non sei capace di dire di no nemmeno a noi?-

E lui -Dicevo di sì. Accompagnavo alle visite Inail quelli che non avevano mezzo, compilavo i 740 a quelli che non erano capaci, scrivevo le lettere a quelli che non avevano avuto modo di andare a scuola "

Dopo due mesi dalla sua pensione, a 50 anni d'età, arrivò il T.F.R. dell'Ilva ed il referto della sua Biopsia prostatica. Lui era come me vedeva sempre il lato simpatico della cosa. "Immagina-diceva- se con questo tumore da operare adesso non avessi nemmeno i soldi per andare da un bravo medico ".

Ha lottato 10 anni contro la malattia, poi l'inevitabile ha messo per terra anche lui.



Io gli rimproveravo che la colpa fosse sua e di tutti quelli che lì dentro non si erano mai ribellati.

Lui rispondeva che doveva andare così, che contro i padroni non puoi fare nulla, ed ora penso al racconto di quel giorno che prese un caffè con la mia ex caposala, una settimana prima che morisse e le disse

"Sono preoccupato più per Natalina che per me, è arrabbiata con tutti quanti ma non può cambiare il mondo, fateglielo capire altrimenti passerà i guai E' gentaglia, meglio che non si metta contro"

No, io mi ci sono messa contro, perché volevo che soffrissero quanto ha sofferto il mio Babbo, invece i tribunali ci hanno dato un cencioso assegno, e quella gente è rimasta ad uccidere i Tarantini sino ai giorni nostri. Solo oggi la

tv ci ha comunicato che parte di quella gentaglia è indagata, ma è viva, è sana ,è libera di andare sotto i propri alberi di noce e respirare il sole, le loro vittime no. Non serve a niente, nulla ti ridarà indietro quel mesto sorriso che non chiedeva tangenti, posti di prestigio o stipendi d'oro, ma solo una passeggiata con i sui nipotini in riva al mare per raccontargli di pinocchio e la balena.

E, allora, hai sbagliato tu, babbo, o sbaglio io ?

Questa mattina sono tornati i dolori e mi sono vergognata come una ladra nel mostrarmi in preda al panico davanti ai miei colleghi di pronto soccorso, ma ogni volta ho paura che si stia paralizzando qualcosa. Gli ortopedici del mio ospedale, con la santa pazienza di ogni volta, mi hanno prescritto la pozione magica ed ora sono nuovamente con gli spiriti maligni lontani mille miglia dalla mia testa.

In queste situazioni pensi ai pazienti "fissati", a quando rispondevi "Non posso farle nient' altro, il medico ha prescritto il massimo che si potesse fare, stia tranquillo e non ci pensi".

Quanto vorrei accarezzarli uno ad uno adesso; non è la morte che fa paura, ma la sofferenza!

Se noi infermieri ci fermassimo un momento a pensare, forse agiremmo in maniera diversa: non è una guarigione immediata che ci chiedono ma conforto, comprensione forse una frase del tipo "Lo so come ti senti è bruttissimo, ma vedrai che lentamente passerà". Come si fa a dire ad un paziente ricoverato "Non ci pensi ", non è mica a Disneyland.

La malattia è privazione! Stasera mio figlio mi ha chiesto i soldi per la pizza con gli amici e, per la prima volta, gliel'ho dati contati racco-



mandandomi di non superare una bevanda a tavola. E' un mese e mezzo che giro per medici, luminari e illuminati. Puoi capire quante di queste prestazioni mi siano state passate dal S.S.N. e quante a pagamento. Io non te lo dico, ma fai una prova: vai sul sito della Sanità Puglia e chiama uno alla volta i C.U.P. di tutte le Aziende Ospedaliere elencate, semmai dovessi aver risposta (?) prova a chiedere una prestazione qualsiasi. Ci sarebbe una legge che obbliga la regione ad erogare le prestazioni sanitarie entro 180 giorni... boh, guarda quel mio ex primario che mi faceva mobbing perché cono-

scevo troppe leggi. Aveva ragione, le leggi fanno male all'anima perché ci rimani male .

