



Il Sistema Sanitario Pugliese è tutto da **RIPROGETTARE**

in evidenza

EDITORIALE

Difficile periodo per la sanità pugliese: tagliare non basta!

IN PUGLIA

Regione Puglia e piano di rientro

**RICERCA
INFERMIERISTICA**

Dal modello per compiti alle diagnosi infermieristiche



IPASVI



Aut. Trib. Bari n. 732/83 - Poste Italiane
Periodico dei Collegi Infermieri, Infermieri Pediatrici
e Assistenti Sanitari della Provincia di Bari e BAT
Anno XXVIII - N° 4/5 luglio - ottobre 2010
Spedizione in A.P.
Autorizzazione DIR POSTEL - Bari.
Iscritto nel registro nazionale della stampa P.399/199



Questo periodico è associato alla
Unione Stampa Periodica Italiana

Filodiretto

PERIODICO DEI COLLEGI INFERMIERI,
INFERMIERI PEDIATRICI, ASSISTENTI
SANITARI DELLE PROVINCE DI BARI E BAT

Direzione/Redazione/Amministrazione

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

Impaginazione e Stampa Azienda Grafica L'Immagine

Zona Industriale Lotto B12
T. 080 338 11 23 - F. 080 338 12 51
www.limmagine.net - info@limmagine.net
Finito di stampare il 29 ottobre 2010

Direttore Responsabile

Saverio Andreula

Vicedirettori

Pasquale Nicola Bianco
Leonardo Di Leo

Direttore Scientifico

Giuseppe Marangelli

Comitato di redazione

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

Segreteria di Redazione

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

Hanno collaborato

Lucia Asselta, Giuseppe Chiodo, Ilaria Deleo, Vito Masi,
Daniela Paolillo, Giulio Paradiso, Antonella Perrucci,
Cocetta Tassielli

Foto di Raffaele De Candia

FILODIRETTO NORME EDITORIALI

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

numero

4/5

EDITORIALE

3 DIFFICILE PERIODO PER LA SANITÀ PUGLIESE: TAGLIARE NON BASTA!

Saverio Andreula

PRIMO PIANO

5 CURA DIMAGRANTE PER LA SANITÀ PUGLIESE

Idolo Cavaggion

IN PUGLIA

7 VIOLENZA DI GENERE: ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Vanessa Manghisi

9 REGIONE PUGLIA E PIANO DI RIENTRO

Vanessa Manghisi

11 IL NURSING TRANSCULTURALE

Giuseppe Chiodo

PROFESSIONE IN AZIONE

12 AFFRANCA LA VITA!

Comitato di redazione

13 LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

Lucia Asselta

RICERCA INFERMIERISTICA

15 DAL MODELLO PER COMPITALE ALLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Ilaria Deleo, Vito Masi

NURSING & QUALITÀ

18 QUALITÀ E NURSING: PERFORMANCE INFERMIERISTICA

Carmela Marseglia

IN FORMAZIONE

21 CULTURA DELL'ACCOGLIENZA NELLE ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE

Concetta Tassielli, Daniela Paolillo

23 SERVONO GLI O.S.S. SERVE CHIAREZZA

Giulio Paradiso, Leonardo Di Leo

25 ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Antonella Perrucci

INSERTO 4 / 5

MENTE LOCALE DI GIURISPRUDENZA DEL LAVORO

Raffaele Cristiano Losacco

PILLOLE D'INFORMAZIONE

Idolo Cavaggion

CORSI E CONVEGNI

Loredana Cappelli



DIFFICILE PERIODO PER LA SANITA PUGLIESE: TAGLIARE **NON BASTA!**

Saverio
ANDREULA



Il Sistema Sanitario Pugliese è in difficoltà. All'evidente deficienza del sistema organizzativo, rimasto "indefinito" nel modello di riferimento, si aggiunge il pes-

simo risultato conseguito nel "governo economico" dello stesso. I conti in rosso del sistema sanitario pugliese non sono certamente una novità; e la politica, con i suoi illustri interpreti, rifugge dagli addebiti che la gente gli muove. In Puglia si fa strada l'ipotesi di un concreto ridimensionamento dell'offerta sanitaria, sia pubblica sia privata, con ricadute rilevanti sia in termini di qualità sia di quantità. I tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie in regime "pubblico" si dilatano e i cittadini pugliesi, per ottenere risposte ai loro bisogni di salute sono dirottati nello "spazio business" della sanità privata mettendo mano al proprio portafoglio o recandosi presso strutture sanitarie di altre regioni. Gli episodi di quest'ultimo periodo: la morte, per setticemia, di una studentessa in farmacia; il clamoroso episodio dello scambio di miscele di gas nella sala operatoria dell'Ospedale di Castellaneta; gli episodi legati alle varie inchieste in corso sugli appalti e forniture sanitarie; le pressioni clientelari esercitate dalla "politica" e riguardanti le nomine dei "Primari", sono

i più "rumorosi campanelli d'allarme" sullo stato di salute del sistema sanitario pugliese. Ora c'è da rimboccarsi le maniche sul piano politico-amministrativo. Bisogna mettere in atto, non solo sulla carta, politiche di confronto e coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario riunendoli attorno ad un unico tavolo. I numerosi regolamenti, i progetti e le commissioni varie (governo del rischio clinico, regolamento per le attività vaccinali, consulta delle professioni sanitarie, consulta per la formazione, consulta delle associazioni di cittadini, ecc.) sono una "copertura" ai desiderata del Governo poiché mai tali organismi "pseudo rappresentativi delle professioni e dei cittadini" sono chiamati a esprimersi sulla "Governance" del sistema sanitario pugliese. Ci si interroghi sull'attuale "modello" della sanità pugliese: è basato sulla effettiva complessità assistenziale? Senza il confronto costruttivo con le professioni implicate i tagli in corso non serviranno a riportare ordine ai conti. Bisogna definire modalità concrete di confronto "non politico" tra il management organizzativo e politico del sistema sanitario con tutte le professioni implicate nelle attività sanitarie. Qualsiasi provvedimento di programmazione sanitaria che la Regione determinerà, se non sarà assunto con il coinvolgimento delle professioni, è destinato a non raggiungere gli obiettivi posti. Solo un proficuo e sereno confronto può significativamente rilanciare il sistema. Bisogna stringere con le professioni veri e propri "patti". Nella realtà attuale servono strumenti di organiz-

zazione capaci di sviluppare una corretta gestione del lavoro. Bisogna organizzare il lavoro secondo criteri scientifici capaci di erogare prestazioni riferibili alla buona pratica assistenziale. Oggi, più che in altre occasioni, si rende necessario “riprogettare i modelli organizzativi”; strutturare percorsi assistenziali centrati sugli utenti capaci di garantire prestazioni sanitarie di qualità. E' di questo che il sistema Puglia ha bisogno. Entrando nel merito dei modelli organizzativi necessari per erogare ai cittadini pugliesi prestazioni infermieristiche di qualità si osserva che la Puglia, diversamente da quanto accade in gran parte delle regioni d'Italia, le prestazioni infermieristiche sono ancora erogate con il modello organizzativo assistenziale per compiti o modello funzionale basato sulla routine. La politica deve comprendere che questo modello è ormai obsoleto sia per quanto riguarda il profilo dell'in-

fermiere e la “mission” delle aziende sanitarie e ospedaliere, sia per quanto riguarda il paziente e la sua famiglia. Gli infermieri svolgendo il loro lavoro per compiti non hanno una visione completa del processo di cura e non sono in grado di rispondere in maniera adeguata alle richieste del paziente. Per poter rilevare i bisogni dell'utente è necessario possedere un modello di riferimento e un sistema che permetta di raccogliere i dati necessari. Gli standard devono indicare i risultati attesi che si devono realizzare attraverso le cure infermieristiche. Queste tendenze evolutive della domanda e dell'offerta determinano continue pressioni al cambiamento su diversi fronti: l'adeguamento dei modelli organizzativi, l'allineamento con conoscenze scientifiche in continua crescita, l'esigenza di una offerta assistenziale “dedicata”, la necessità di ap-

propriatezza delle risposte cliniche e organizzative. Dunque, se si vuole salvaguardare la visione globale della persona con i suoi bisogni di salute, occorre sviluppare modelli professionali nuovi, che rispondano alle mutate esigenze dell'organizzazione sanitaria, che richiede una sempre maggiore efficienza.