Così arrivi ad una conclusione: o ti convinci di esserti inventata la malattia come dicono certe sciancate o se sei davvero malata ed è arrivato quel momento che i tuoi genitori ti hanno insegnato ad aspettare, quello del "se succede qualcosa devi tenere da parte qualche cosa di soldi".

Qui lo dico e qui lo nego, credo tra la feccia dell'Italia ci sia il barista che non emette scontrino per un cornetto da un euro , mentre il professionista, che non emette fatture per prestazioni di 70-100-200 euro (che dovrebbero essere i primi a pagare le tasse allo Stato, perché è grazie all'inefficienza dello stato che riescono a lavorare), non è feccia, è un mafioso, approfittatore della disperazione del cittadino che cerca un pubblico servizio non garantito affatto dal pubblico ,e se di quel sistema pubblico il professionista fa parte ..., il suo è agire da mafioso?



Caro Ale,

ti scrivo usando un banale strumento informatico quale una mail per due ragioni.. la prima è che la mia scrittura man mano che invecchio peggiora costantemente sino a rendersi illeggibile anche per me, la seconda è che so per certo che tu sei in Paradiso, luogo della cui esistenza sono convinto, e poiché lì saranno certamen-

te organizzatissimi appena giunto ti avranno dotato di apparecchio ultra stellare ... è il caso di dirlo ... per leggere le missive di vecchi amici come me.

Starai ridacchiando in maniera sorniona chiedendoti come faccio a sapere che sei in Paradiso dato che, nessuno di noi appartiene ad una congregazione di integerrimi. Tu sei lì per meriti speciali..perché con la tua opera quotidiana hai salvato la vita per tanti anni a qualche migliaio di persone..Ti penso nella nostra divisa arancione, pronto a scattare come una molla, pignolo a motore nella precisione dello strumentario, nella correttezza di approccio agli interventi..sai, te l'ho detto quando sono venuto a trovarti in casa tua, composto tra il silenzio urlante di tutti i presenti..abbiamo perso tantissimo..abbiamo soltanto una consolazione..la tua vita che continua a scorrere nelle vene di Milena, e di Simone e di Serena..chissà se uno di loro due non potrà essere un piccolo-grande Magazzino d'assalto sui mezzi d'emergenza.

Mentre ti scrivo penso a mille situazioni, a centinaia di momenti, e credo che molti tra noi continuano a rivolgerti un pensiero di ringraziamento per averti potuto conoscere, incontrare..per aver condiviso le molte vittorie e le tantissime sconfitte del nostro agire quotidiano..per i tuoi scherzi, il sorriso, le battute, per tutto questo.

L'altra sera, stellatissima, ho alzato il capo e mi sei comparso ... che tipo! Stavi trafficando con la tua sempre impeccabile divisa, anche all'uscita dal peggiore intervento. Ma come facevi ??? Mistero...

Ciao Ale, uno di noi..prima o poi ci incontriamo.

Ti abbraccio, Pio

PRECARI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, CE L'HO IMPONE L'EUROPA!

Dott. Pierpaolo Volpe - Infermiere legale e forense - Centro Diurno Epasss - Grottaglie (TA)



In nome della legge "convertiteli!"¹

Carissimi colleghi,
C'è con questa citazione che vorrei iniziare questo articolo rivolto a tutti i precari della sanità.

Ora finalmente ci siamo, dopo una lunga attesa, il 17 luglio anche l'ultimo tassello della causa precari in Corte di giustizia è stato incardinato. Ora attendiamo una sentenza storica ed epocale che ripristinerà il diritto ad una tutela effettiva per i precari (presumibilmente nel mese di ottobre 2014) per l'abuso dei contratti a termine da parte dello Stato italiano.