Tutto ciò per dare agli utenti risposte adeguate ai propri bisogni. Occorre elaborare modelli professionali che mirino ad approfondire il livello di comprensione e di lettura dei bisogni della persona, coordinando ed organizzando risposte soddisfacenti, in una logica di presa in carico della persona coi suoi bisogni, in quanto caratteristica

che qualifica la disciplina infermieristica.

Nell'esercizio di una professione i modelli concettuali, le metodologie e le tecniche a disposizione sono le grandi risorse a cui, insieme all'esperienza e alla sensibilità di ciascuno, si ricorre per soddisfare i bisogni degli ammalati.

**“Per rilanciare
il Servizio Sanitario Pugliese
occorre innanzitutto venire a patti
con tutte le professioni sanitarie
e riprogettare i modelli organizzativi”**

Infatti, i modelli organizzativi si prefiggono di rappresentare, nel modo più appropriato, la realtà, anche se non possono essere riconosciuti come la realtà stessa, che appare nelle organizzazioni ben più complessa di qualsiasi modello.

La definizione di un modello organizzativo deve essere volto a:

- consentire una corretta gestione di funzioni ed attività proprie della professione;
- equilibrare i costi ai benefici;
- integrare le figure di supporto per migliorare lo standard qualitativo della cura;
- potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, nel riconoscimento del principio di sussidiarietà.

Noi Infermieri pugliesi siamo pronti a stringere alleanze nell'interesse degli utenti.

Caro Governatore Vendola, almeno per una volta, ci ascolti.



CURA DIMAGRANTE PER LA SANITÀ PUGLIESE

Blocco delle assunzioni di infermieri

Idolo
CAVAGGION



Ben 19 ospedali da riconvertire e 2200 posti letto in meno, questo l'avvio del nuovo Piano di riordino sanitario, predisposto dalla Giunta Vendola.

Ma in cantiere sono programmi sacrifici anche per i pazienti pugliesi, con la riduzione degli indici di esenzione e il pagamento di ticket per ogni ricetta farmaceutica.

Sorprende la decisione annunciata del blocco del turn over per il personale sanitario e in particolare per gli infermieri, la cui carenza è stata sempre ampiamente riconosciuta.

Tale Piano si è reso necessario per gli "sforamenti" di bilancio della Sanità regionale, andata pesantemente "in rosso" dal 2006.

Mancati controlli, consulenze che si dice clientelari, intermediazioni di cui si è occupata la Magistratura, manager che non sempre hanno saputo assolvere ai compiti prescritti per legge, sono alcuni dei fattori che hanno contribuito a tali buchi di bilancio, di un settore di spesa che giunge ad assorbire anche l'85% di tutto il bilancio regionale.

Il Patto di stabilità, di cui alle varie Leggi finanziarie, fra Stato e Regioni prevede (fra l'altro) il riequilibrio fra entrate e uscite nel comparto Sanità, onde evitare una mancata erogazione di provvidenze pubbliche che

per la Puglia assommano a 500 milioni di euro.

La Puglia, dunque, deve rientrare nei conti, per non tassare pesantemente i pugliesi e rendere ancora meno qualificata l'assistenza sanitaria.

Ma andiamo per ordine nel sintetizzare per la provincia di Bari e per la BAT tagli e nuove disposizioni da realizzare, in una prima tappa, entro il 31 dicembre prossimo.

Previsti 11 ospedali e 283 posti letto in meno per Bari e provincia e 2 ospedali tagliati nella BAT.

OSPEDALI

Nel Policlinico di Bari saranno disattivati 100 p.l.; ben 323 fra gli ospedali del barese e 133 nella BAT.

In particolare, in provincia di Bari gli ospedali da riconvertire in Casa della Salute o Poliambulatorio o altro sono quelli di **Bitonto, Grumo, Ruvo e Santeramo**; trasformati in polo riabilitativo gli ospedali di **Noci e Rutigliano**. Soppressi ginecologia e pediatria a **Molfetta**; riduzione al "**Di Venere**" di Bari di p.l. di nefrologia, chirurgia generale, dermatologia, neurochirurgia, urologia, ortopedia, ORL e ginecologia; al "**Fallacara**" di **Triggiano**, soppressi pl. di chirurgia generale, ortopedia, ginecologia e pediatria; all'Ospedale "**Jaia**" di **Conversano** disattivati i reparti di chirurgia generale, oculistica e ORL; soppressi il D.S. di oculistica e pediatria all'ospedale di **Gioia**.

Nella BAT, l'ospedale di **Minervino** sarà riconvertito in "hospice", mentre quello di **Spinazzola** sarà trasformato in ospedale



del territorio con 12 p.l. per acuti di medicina interna. Spostamenti di p.l. sono previsti fra gli ospedali di **Bisceglie** e **Trani**.

BLOCCO DELLE ASSUNZIONI

“ Il percorso - è detto nel Piano della Regione - di reingegnerizzazione della rete ospedaliera e territoriale, che si sostanzia prevalentemente in una riduzione dei posti letto, chiusura di strutture ospedaliere e accorpamenti di unità operative, comporta una migliore allocazione delle risorse umane, da utilizzare per la ottimizzazione dei carichi di lavoro e il ,miglioramento della qualità dell’assistenza e, conseguentemente, determina la possibilità di operare il blocco parziale delle assunzioni, sui posti resisi vacanti per cessazione dal servizio nel triennio 2010 - 2012”.

Dunque per tre anni nessuna assunzione di personale sanitario

e dunque anche di infermieri!

Del resto, la giustificazione è che il bilancio consuntivo regionale denuncia, per il personale del SSR, una spesa di € 2.123.010.000. Spesa che deve essere ridotta progressivamente fino all’anno 2012.

Entro quest’anno, dunque, è previsto un provvedimento della Giunta regionale per *“la fissazione delle aliquote relative al blocco delle assunzioni e direttive per la procedura di autorizzazione alla utilizzazione delle risorse rimaste nella disponibilità delle Aziende sanitarie”.*

SPESA FARMACEUTICA

Anche per gli utenti il SSR ci sono novità nel Piano di rientro della spesa.

In particolare, per la spesa farmaceutica è stato denunciato un exploit di uscite al di sopra della media nazionale. Per ridurre tale spesa sono previste nuove norme restrittive, quali la rimodulazione dell’attuale sistema di esenzione totale dai ticket per motivi economici e sociali. Sarà dunque ri-

dotto il limite dei 29mila euro di reddito per nucleo familiare per godere di tale esenzione e sarà introdotto per tutti il ticket di 1 euro a ricetta. In più, con adeguate campagne di informazione, sarà incentivato l’uso di farmaci generici.

CONSIDERAZIONI

Che dire? Amaramente si deve constatare che le maggiori uscite della spesa sanitaria regionale di questi ultimi anni non sono giustificate neppure da una migliore qualità dell’assistenza. Le liste di attesa per la diagnostica e i ricoveri non sono state eliminate. Non è decollata l’assistenza sanitaria territoriale e domiciliare, volta alla deosped-

lizzazione, strutture ospedaliere (solo per rimanere nella provincia di Bari) quali l’Oncologico e l’Ospedale della Murgia sono ancora scatole vuote.

Un’ultima considerazione è per l’assessore regionale alla Sa-

nità, Tommaso Fiore. Da noto anestesista e cattedratico universitario egli è divenuto un abile politico, confrontandosi sul territorio con sindaci e rappresentanti di associazioni che protestano per i tagli o le riconversioni degli ospedali locali. Nell’ultima legislatura regionale, a maggioranza di centrodestra, tale compito di illustrare un nuovo Piano di riordino ospedaliero fu affrontato in prima persona dall’allora governatore Fitto: scelta che gli costò la riconferma alla guida della Puglia.

Per concludere, va ricordato che tale forma di intesa con il Governo nazionale per la riduzione della spesa sanitaria regionale doveva essere siglata il prossimo 15 ottobre, ma il termine è stato differito dal governo centrale ad altra data, con alcune prescrizioni, specie per quanto riguarda le cosiddette internalizzazioni dei precari.

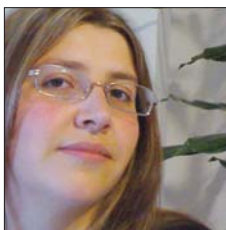
Una decisione che è stata giudicata strumentale dal governatore Vendola, dando il via ad altre contrapposizioni polemiche fra Stato e regione Puglia.

“Sorprende la decisione annunciata del blocco del turn over per il personale sanitario e in particolare per gli infermieri, la cui carenza è stata sempre ampiamente riconosciuta”



VIOLENZA DI GENERE: ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Vanessa
MANGHISI



La *violenza di genere* è la violenza perpetrata contro donne e minori, basata sul genere, ed è oggi più che mai drammatico perché è ritenuta una violazione dei diritti umani, dell'integrità fisi-

ca e psicologica, della sicurezza, della libertà e della dignità della persona.

Si tratta di un fenomeno che non conosce differenze geografiche o culturali, e purtroppo è diffuso a tutte le latitudini e in qualsiasi ambito socio-culturale in quanto scaturisce dalle distorsioni culturali, sociali e psicologiche di un rapporto tra uomini e donne, storicamente diseguali, che ha condotto gli uomini a prevaricare e discriminare le donne». Quindi,

come «... uno dei meccanismi sociali decisivi che costringono le donne a una posizione subordinata agli uomini», così come viene rilevato nell'introduzione della *Dichiarazione delle Nazioni Unite sull'eliminazione della violenza contro le donne* del 1993 che, nell'art.1, descrive la violenza contro le donne come «qualsiasi atto di violenza per motivi di genere che provochi o possa verosimilmente provocare danno fisico, sessuale o psicologico, comprese le minacce di violenza, la coercizione o privazione arbitraria della libertà personale, sia nella vita pubblica che privata». Nell'ambito del “*World report on violence and health*” l'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, esaminando esclusivamente la violenza da parte del partner, ha pubblicato un elenco (tab. 1) di possibili conseguenze sulla salute delle donne.

Dalle diverse ricerche compiute negli ultimi dieci anni emerge che la violenza di genere contro le donne e minori si esprime in vari

Tabella 1

Conseguenze Fisiche	Conseguenze Sessuali e riproduttive	Conseguenze Psicologiche e comportamentali	Conseguenze mortali
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni addominali • Lividi e frustate • Sindromi da dolore cronico • Disabilità • Fibromialgie • Fratture • Disturbi gastrointestinali • Sindrome dell'intestino irritabile • Lacerazioni e abrasioni • Danni oculari • Funzione fisica ridotta 	<ul style="list-style-type: none"> • Disturbi ginecologici • Sterilità • Malattia infiammatoria pelvica • Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo • Disfunzioni sessuali • Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS • Aborto in condizioni di rischio • Gravidanze indesiderate 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso di alcool e droghe • Depressione e ansia • Disturbi dell'alimentazione e del sonno • Sensi di vergogna e di colpa • Fobie e attacchi di panico • Inattività fisica • Scarsa autostima • Disturbo da stress post-traumatico • Disturbi psicosomatici • Fumo • Comportamento suicida e autolesionista • Comportamenti sessuali a rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalità legata all'AIDS • Mortalità materna • Omicidio • Suicidio



modi ed in tutti i paesi del mondo ed è endemica, nei paesi industrializzati come in quelli in via di sviluppo. Le vittime e i loro aggressori appartengono a tutte le classi sociali, culturali, e a tutti i ceti economici. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, almeno una donna su cinque ha subito abusi fisici o sessuali da parte di un uomo nel corso della sua vita. E il rischio maggiore è costituito dai familiari, mariti e padri, seguiti dagli amici, vicini di casa, conoscenti stretti e colleghi di lavoro o di studio. Esiste la violenza domestica esercitata soprattutto nell'ambito familiare o nella cerchia di conoscenti, attraverso minacce, maltrattamenti fisici e psicologici, atteggiamenti persecutori, percosse, abusi sessuali, delitti d'onore, uxoricidi passionali o premeditati. I bambini, gli adolescenti, ma in primo luogo le bambine e le ragazze adolescenti sono sottoposte all'incesto. Le donne sono esposte nei luoghi pubblici e sul posto di lavoro a molestie ed abusi sessuali, a stupri e a ricatti sessuali. In molti paesi le ragazze giovani sono vittime di matrimoni coatti, matrimoni riparatori e/o costrette alla schiavitù sessuale, mentre altre vengono indotte alla prostituzione forzata e/o sono vittime di tratta. Altre forme di violenza sono le mutilazioni genitali femminili o altri tipi di mutilazioni. Esistono infine violenze relative alla riproduzione (aborto forzato, sterilizzazione forzata, contraccezione negata, gravidanza forzata). La Giunta Regionale pugliese, in riferimento a tale problematica, nell'ambito del "Programma Triennale di interventi 2009/2011 per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza contro le donne", con Deliberazione n. 1890 del 6 agosto 2010, ha approvato le **"Linee Guida Regionali sulla gestione e funzionamento sulla rete dei servizi per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere"**. L'obiettivo è quello di rafforzare e rendere efficace la rete di servizi di prevenzione e presa in carico dei casi di violenza sul territorio regionale. Nello stesso tempo assume ruolo fondamentale la formazione degli operatori impegnati in detti servizi,

nonché di quelli della scuola e dei servizi educativi. Il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011 ha adottato una strategia programmatica che articola le priorità di intervento in obiettivi di servizio, con riferimento ad un indicatore di risultato specifico per il triennio di riferimento. Nel settore degli interventi in materia di prevenzione e contrasto della violenza di genere, il Piano regionale individua gli obiettivi di servizio (tab. 2).