Con delle conclusioni di una chiarezza disarmante depositate il 17 luglio, l'Avvocato Generale della Corte di giustizia Maciej Szpunar nelle cause riunite C 22/13, da C 61/13 a C 63/13 e C 418/13, fuga definitivamente ogni dubbio sull'esito della sentenza che la Corte di Giustizia dell'unione europea emetterà in autunno, aprendo una autostrada alle stabilizzazioni. Già le l'Ordinanza "Papalia" e la Sentenza "Carratù" emanate dalla Corte di Giustizia il 12 dicembre 2013 hanno avuto del clamoroso, questo però non è bastato a mutare alcuni orientamenti sbagliati di alcuni giudici di non garantire il diritto, alla trasformazione del contratto di lavoro da tempo determinato a indeterminato e al risarcimento del danno per i precari che si sono visti abusare per anni da parte della P.A.. Finalmente le cose in autunno cambieranno, ponendo fine una volta per tutte al precariato pubblico.

Fino ad oggi lo Stato italiano ha potuto, in diversi settori tra cui la sanità, la scuola, gli enti locali, la ricerca, utilizzare personale con contratto a

termine per moltissimi anni, senza che nessuna tutela fosse loro garantita. Precari a vita senza alcuna forma di tutela, senza strumenti per prevenire e sanzionare l'abuso dei contratti a termine. La Cassazione per andare incontro alle esigenze di contenimento della spesa pubblica da parte dello Stato italiano, al fine di non garantire alcun risarcimento al personale precario che per anni si è visto rinnovare illegittimamente il proprio contratto, si è "inventata" il principio della *probatio diabolica*. Questo in sostanza ha costretto i precari, al fine di poter ottenere il risarcimento del danno, a dover provare (inutilmente) l'effettivo danno subito per l'abuso ricevuto sull'utilizzo del contratto a termine, insomma una vera assurdità contraria come vedremo alle sentenze e principi della Corte di giustizia. Andiamo in ordine e cerchiamo di fare il punto su quello che è avvenuto e che sta per avvenire. La Commissione europea il 20 novembre 2013 inviando una missiva all'Italia, ha concluso la procedura di infrazione aperta nel 2011 solo per il personale della scuola e nel 2013 estesa a tutto il pubblico impiego per abuso dei contratti a termine, invitando il nostro paese a fornire entro 60 giorni dettagliate motivazione sulle azioni poste in essere al fine di superare il fenomeno del precariato. Dopo pochissimi giorni dalla messa in mora della Commissione, il 2 dicembre la Corte di Cassazione italiana con la sentenza n. 26951 cambia orientamento dicendo "SI" al risarcimento danni per i precari in seguito ad abuso dei contratti a termine. La Cassazione in questo modo cancella con un colpo di spugna le sue due precedenti sentenze 392 e 10127 del 2012, statuendo che "una normativa nazionale che escluda la conversione in contratto a tempo indeterminato nel settore del

¹ Citazione Avvocato Vincenzo De Michele. Esperto di diritto comunitario.

pubblico impiego”, è necessario che “contenga un’altra misura effettiva destinata ad evitare e, del caso, a sanzionare un utilizzo abusivo di una successione di contratti a tempo determinato”. La Corte di Cassazione ha applicato un principio già sancito dalla Corte di Giustizia nella sentenza C-180/04 “Vassallo” del 07.09.2006 secondo cui “il lavoratore che sia stato assunto illegittimamente ha diritto ad essere risarcito per effetto della violazione delle norme imperative in materia”, anticipando di qualche mese le prossime sentenze della Corte di Giustizia (cause “Mascolo e a.” e “Napolitano” C 22/13, da C 61/13 a C 63/13 e C 418/13)

La sentenza Carratù e l’ordinanza Papali: risvolti sul precariato pubblico

La Sentenza “Carratù” (C-361/12) sul collegato lavoro (art. 32 legge 183/2010) rappresenta una svolta epocale, confermando quanto asserito da tempo, cioè che alla Pubblica amministrazione si applica il Dlgs 368/2001 e quindi le tutele dell’art. 18 della legge 300/70 con relativa conversione del contratto a termine.

Il dlgs 368/2001 essendo la norma di recepimento della DIRETTIVA 1999/70/CE DEL CONSIGLIO del 28 giugno 1999 relativa all’accordo quadro CES, UNICE e CEEP, appare pacifico che va applicata in toto anche alla P.a., e quindi prevedere la conversione del contratto anche per tutte le fattispecie, e non solo per chi ha superato i 36 mesi. Basterebbe quindi un unico contratto illegittimo, oppure una doppia proroga per determinare giudizialmente la conversione del contratto a termine.