Tabella 2

Set territoriale minimo di strutture e servizi per la prevenzione ed il contrasto alla violenza di genere	
Centro Antiviolenza	n.2/provincia
Casa Rifugio	n.1/provincia
Equipe multidisciplinare maltrattamento e abuso	n.1/ambito territoriale
Servizio di pronto intervento sociale	n.1/ambito territoriale

Alla luce di queste considerazioni, si ritiene che **la figura dell'infermiere (infermiere forense) sia indispensabile** per individuare segni di violenza e raccogliere informazioni sulla violenza (con relativa stesura "appropriata" del referto), nonché informazione sulle misure previste dalla legislazione vigente riguardo la protezione, la sicurezza e i diritti di assistenza e di soccorso delle persone che subiscono violenza; integrazione e operatività di rete con i servizi socio-sanitari e assistenziali territoriali; formazione di personale specializzato ai fini del riconoscimento e del trattamento delle fenomenologie della violenza interpersonale e di genere. La violenza alle donne solo da pochi anni è diventato tema e dibattito pubblico, mancavano politiche in contrasto alla violenza alle donne, ricerche, progetti di sensibilizzazione e di formazione. La battaglia contro la violenza sulle donne va combattuta ogni giorno, senza risparmiare energie ed attenzioni, affinché il fenomeno possa decrescere in intensità e gravità ed è convinzione che la comunicazione e la sensibilizzazione sul problema siano uno strumento essenziale per la lotta alla violenza.

BIBLIOGRAFIA

Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 143 del 7 settembre 2010 con le Linee Guida Regionali sulla gestione e funzionamento della rete dei servizi per la prevenzione ed il contrasto della violenza di genere



REGIONE PUGLIA E PIANO DI RIENTRO

La carenza infermieri “nuoce gravemente alla salute”

a cura di
Vanessa **MANGHISI**

In Italia mancano più di 40 mila infermieri. Carenza infermieri anche in Puglia. L'Assessore alle politiche per la salute ha affermato che il sistema sanitario pugliese è carente di almeno 10 mila unità.

Le immatricolazioni per l'AA 2010-2011 al corso di laurea in infermieristica avrà i suoi effetti non prima di tre anni. Ma i neo laureati in infermieristica non potranno mai coprire il turn-over fisiologico tra chi va in pensione e chi entra nel mondo del lavoro. Tutti concordano e affermano che la carenza di infermieri può “nuocere gravemente” alla salute degli utenti del Servizio Sanitario Regionale Pugliese. Gli infermieri pugliesi sono fortemente preoccupati perché diventa sempre più difficile erogare prestazioni di qualità e garantire nel contempo condizioni di massima sicurezza ai cittadini. L'appropriatezza organizzativa dell'assistenza sanitaria in Puglia è diventata

un argomento di grande interesse generale (Legge Regionale 24 settembre 2010, n. 12 “**piano di rientro 2010-2012. Adempimenti**”).

La Regione Puglia avrà l'approvazione il 15 dicembre 2010 dal Governo al piano di rientro, capace di contrastare l'aggra-

vamento della situazione economico finanziaria del settore sanitario regionale grazie ad una modifica al decreto legge in materia finanziaria approvato dal Consiglio dei Ministri ad agosto, che comporterebbe per la Puglia l'impossibilità ad accedere per tutto il 2010 ai maggiori finanziamenti previsti dal comma 97 dell'art. 2 della legge finanziaria 2010 e legati alla sottoscrizione del Piano.

Gli interventi da effettuare, previsti dall'art. 2 “**blocco turn-over**” della predetta Legge Regionale, riguardano il divieto per i direttori generali delle Asl, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, di procedere alla copertura, mediante incarichi a tempo indeterminato e

a tempo determinato dei posti resisi vacanti a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge **sino a tutto il 2012, salvo casi di comprovata**

“Il ricorso al lavoro straordinario, alle prestazioni aggiuntive, ai riposi ridotti, alle ferie ridotte, ecc., non possono essere la soluzione al problema della carenza di personale infermieristico”

necessità e urgenza.

La Giunta regionale autorizza il direttore generale, in deroga al blocco del turn-over di cui al comma 1, a procedere alle assunzioni necessarie, nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'articolo 2, comma 71, della l. 191/2009, nonché della program-



mazione economico-finanziaria prevista nel Piano di rientro ai sensi dell'articolo 2, comma 2, del decreto-legge 5 agosto 2010, n.125 (Misure urgenti per il settore dei trasporti e disposizioni in materia finanziaria), al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con il personale in servizio anche attraverso le procedure di mobilità di cui al comma 2. I notevoli carichi di lavoro, cui sono sottoposti oggi gli infermieri nelle strutture sanitarie, possono avere ripercussioni negative sulla qualità delle prestazioni fornite proprio a causa dello stress psico-fisico accumulato. Il ricorso al lavoro straordinario, alle prestazioni aggiuntive, ai riposi ridotti, alle ferie ridotte, ecc., non può essere la soluzione al problema della carenza di personale infermieristico. Tale situazione potrebbe aggravarsi tra un paio di mesi, quando scadranno i contratti a tempo determinato degli infermieri e le strutture sanitarie (ASL, IRCCS, Az. Ospedaliero-Universitarie, ecc.) non potranno rinnovarli per via del blocco imposto. I Reparti, i Servizi rischiano di restare scoperti, più di quanto lo siano già oggi, con ripercussioni inevitabili sulla qualità del servizio sanitario e sulle cure agli utenti. Per diminuire la possibilità di errori e aumentare le percentuali di prestazioni

qualificate è indispensabile ri-vedere le dotazioni organiche delle nostre strutture sanitarie (ASL, IRCCS, Az. Ospedaliero-Universitarie, ecc.) e la ri-organizzazione del lavoro.

Al momento le assunzioni di personale amministrativo, tecnico e professionale sono state tantissime. Si vuole risparmiare sugli Infermieri, ma con quali ripercussioni sull'assistenza? E con quali ripercussioni sullo stato di salute degli Infermieri stessi costretti al lavoro extra in violazione, in molte situazioni, non solo per le norme in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ma anche e soprattutto quanto stabilito dai CCNL e CIA.

Si auspica che per gli infermieri, altamente qualificati, assunti a tempo determinato che attualmente prestano la loro opera professionale con dedizione e generosità nelle varie Unità Operative (Reparti di degenza, Servizi, Servizi territoriali, ecc.) si possa trovare, al più presto, una idonea soluzione (magari con la procedura concorsuale) attraverso un contratto a tempo indeterminato affinché il piano di rientro e il riordino ospedaliero non pesino, come sempre, sulla qualità dell'assistenza agli utenti e sulla professione infermieristica. <http://precariesenzalavoro.blogspot.com/> <<http://precariesenzalavoro.blogspot.com/>>

Congratulazioni alla collega **Maria Caputo** per il prestigioso riconoscimento ottenuto il 29 ottobre 2010 a Torino in qualità di "**Presidente Nazionale AICO**" in occasione del rinnovato Consiglio Nazionale AICO (Associazione Infermieri di Camera Operatoria). Da tutti i colleghi un "Buon Lavoro" e "ad maiora"!