La Corte di Giustizia nella sentenza (C-361/12) esaminando in primo luogo il settimo quesito pregiudiziale sottoposto dal Giudice remittente, e rispondendo che alla P.a. si applica il Dlgs 368/2001, chiude definitivamente la questione e anticipa di qualche mese la sentenza che emetterà in autunno relativamente ai rinvii pregiudiziali del Tribunale di Napoli e della Consulta.

La stessa Corte Costituzionale, stufa delle ambiguità del legislatore italiano, con l’ordinanza 207/2013 depositata in cancelleria il 18/07/2013, in via pregiudiziale ai sensi e per gli effetti dell’art. 267 del Trattato sul Funzionamento dell’Unione europea, ha sottoposto alla Corte

di giustizia dell’Unione europea una serie di quesiti riguardante il precariato scolastico, che avranno risvolti su tutto il Pubblico Impiego. La Consulta per la prima volta non si comporta da Giudice di ultima istanza, ma da Giudice di merito e rinvia alla Corte europea la questione del precariato, iniziando così una cooperazione e dialogo tra le Corti.

La Corte di Giustizia nella Sentenza “Carratù” statuisce “che La clausola 4, punto 1, dell’accordo quadro sul lavoro a tempo determinato, inserito in allegato alla direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, relativa all’accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato, deve essere interpretata nel senso che può essere fatta valere direttamente nei confronti di un ente pubblico, quale Poste Italiane SpA”; la Corte dice a chiare lettere che poste italiane è “Stato” e quindi essendo stato non possono essere emanare norme che modifichino a proprio favore i processi in corso, destrutturando e depotenziando in questo modo il collegato lavoro², rendendolo inapplicabile. Ma non solo, la Corte identificando Poste italiane come “Stato”, stabilisce un principio inequivocabile, cioè che la clausola 4 della Direttiva UE 1999/70, la quale vieta la discriminazione tra lavoratori a tempo indeterminato e lavoratori assunti con contratto a termine, deve essere applicata direttamente nei rapporti tra i lavoratori e la società. Intuibili i risvolti per i precari della sanità.

Nella Ordinanza “Papalia” la Corte statuisce che “nell’ipotesi di utilizzo abusivo di contratti a termine da parte di un datore di lavoro pubblico, di una successione di contratti di lavoro a tempo determinato, preveda soltanto il diritto, per il lavoratore interessato, di ottenere il risarcimento del danno che egli reputi di avere sofferto a causa di ciò, restando esclusa qualsiasi trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato, quando il diritto a detto risarcimento è subordinato all’obbligo, gravante su detto lavoratore, di fornire la prova di avere dovuto rinunciare a migliori opportunità di impiego, se detto obbligo ha come effetto di rendere pratica-

² Legge 183/2010, costruita ad hoc per bloccare l'emorragia di ricorsi sfociati nella conversione dei contratti e risarcimento danni nei poste italiane.

mente impossibile., o eccessivamente difficile, l'esercizio da parte del citato lavoratore, dei diritti conferiti dall'ordinamento dell'unione", sconsigliando e superando le precedenti sentenze della Cassazione 392 e 10127/2012. Secondo la Corte se in uno Stato membro, si vieta la conversione del contratto, deve essere adottata una sanzione per abuso dei contratti a termine non soltanto proporzionata, ma sufficientemente effettiva e dissuasiva (Corte di Giustizia, ordinanza Marrosu e Sardino del 7/9/2006). L'art. 36 del Dlgs 165/2001 ha previsto come sanzione per illegittima apposizione e abuso dei contratti a termine il risarcimento del danno, che secondo la Corte di Giustizia nella Ordinanza "Papalia" deve essere "effettivo" e non subordinato alla prova di aver dovuto rinunciare a migliori opportunità di impiego, statuendo un risarcimento del danno in "re ipsa" e quindi portando al vaglio del Giudice nazionale la compatibilità dell'art.36 con la disciplina europea.