IL NURSING TRANSCULTURALE

Salute e assistenza nella multiculturalità

Giuseppe
CHIDO



Con un vasto e articolato programma, il Collegio IPASVI della Provincia Barletta – Andria – Trani ha organizzato, dal 13 al 15 dicembre, un corso di formazione sulla “Multiculturalità e cultura dell’ accoglienza nell’attività sanitaria”. Il corso ha già ottenuto il patrocinio del Prof. Tommaso Fiore, Assessore Regionale alle Politiche della Salute, dal Direttore Generale dell’ARES, dall’Associazione Infermieristica Transculturale e dal Direttore Generale dell’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà. Il corso si pone l’obiettivo di indagare un mondo ancora per molti versi sconosciuto e fornire agli infermieri gli strumenti per comprendere le trasformazioni in atto nel nostro Paese e le ricadute sul SSN in termini di nuovi bisogni e nuove soggettività. Infatti l’arrivo in Italia di una immigrazione di massa inedita per il nostro Paese, pone al SSN la necessità di ridefinire il suo ruolo e ai professionisti della salute, infermieri compresi, si chiede di mettersi in discussione e ridefinire la capacità di lettura dei fenomeni sanitari che interessano le popolazioni migranti. All’infermiere, in questa società complessa, come operatore sanitario in grado di promuovere attivamente la salute, si chiede di farsi latore del diritto dei migranti ad avere cure che rispondano ai bisogni espressi nell’ambito delle diverse culture ed esperienze in tema di salute,

dolore, servizi sanitari. Gli infermieri, in special modo in situazioni assistenziali a rischio, possono essere quelli che, con i pazienti immigrati, possono garantire l’equità nella erogazione delle prestazioni sanitarie. Per essere all’altezza delle nuove sfide, l’infermiere deve ridefinire i contenuti della sua formazione di base e specialistica. In pratica, l’infermiere della società complessa e multi-etnica deve possedere ancor più quelle qualità etiche e deontologiche nell’assunzione dell’impegno civile e sociale che gli consentano di assicurare la massima assistenza infermieristica, soprattutto nelle situazioni a rischio di emarginazione.

Gli obiettivi generali del corso sono:

Fornire le conoscenze per erogare un’assistenza infermieristica attenta ai valori della persona. Promuovere il ruolo relazionale dell’assistenza, comunicare, cooperare, nell’ottica di condivisione dei valori.

Affrontare il mutamento, l’ambiguità del bisogno e quindi negoziare, prendere decisioni, individuare strategie e metodologie di intervento rispettando i valori della persona. Individuare i contenuti della formazione infermieristica in tema di interculturalità. Declinare il metodo dell’Infermieristica transculturale della Leininger

Gli obiettivi specifici sono:

Individuare le esperienze di assistenza dove i valori fondamentali dell’uomo sono al centro del processo di cura.

Individuare le situazioni di salute e quelle di disuguaglianza sociale.

Individuare le buone prassi nell’assistenza ai migranti.

Al corso, in fase di accreditamento presso la Commissione Nazionale ECM, che si svolgerà a Bisceglie, vi potranno partecipare 200 infermieri.



AFFRANCA LA VITA!

Continua la corsa del francobollo che celebra gli infermieri

Comitato di
REDAZIONE



Dopo la pausa estiva, tornano gli appuntamenti di Race for The Cure, le mini maratone organizzate dalla Susan G. Komen Italia sotto l'Alto Patronato della Presidenza della Repubblica per

sostenere la lotta contro il tumore al seno. L'appuntamento del 26 settembre a Bologna si è ripetuto il 10 ottobre a Napoli dove migliaia di persone erano in pista al fianco delle "donne in rosa", le pazienti colpite dal tumore al seno, per testimoniare la volontà di sconfiggere la malattia. Come già avvenuto per i precedenti appuntamenti di Roma e Bari, anche a queste nuove tappe di Race for The Cure vi è stata una massiccia partecipazione di infermieri, ai nastri di partenza per portare la loro solidarietà alle donne che lottano contro la malattia e sostenere la campagna di raccolta fondi per la prevenzione e la ricerca. All'edizione di quest'anno di Race fo The Cure è abbinata l'emissione di un francobollo dedicato alla professione infermieristica, con uno speciale sovrapprezzo di 30 centesimi di Euro, il cui ricavato sarà destinato a sostenere progetti nella lotta ai tumori al seno su tutto

il territorio nazionale. Il progetto è promosso dal Ministero per lo Sviluppo Economico insieme a Poste Italiane, la Susan G. Komen Italia, la Federazione Nazionale Collegi IPASVI, il Policlinico Gemelli di Roma e la Federazione Italiana Tabaccai. Dalla data di emissione, lo scorso 16 maggio, sono già state tirate oltre 13,5 milioni di copie del francobollo che sta veicolando in tutta Italia l'immagine rassicurante dell'infermiera che stringe la mano a una paziente, sintesi del messaggio di solidarietà, fiducia e vicinanza degli infermieri italiani, a tutte le donne che lottano contro la malattia. Alla luce del successo dell'iniziativa le Poste Italiane hanno già autorizzato una ristampa del francobollo. La Federazione IPASVI è attivamente impegnata a sostenere la partecipazione degli infermieri alle tappe di Race for The Cure e a promuovere la diffusione e l'acquisto del francobollo. "Invitiamo tutti gli infermieri italiani - afferma Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI - a impegnarsi ancora di più per acquistare e far acquistare il francobollo e a dare la massima diffusione a questa iniziativa, che oltre a rappresentare un importante riconoscimento per la professione infermieristica si traduce in un sostegno concreto ed efficace a progetti contro il tumore del seno, inclusi programmi di formazione permanente rivolti agli infermieri".



Il materiale filatelico dedicato alla Professione Infermieristica è reperibile presso gli uffici postali e nello specifico riguarda: francobollo € 0,60 + € 0,30 sovrapprezzo; folder € 12,00; cartolina oblitterata € 1,42; cartolina nuova € 0,52; tesserina € 1,30.



LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

Dalla diagnosi alla terapia

Lucia
ASSELTA



La pianificazione dell'assistenza rappresenta, nella clinica infermieristica, il momento di passaggio dal "conoscere" al "fare", dalla *diagnosi alla terapia*. Essa può essere definita

come *l'insieme delle operazioni dedicate alla scelta e alla realizzazione degli interventi che l'infermiere, singolarmente o in équipe, ritiene possano condurre in modo efficace ed efficiente alla soluzione dei problemi posti* e ad essa la metodologia riserva grande attenzione, poiché il valore sociale attribuito al ruolo professionale è funzione dell'*efficacia dimostrata* (cioè documentata e resa pubblica) dall'assistenza infermieristica. L'attività di pianificazione si realizza in due momenti fondamentali: la *previsione dei risultati* e la *specificazione del percorso clinico* che si ritiene adeguato per il loro raggiungimento. Pertanto, può comportare la scelta, secondo le diverse situazioni, di *piani di assistenza infermieristica personalizzati*, ma anche di *protocolli infermieristici* e di *procedure* da eseguire.

La professione infermieristica dispone dunque di numerosi e diversificati strumenti per la *standardizzazione delle attività*. Standardizzare non significa rendere routinaria ed impersonale l'assistenza infermieristica, ma costruire sistemi razionali per

la pianificazione delle prestazioni, in linea con l'evoluzione delle logiche organizzative e giuridiche, che si coniugano con una crescita della professione infermieristica della rideterminazione del proprio quadro di competenze, dell'azione interprofessionale e dell'assistenza fondata su evidenze scientifiche. Negli ultimi anni, all'interno della professione infermieristica, sta emergendo la consapevolezza di una *nuova attualità della cartella infermieristica*. In aggiunta all'originaria e fondamentale funzione di supporto informativo dell'assistenza infermieristica, la cartella acquista valore come fonte documentaria indispensabile per la gestione e l'organizzazione sanitaria e per il conseguimento di alcuni *obiettivi particolarmente rilevanti delle aziende sanitarie*: il controllo amministrativo ed economico delle prestazioni, il saldo costi risultati, la razionalizzazione e la riorganizzazione dei processi deputati alla produzione dei servizi, lo sviluppo della ricerca scientifica.