In attesa della storica sentenza

L'Avvocato Generale Maciej Szpunar nelle conclusioni inviate Corte di giustizia nelle cause riunite C 22/13, da C 61/13 a C 63/13 e C 418/13 concordando con la tesi sostenuta dal Tribunale di Napoli, dagli avvocati difensori dei precari, delle Organizzazioni sindacali CGIL, FLC CGIL e GILDA costituitesi in *adiuvandum* e con la Commissione europea dichiara la normativa italiana non conforme a quella europea, ritenendo nello specifico che *"Una normativa nazionale, quale quella oggetto del procedimento principale, che, da una parte, autorizza il rinnovo di contratti a tempo determinato per provvedere alla copertura di posti vacanti d'insegnamento e di personale amministrativo, tecnico ed ausiliario delle scuole pubbliche, in attesa dell'espletamento delle procedure concorsuali per l'assunzione di personale di ruolo, senza che vi sia la benché minima certezza sulla data in cui tali procedure si concluderanno e, pertanto, senza definire criteri obiettivi e trasparenti che consentano di verificare se il rinnovo di tali contratti risponda effettivamente ad un'esigenza reale e sia di natura tale da raggiungere l'obiettivo perseguito e necessario a tal fine, e, dall'altra, non prevede alcuna misura per prevenire e*

sanzionare il ricorso abusivo alla successione di contratti di lavoro a tempo determinato nel settore scolastico, non può essere considerata come giustificata da ragioni obiettive ai sensi della clausola 5, punto 1, lettera a), dell'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato, concluso il 18 marzo 1999, che figura in allegato alla direttiva 1999/70/CE del Consiglio del 28 giugno 1999, relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato. Tuttavia, è ai giudici del rinvio, tenuto conto delle considerazioni che precedono, che spetterà valutare se ricorrano tali circostanze nell'ambito dei procedimenti principali."

L'avvocato generale, accogliendo le tesi dei lavoratori, constata che **la normativa italiana non prevede né il numero di contratti successivi che possono essere stipulati né la loro durata massima**. Secondo Szpunar inoltre, le restrizioni finanziarie nel settore scolastico (e quindi anche in sanità) non giustificano il ricorso abusivo alla successione di contratti a tempo determinato senza aver fissato alcun termine preciso per l'espletamento dei concorsi per l'assunzione di personale di ruolo, generando una vera e propria incertezza totale. Secondo l'avvocato generale nessun settore può essere escluso da campo di applicazione della direttiva 70/1999, cosa che lo Stato italiano ha invece ha in sostanza fatto, escludendo scuola e sanità dall'applicazione della direttiva e della tutela effettiva.

Queste conclusioni se accolte dalla Corte di giustizia nella sentenza C 22/13, da C 61/13 a C 63/13 e C 418/13 che verrà emanata a breve, consentiranno ai giudici di **disapplicare la normativa italiana e procedere alla conversione dei contratti a termine e/o al risarcimento del danno per tutti i precari che hanno fatto ricorso al Tribunale del lavoro per illegittima apposizione del termine sui contratti di lavoro e/o superamento dei 36 mesi di servizio**. Pacifico appare il fatto che se i giudici di merito, invece di convertire i contratti dichiarati illegittimi, dovessero propendere per il risarcimento del danno, lo Stato italiano andrebbe in totale default, quindi l'unica strada da percorrere che mi sento di consigliare al Presidente Renzi e al Ministro Madia è quella delle stabilizzazioni.



Corte di giustizia dell'Unione europea

COMUNICATO STAMPA n. 101/14

Lussemburgo, 17 luglio 2014

Conclusioni dell'avvocato generale nelle cause riunite C-22/13, da C-61/13 a C-63/13 e C-418/13

Raffaella Mascolo e a./Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Fortuna Russo/Comune di Napoli e Carla Napolitano e. a/Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Stampa e Informazione

Secondo l'avvocato generale Maciej Szpunar, la normativa italiana sui contratti a tempo determinato nel settore scolastico è contraria al diritto dell'Unione

Gran parte dei posti avrebbe potuto essere coperta con contratti a tempo indeterminato

Per sostituire il personale docente nel settore della scuola pubblica, la normativa italiana prevede un sistema che si basa su graduatorie in cui i docenti supplenti sono iscritti in ordine di anzianità. Essi possono essere immessi in ruolo in funzione dei posti disponibili e della loro progressione in tali graduatorie. Le procedure di concorso per l'assunzione di personale in ruolo nel settore della scuola pubblica sono però state sospese tra il 1999 e il 2011. Per i supplenti assunti con contratti a tempo determinato, il sistema non prevede né la durata massima dei contratti né il numero massimo di rinnovi.