Pianificare significa esplicitare in anticipo quello che un sistema organizzativo deve fare in un certo tempo, affinché tutte le azioni svolte nel periodo prefissato siano dirette a determinati obiettivi. Pianificare aiuta ad orientare quello che si fa verso i risultati che si intende ottenere, non verso le azioni in sé. L'ottica della pianificazione induce il dirigente e i collaboratori a guardare al di là dei bisogni immediati, evitando che si limitino a gestire le emergenze e le necessità quotidiane. Al tempo stesso, riduce lo stress provocato dalle possibili situazioni di crisi e aiuta ad affrontarle in maniera re-



lativamente calma ed efficiente. Se un servizio, per esempio, ha pianificato mediante un'apposita procedura come comportarsi in caso di assenza contemporanea di un certo numero di infermieri, applicherà semplicemente la procedura anziché dover trovare ogni volta una soluzione ex novo in poco tempo.

Impegnarsi nella pianificazione costringe a pensare in maniera analitica, basata su dati, e a vagliare attentamente le alternative disponibili, cosa che migliora presumibilmente la qualità delle decisioni. Mediante questo processo il dirigente e i collaboratori tendono a massimizzare le opportunità e a ridurre al minimo i rischi. Le persone, le organizzazioni che si sforzano di prevedere i fenomeni e, quindi, di stilare piani, non si comportano in

modo puramente difensivo o reattivo, attendendo gli eventi per fornire loro risposte che

potrebbero risultare episodiche e frammentarie, bensì proattivo, così da prevedere gli eventi e da agire per produrli. Poiché rende esplicito quello che ci si attende, la pianificazione aiuta a valutare la qualità delle prestazioni dei singoli e dell'intero servizio. È chiaro che al concetto di pianificazione si abbinano quelli di valutazione e controllo della realizzazione di quanto è stato previsto e programmato.

Il carattere cruciale della pianificazione è stato messo in particolare evidenza dalla filosofia della direzione per obiettivi (DPO). Questa consiste in un meccanismo manageriale dell'approccio top down che assegna ad ogni responsabile di funzione o di unità organizzativa degli obiettivi espressi in termini di volumi di attività e/o costi, la cui realizzazione avviene con modalità e strumenti di integrazione interni affidati alla scelta autonoma dei diretti interessi. La DPO si è rivelata un importante strumento di cambiamento della cultura e dei comportamenti manageriali, contribuendo al passaggio da una cultura burocratica a una cultura manageriale, nella quale hanno un valore essenziale i risultati conseguiti. Tra i

suoi pregi vi è quello di spingere alla quantificazione degli obiettivi e allo sviluppo di capacità manageriali come la presa di decisione e la delega. Essa mette al centro i ruoli, con le responsabilità che comportano e i risultati che sono chiamati a ottenere per contribuire agli obiettivi aziendali.

Oggi si ritiene che un'applicazione rigida della DPO, la quale impegni nella definizione di obiettivi assolutamente chiari, di carattere specifico e settoriale, possa non rispondere alla complessità degli eventi e al costante e rapido mutamento dell'ambiente. Inoltre, negli ultimi tempi l'attenzione si va progressivamente spostando dal "cosa ottenere" a forme e strumenti di gestione incentrati sul "come" ottenere i risultati. In particolare si persegue il coinvolgimento

dei collaboratori e il miglioramento delle loro competenze nella diagnosi dei problemi, nella definizione degli obiettivi e in tutte le altre fasi

“I notevoli carichi di lavoro possono avere ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza infermieristica fornita”

del processo, sapendo che questo innalza il livello della loro motivazione e migliora la comunicazione verticale e orizzontale. In altre parole, non conta solo il raggiungimento dell'obiettivo, ma anche la capacità del gruppo di produrlo e di migliorarlo nel tempo, con la responsabilizzazione diretta delle persone in un apprendimento continuo.

La consapevolezza dei limiti della direzione per obiettivi e la necessità di abbinare ad essa altri principi e prospettive non diminuisce l'importanza della pianificazione. A livello nazionale, regionale e di direzione aziendale si provvede tipicamente alla pianificazione strategica, mentre a livello della direzione di servizio, di dipartimento o area funzionale e di unità operativa sono più consone la programmazione a medio termine e quella a breve termine.

La pianificazione di qualunque tipo non si mette in atto una volta per tutte, ma va rivista al bisogno ad intervalli regolari. L'infermiere dirigente e il coordinatore pianificano nel loro ambito di competenza, coinvolgendo i collaboratori e registrando il loro feedback in modo organizzato e sistematico.

SPUNTI DI RIFLESSIONE

a cura di

avv. Raffaele Cristiano Losacco

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



CONVERSIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DA TEMPO DETERMINATO A TEMPO INDETERMINATO

Clamorosa sentenza del Tribunale di Siena Sez. Lav. che ha dichiarato la nullità di contratti a termine attuati dalla pubblica amministrazione ed ha dichiarato la conversione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato disapplicando l'art. 36 del Dlgs 165/2001 e applicando la normativa europea a riguardo. Il prossimo inserto conterrà un'analisi dettagliata della fattispecie; per ora trascrivo il dispositivo di sentenza del Giudice del Lavoro del Tribunale di Siena. "Accertata l'illegittimità dell'apposizione del termine e dichiara la conseguente nullità parziale dei contratti stipulati tra le parti, e dichiara pertanto che il primo contratto stipulato dalla parte ricorrente (specificato nelle conclusioni e in motivazione) si è convertito in contratto di lavoro a tempo indeterminato e condanna pertanto il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca a reinserire in servizio la parte ricorrente nel posto di lavoro per lo svolgimento delle medesime mansioni, oltre al risarcimento del danno subito dalla parte ricorrente per l'illegittima apposizione del termine di durata al rapporto di lavoro, da commisurarsi alle retribuzioni globali, di fatto, maturate dalla data di messa in mora presentata contestualmente alla comunicazione della richiesta di tentativo obbligatorio di conciliazione in atti, sino all'effettiva ripresa dell'attività lavorativa, oltre interessi legali".

IL DATORE DI LAVORO CHE INSULTA IL DIPENDENTE RISPONDE DI INGIURIA

Il contesto lavorativo o la spiccata sensibilità del dipendente non fa certo venir meno il reato. L'ambiente di lavoro deve anzi garantire pari dignità a tutti i suoi protagonisti. L'ha affermato la Suprema Corte nella sentenza 35099 del 29 settembre 2010, respingendo il ricorso di un imprenditore condannato per ingiuria a una multa e a risarcire la vittima, sua dipendente. La donna era stata richiamata dal suo capo e questi, vedendo la sua reazione, le aveva detto "sei una str. se te la prendi". L'uomo aveva tentato di difendersi, a suo dire, infatti, l'espressione era ormai entrata nel linguaggio comune romanesco. Si trattava insomma di una frase "bonaria, rassicurante, e non offensiva".