Le signore Raffaella Mascolo, Fortuna Russo, Carla Napolitano e altre persone sono state assunte in istituti pubblici come docenti e collaboratori amministrativi mediante contratti di lavoro a tempo determinato successivi. Hanno lavorato per i loro rispettivi datori di lavoro per periodi differenti, stante che non sono mai state assunte per meno di 45 mesi in 5 anni. Ritenendo illegittimi tali contratti, la sig.ra Mascolo e le altre persone hanno adito il giudice chiedendo la riquilificazione dei contratti in rapporti di lavoro a tempo indeterminato, la loro immissione in ruolo, il pagamento degli stipendi corrispondenti ai periodi d'interruzione tra i contratti e, in subordine, il risarcimento del danno subito.

La Corte costituzionale e il Tribunale di Napoli chiedono alla Corte di giustizia se la normativa italiana sia compatibile con l'accordo quadro sul lavoro a tempo determinato¹.

Nelle odierne conclusioni, l'avvocato generale Maciej Szpunar ricorda innanzitutto che l'accordo quadro prevede disposizioni di tutela minima volte a garantire la stabilità dell'occupazione e a evitare la precarizzazione dei lavoratori dipendenti². Il suo ambito di applicazione non esclude alcun settore particolare³; si estende a tutti i lavoratori con un contratto o un rapporto di lavoro definiti direttamente con un datore di lavoro (pubblico o privato). Il termine del contratto o del rapporto di lavoro deve essere determinato da condizioni oggettive (il raggiungimento di una certa data, il completamento di un compito specifico o il verificarsi di un evento specifico). Pertanto, **i contratti a tempo determinato nel settore dell'insegnamento pubblico rientrano nell'ambito di applicazione dell'accordo quadro.**

L'accordo quadro prevede peraltro norme generali per la prevenzione degli abusi derivanti dall'utilizzo di una successione di contratti o di rapporti di lavoro a tempo determinato⁴. A tal fine esso impone misure di prevenzione (indicazione delle ragioni obiettive per la giustificazione del

¹ Accordo quadro del 18 marzo 1999, che figura nell'allegato della direttiva 1999/70/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, relativa all'accordo quadro CES, UNICE e CEEP sul lavoro a tempo determinato (GU L 175, pag. 43).

² Sentenza della Corte del 22 novembre 2005, Mangold (causa C-144/04, v. anche comunicato stampa n. 99/05).

³ Sentenze della Corte del 4 luglio 2006, Adeneler e a. (causa C-212/04, v. anche comunicato stampa n. 54/06), del 23 aprile 2009, Angelidaki e a. (cause riunite da C-378/07 a C-380/07) e dell'11 aprile 2013, Della Rocca (causa C-290/12).

⁴ Sentenza della Corte del 13 settembre 2007, Del Cerro Alonso (causa C-307/05).

rinnovo o anche determinazione della durata massima totale dei contratti o del loro numero) e prevede misure di sanzione degli abusi.

La Corte di giustizia ha già dichiarato che **l'esigenza temporanea di personale sostitutivo** può costituire una **ragione obiettiva che giustifica il rinnovo di contratti a tempo determinato**, purché tale esigenza sia **motivata da circostanze precise e concrete che caratterizzano una determinata attività o sia diretta a sostituire altri dipendenti che si trovano momentaneamente nell'impossibilità di svolgere le loro funzioni** (dipendenti in congedo di malattia o di maternità, in congedo parentale, ecc.)⁵. Le autorità nazionali devono quindi stabilire criteri obiettivi e trasparenti che consentano di verificare se tali contratti rispondano effettivamente ad un'esigenza reale avente carattere provvisorio e non permanente e durevole.

Invece, **il rinnovo di contratti a tempo determinato non è giustificato quando è finalizzato a soddisfare esigenze a carattere permanente e durevole**. Le autorità nazionali devono esaminare di volta in volta tutte le circostanze del caso concreto al fine di escludere che contratti a tempo determinato, sebbene palesemente stipulati per delle sostituzioni, siano utilizzati in modo abusivo⁶.

L'avvocato generale constata che **la normativa italiana non prevede né il numero di contratti successivi che possono essere stipulati né la loro durata massima**⁷. Osserva che è formulata in maniera **generale e astratta**, senza un legame tangibile né con il contenuto specifico né con le concrete condizioni di esercizio dell'attività. Inoltre, **non consente di fissare criteri obiettivi e trasparenti** che consentano di verificare l'esistenza di un'esigenza di sostituzione temporanea reale. Infine, **non pone limiti né alla stipulazione né al rinnovo** dei contratti con personale supplente in sostituzione del personale temporaneamente assente.

Ciò premesso, l'avvocato generale considera che tali sostituzioni abbiano come obiettivo quello di far fronte a esigenze di personale permanenti e durevoli⁸.

Egli considera anche che, sebbene l'assunzione di personale supplente sia in via di principio temporanea, il fatto che non sia stato fissato alcun termine preciso per l'espletamento dei concorsi per l'assunzione di personale di ruolo genera un'incertezza totale; in pratica, l'assenza di concorsi pubblici per oltre dieci anni dimostra che i contratti a tempo determinato sono stati utilizzati per rispondere ad esigenze permanenti e durevoli, il che spetta alla Corte costituzionale e al Tribunale di Napoli verificare.

Il governo italiano giustifica la normativa in questione adducendo la necessità di una flessibilità molto alta (dovuta allo stretto rapporto tra l'esigenza di trovare supplenti e la variazione ciclica e imprevedibile della popolazione scolastica) e ragioni di ordine finanziario. Tuttavia, secondo l'avvocato generale, **le restrizioni finanziarie nel settore scolastico non giustificano il ricorso abusivo alla successione di contratti a tempo determinato**. I contratti a tempo determinato possono essere giustificati soltanto dalla particolare natura delle mansioni da svolgere o dal perseguimento di una legittima finalità di politica sociale (come la tutela della gravidanza e della maternità o la conciliazione degli obblighi professionali e familiari).

In conclusione, l'avvocato generale ritiene che **la normativa italiana non presenti misure sufficienti né a prevenire né a sanzionare il ricorso abusivo alla successione di contratti a tempo determinato e che tale privazione di tutela dei lavoratori nel settore scolastico sia contraria all'accordo quadro**.

⁵ Sentenza della Corte del 26 gennaio 2012, Küçük (causa C-586/10, v. anche comunicato stampa n° 4/12).

⁶ Prendendo in considerazione il numero di contratti successivi stipulati con la medesima persona o per adempiere un medesimo lavoro.

⁷ Dopo l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 70/2011, il decreto legislativo n. 368/2001 esclude l'applicazione al settore della scuola pubblica, che prevede che i contratti di lavoro a tempo determinato che eccedono una durata di 36 mesi siano riqualificati come contratti di lavoro a tempo indeterminato, e tale esclusione consentirebbe un numero indefinito di rinnovi.

⁸ La legge n. 124/1999 precisa che alla copertura dei posti effettivamente *vacanti e disponibili* entro la data del 31 dicembre si provvede mediante il conferimento di supplenze annuali «in attesa dell'espletamento delle procedure concorsuali».

Secondo l'avvocato generale, ai giudici del rinvio spetterà valutare ciascuna situazione alla luce delle circostanze del caso concreto.

IMPORTANTE: Le conclusioni dell'avvocato generale non vincolano la Corte di giustizia. Il compito dell'avvocato generale consiste nel proporre alla Corte, in piena indipendenza, una soluzione giuridica nella causa per la quale è stato designato. I giudici della Corte cominciano adesso a deliberare in questa causa. La sentenza sarà pronunciata in una data successiva.