Gli Ermellini hanno fermamente respinto la sua tesi difensiva, rilevando che la lavoratrice non era "per nulla tenuta a sottostare all'uso di epiteti di disprezzo e di stima in virtù delle generali scelte di espressione del datore di lavoro". I giudici della quinta sezione penale hanno poi aggiunto che "nel nostro ordinamento il contesto lavorativo è caratterizzato da una pari dignità dei suoi protagonisti, da delle pari effettività di tutta la normativa senza che possa invocarsi, per nessuna delle parti, una desensibilizzazione alle altrui trasgressioni".

I CONTRATTI A TERMINE

La Corte d'appello di Genova, con sentenza depositata il 27 giugno 2005, ha confermato, per quanto qui interessa, la decisione di primo grado, di declaratoria della nullità della proroga del contratto a tempo determinato ai sensi del D.L. n. 17 del 1983, art. 8 bis come introdotto dalla Legge Conversione n. 79 del 1983 (per la necessità di sopperire alle maggiori esigenze del servizio), di conversione del rapporto a tempo indeterminato fin dall'inizio e di condanna della società a risarcire i danni, nella misura delle retribuzioni perdute poiché la proroga era stata stabilita "dato il protrarsi delle stesse esigenze di carattere straordinario che hanno dato luogo alla sua assunzione", la Corte territoriale ha, infatti, ritenuto con ciò violato la L. 18 aprile 1962, n. 230, art. 2, a norma del quale la proroga del contratto a termine presuppone la ricorrenza di esigenze ontologicamente diverse da quelle che avevano giustificato l'originaria apposizione del termine e aventi i caratteri della contingenza e dell'imprevedibilità. Innanzi alla Corte di Cassazione le società sostengono che tale autorizzazione, come aveva legittimato la stipulazione del contratto a termine, così legittimerebbe, nell'ambito del periodo autorizzato, la sua proroga, che in pratica coinciderebbe con la piena utilizzazione dell'autorizzazione. Deriverebbe da ciò che la proroga non sarebbe soggetta nel caso di specie alla regola di cui alla L. n. 230 del 1962, art. 2. Secondo la L. n. 230 del 1962, art. 2, vigente all'epoca della proroga del contratto di lavoro a tempo determinato in esame, "il termine del contratto a tempo determinato può essere, con il consenso del lavoratore, eccezionalmente prorogato, non più di una volta e per un tempo non superiore



XCIV

alla durata del contratto iniziale, quando la proroga è richiesta da esigenze contingenti e imprevedibili e si riferisca alla stessa attività lavorativa per la quale il contratto è stato stipulato a tempo determinato ai sensi del comma 2 dell'articolo precedente". Costituisce, in proposito, orientamento giurisprudenziale l'affermazione di principio secondo la quale la regola di cui alla L. n. 230 del 1962, art. 2 è applicabile anche all'ipotesi di proroga del termine di un contratto di lavoro a tempo determinato, stipulato ai sensi della L. n. 56 del 1987, art. 23 o, come quello in esame, a norma della L. n. 18 del 1978. Le norme citate si limitano, infatti, a prevedere nuove ipotesi di legittima apposizione di un termine finale al rapporto di lavoro oltre a quelle tassativamente elencate dalla L. n. 230 del 1962, ma non derogano per il resto alla disciplina in essa prevista, in particolare quanto alla possibile proroga del termine. E' stato affermato il principio secondo cui a norma della L. n. 230 del 1962, art. 2 la proroga del termine è consentita unicamente alla presenza di esigenze contingenti e imprevedibili ontologicamente diverse da quella che aveva giustificato l'originaria apposizione del termine e tale regola deve pertanto trovare applicazione anche nel caso in esame. La soluzione emergente dall'interpretazione letterale della legge appare ragionevole, ove si rilevi che la stipulazione da parte del datore di lavoro, alla presenza delle relative condizioni di legge, di un contratto di lavoro per un periodo inferiore a quello stabilito nell'autorizzazione, ne consuma la possibile utilizzazione, dovendosi ritenere che il contenimento entro limiti più rigorosi del potere riconosciutogli sia avvenuto in base alla previsione, su cui si radica anche l'affidamento di controparte, di necessità temporalmente più ridotte rispetto a quelle rappresentate in sede di richiesta di autorizzazione e in base alle quali si esaurisce la possibilità di esercizio del relativo potere. Ne consegue che la disciplina dell'eventuale proroga non può che riallinearsi a quelle stabilita per ogni altra ipotesi di contratto a termine disciplinato dalla L. n. 230 del 1962. Finendo, devesi pertanto affermare il principio di diritto per cui nel regime della L. n. 18 aprile 1962, n. 230, la disciplina del relativo art. 2, quanto alla possibilità di proroga del termine apposto al contratto di lavoro, è applicabile anche all'ipotesi di contratto originariamente stipulato ai

sensi del D.L. n. 17 del 1983, art. 8 bis e successive modificazioni ancorché detta proroga mantenga la durata del contratto all'interno del periodo autorizzato dall'ispettorato del lavoro a norma di quest'ultima legge.

LICENZIAMENTO PER GIUSTIFICATO MOTIVO SOGGETTIVO

L'Ospedale (omissis) ha licenziato per giustificato motivo soggettivo, con preavviso, un'infermiera (omissis) previa rituale contestazione dei seguenti due addebiti: aver il giorno (omissis) preparato (e consegnato per la somministrazione), una terapia con dosaggio superiore a quello prescritto; avere il giorno successivo, in relazione all'episodio precedente, tenuto una condotta aggressiva e ingiuriosa verso la caposala e le colleghe. L'impugnazione del licenziamento è stata respinta dal primo giudice e, in sede di appello, dalla Corte d'Appello che all'esito di un'ampia istruttoria testimoniale ha ritenuto i fatti accertati e il loro disvalore proporzionato al provvedimento risolutorio assunto.

INSTALLAZIONE DI IMPIANTI AUDIOVISIVI DI SORVEGLIANZA

Lo Statuto dei Lavoratori vieta al datore di lavoro l'installazione e l'uso di impianti audiovisivi e di altre apparecchiature per controllare a distanza l'attività dei propri dipendenti. Ad esempio, non possono essere compiute riprese per tenere sotto controllo il rispetto dell'orario di lavoro o l'osservanza dei doveri di diligenza e correttezza nell'esecuzione della prestazione lavorativa. Soltanto per esigenze organizzative, produttive o di sicurezza – continua lo Statuto dei Lavoratori – il datore può installare e servirsi degli impianti e delle apparecchiature di controllo purché ci sia, in ogni caso, l'accordo con le rappresentanze sindacali o, in mancanza di accordo, l'autorizzazione della Direzione Provinciale del Lavoro. Ad esempio, reali esigenze di sicurezza legittimano i controlli a distanza per la tutela del patrimonio aziendale (si parla, in questo caso, di controlli cosiddetti 'difensivi'). La violazione del divieto dei controlli a distanza è sanzionata penalmente e costituisce violazione della privacy. I Giudici del Lavoro sono concordi nel ritenere che la prova acquisita in violazione delle disposizioni