IMPORTANTE: Il rinvio pregiudiziale consente ai giudici degli Stati membri, nell'ambito di una controversia della quale sono investiti, di interpellare la Corte in merito all'interpretazione del diritto dell'Unione o alla validità di un atto dell'Unione. La Corte non risolve la controversia nazionale. Spetta al giudice nazionale risolvere la causa conformemente alla decisione della Corte. Tale decisione vincola egualmente gli altri giudici nazionali ai quali venga sottoposto un problema simile.

Documento non ufficiale ad uso degli organi d'informazione che non impegna la Corte di giustizia.

Il testo integrale delle conclusioni è pubblicato sul sito CURIA il giorno della pronuncia

Contatto stampa: Estella Cigna Angelidis ☎ (+352) 4303 2582

Immagini della lettura delle conclusioni sono disponibili su «Europe by Satellite» ☎ (+32) 2 2964106

SERVIZIO DI FISIOKINESITERAPIA

La “**Fondazione Beato Nunzio Sulprizio**” informa che nella propria struttura è ubicato un Centro di Fisiokinesiterapia e Riabilitazione e propone agli Infermieri, iscritti al Collegio IPASVI di Taranto, ed alle loro famiglie i servizi di seguito riportati

- **PALESTRA DI RIABILITAZIONE** per le patologie neurologiche ed ortopediche, con apparecchiature all'avanguardia, conformi alle direttive europee e dell'OMS e FDA; la professionalità di medici e fisioterapisti impegnati è inconfutabile perché si tratta di personale altamente specializzato e legalmente qualificato.
- **TERAPIA STRUMENTALE:** elettroterapia (antalgica, stimolazione muscolare, jonoforesi, vacuum), ultrasuoni; magnetoterapia; onde d'urto; human Tecar(capacitivo e resistivo); idroforesi; pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale; idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso; laserterapia tradizionale (laser CO2, infrarosso); laser terapia con n.d.yag (laserterapia) con hiro3.0.
- **FISIOKINESITERAPIA:** riabilitazione respiratoria; riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale); hydrokinesiterapia integrata all'hydri-fisio; ginnastica posturale(back school , pilates, patologie della colonna, pammorfismi e dismorismi del rachide); massoterapia; linfodrenaggio; rieducazione funzionale.

La Fondazione su tutte le prestazioni elencate propone uno sconto del 15% (le prestazioni sono esenti da IVA, ai sensi del DPR 633/72, art 10). Per beneficiarne l'utente dovrà munirsi di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza alla società/ente destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione. Tel: 099/7792891



Programma Scientifico

2014

Corso di Aggiornamento “USO DEGLI ULTRASUONI PER GLI ACCESSI VASCOLARI”

2° Edizione - 4 OTTOBRE 2014

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici

Partecipanti: n. 40 (35 Infermieri, 5 Infermieri Pediatrici)

Iscrizioni: area privata online

Crediti formativi: 12

Orario: h. 8,30/20,00

Costo: € 10

Sede del corso: Sala convegni Collegio IPASVI, via Salinella, 15- Taranto

Attenzione. Le modalità d'iscrizione sono pubblicate nel sito del Collegio IPASVI:

www.ipasvitaranto.it

Corso di Aggiornamento “LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: QUANTO C'E' DA SAPERE”

21 OTTOBRE 2014

Destinatari: Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti sanitari

Partecipanti: n. 80 max (70 Infermieri, 5 Infermieri pediatrici, 5 Assistenti sanitari)

Iscrizioni: area privata online

Crediti formativi: in fase di accreditamento

Orario: h 14/20

Costo: gratuito per gli iscritti del Collegio IPASVI di Taranto
€ 20 per gli iscritti ad altri Collegi

Sede del corso: Sala Convegni Collegio IPASVI, via Salinella, 15- Taranto

Attenzione. Le modalità d'iscrizione sono pubblicate nel sito del Collegio IPASVI:

www.ipasvitaranto.it

CORSO DI TRIAGE IV Edizione

Data da definire al raggiungimento del numero di iscritti

Importante: far pervenire le iscrizioni online al più presto per definire l'organizzazione