dello Statuto dei Lavoratori non può essere utilizzata in processo contro il lavoratore. Nel mondo informatizzato in cui tutti ormai viviamo, sono sempre di più gli strumenti a disposizione del datore di lavoro potenzialmente idoneo a controllare i dipendenti. Si pensi, ad esempio, ai programmi spyware che consentono il controllo della navigazione internet (a tal proposito, di recente la Cassazione Civile ha dichiarato illegittimo il licenziamento di una dipendente colta, attraverso un programma informatico, a navigare su internet per scopi personali durante l'orario di lavoro). Per evitare conseguenze che possono essere veramente pesanti, man mano che il mondo va sempre più informatizzandosi occorre porre sempre maggiore attenzione all'utilizzo di tali strumenti. A volte, infatti, è davvero sottile il confine tra ciò che è lecito e ciò che invece non lo è. Un esempio di quanto ho appena affermato è dato da una recente sentenza della Corte di Cassazione Penale (la n. 20722 del 1.06.2010), secondo la quale il divieto posto dallo Statuto dei Lavoratori è finalizzato alla tutela della riservatezza e della libertà dei lavoratori nello svolgimento e nell'adempimento della propria attività lavorativa, ma non implica il divieto di controlli "difensivi" del patrimonio aziendale da azioni delittuose da chiunque provenienti, anche da lavoratori dipendenti, e nonostante i controlli siano effettuati in violazione dello Statuto dei Lavoratori. La sentenza citata tratta il caso di una cassiera di un bar ripresa a rubare soldi da una telecamera installata all'interno del bar senza accordo con le rappresentanze sindacali né autorizzazione della Direzione Provinciale del Lavoro e, quindi, in violazione dello Statuto dei Lavoratori. Ciononostante, la Corte di Cassazione Penale ha ritenuto assolutamente utilizzabili le prove di reato acquisite mediante dette riprese filmate. Secondo la Corte Suprema Penale, infatti, la difesa del patrimonio aziendale non può essere sacrificata dalle norme dello Statuto dei Lavoratori. A prima lettura, la citata sentenza sembra davvero rivoluzionaria e, per certi aspetti, preoccupante. Ma non è così. Non è così se si dà la dovuta importanza al fatto che si tratta di una sentenza della Cassazione Penale (e non Civile) che ammette l'utilizzabilità della prova (la prova del reato) nel giudizio penale (e non nel giudizio Civile-giurisdizionale). La conclusione cui è giunta la Cas-

sazione Penale mi pare pacificamente condivisibile: del resto di fronte ad un illecito che costituisce reato, sarebbe per lo meno bizzarro da parte del colpevole invocare il proprio diritto alla privacy! Diritto alla privacy che va invece difeso e tutelato in tutte quelle situazioni non penalmente rilevanti. A mio parere, quindi, la stessa prova (cassiera di un bar ripresa a rubare soldi da una telecamera installata all'interno del bar in violazione delle disposizioni dello Statuto dei Lavoratori) non potrebbe essere mai utilizzata in un giudizio civile davanti al Giudice del Lavoro a sostegno della legittimità del licenziamento della stessa lavoratrice imputata e condannata nel procedimento penale. Ed ecco così evitato il rischio di complicare un quadro normativo e giurisprudenziale già di per sé complesso.

IL DEMANSIONAMENTO

In tema di demansionamento, ed in particolare nel pubblico impiego privatizzato la Cass. Civ. Sez. Un., n. 4063/10 afferma che una volta accertato il demansionamento professionale del lavoratore, il giudice del merito deve desumere l'esistenza del relativo danno in base ad una valutazione presuntiva, riferendosi alle circostanze concrete della operata dequalificazione conformemente al principio enunciato dalla Corte Suprema secondo cui il danno conseguente al demansionamento va dimostrato in giudizio con tutti i mezzi consentiti dall'ordinamento, assumendo peraltro precipuo rilievo la prova per presunzioni, per cui dalla complessiva valutazione di precisi elementi dedotti (caratteristiche, durata, gravità, frustrazione professionale) si possa, attraverso un prudente apprezzamento, coerentemente risalire al fatto ignoto, ossia all'esistenza del danno, facendo ricorso, ai sensi dell'art. 115 c.p.c., a quelle nozioni generali derivanti dall'esperienza, delle quali ci si serve nel ragionamento presuntivo e nella valutazione delle prove (cfr. Cass., sez. un. n. 6572 del 2006; Cass. n. 29832 del 2008; n. 28274 del 2008).

TEMPO PER LA VESTIZIONE

Sentenza importantissima per gli infermieri. Un gruppo di dipendenti convenivano in giudizio la società per chiedere la corresponsione dell'equivalente di venti minuti di retribuzione giornaliera per 45 set-

XCV





timane, a fronte del c.d. “tempo tuta”. Esponevano che per entrare nel perimetro aziendale dovevano transitare per un tornello apribile mediante tesserino magnetico di riconoscimento, indi percorrere cento metri ed accedere allo spogliatoio, ivi indossare gli indumenti di lavoro forniti dall’azienda, effettuare una seconda timbratura del tesserino prima dell’inizio del lavoro; al termine, dovevano effettuare una terza timbratura, accedere allo spogliatoio per lasciare gli abiti di servizio, passare una quarta volta il tesserino al tornello ed uscire.

Deducevano che il tempo occorrente per le suddette operazioni costituiva una “messa a disposizione” delle proprie energie in favore del datore di lavoro, onde il tempo stesso doveva essere retribuito. Si costituiva la società ed eccepiva che nel corso delle operazioni suddette i lavoratori rimanevano comunque liberi di disporre del proprio tempo e non erano sottoposti al potere datoriale, mentre soltanto con l’inizio effettivo del turno di lavoro essi erano sottoposti agli ordini ed alle indicazioni dei superiori gerarchici. Il Tribunale respingeva la domanda attrice, ritenendo che il tempo necessario per la vestizione non costituisse tempo di lavoro retribuito. Proponevano appello gli attori. Si costituiva e si opponeva la società datrice di lavoro.

La Corte di Appello di Roma, in parziale riforma della sentenza di primo grado, accoglieva le domande attrici nella misura - equitativamente determinata - del 50%. Questa in sintesi la motivazione della sentenza di appello: - come risulta dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 15734.2003, va considerato tempo di lavoro anche quello in cui il lavoratore si tiene a disposizione del datore di lavoro; - quando l’obbligo di vestizione della divisa (Cass. n. 3763.1998) deve essere eseguito secondo pregnanti disposizioni del datore di lavoro circa il tempo ed il luogo dell’esecuzione, tale attività risulta “eterodiretta” e quindi dà diritto alla retribuzione; - applicati tali principi, ne risulta che il tempo impiegato nella vestizione va considerato orario di lavoro; - ciò risulta confermato dalla direttiva n. 104.1993 della Comunità Europea, recepita nell’art. 1 comma 2 del Decreto Legislativo n. 66.2003 (utilizzata come indicazione interpretativa); - poiché non è possibile individuare per ciascun attore i tempi effettivamente

impiegati per indossare e dismettere gli abiti da lavoro, soccorre una valutazione equitativa ex art. 432 c.p.c.”. La giurisprudenza di Corte di Cassazione, chiamata in causa successivamente, si è orientata nel senso che “Ai fini di valutare se il tempo occorrente per indossare la divisa aziendale debba essere retribuito o meno, occorre far riferimento alla disciplina contrattuale specifica: in particolare, ove sia data facoltà al lavoratore di scegliere il tempo e il luogo ove indossare la divisa stessa (anche presso la propria abitazione, prima di recarsi al lavoro) la relativa attività fa parte degli atti di diligenza preparatoria allo svolgimento dell’attività lavorativa, e come tale non deve essere retribuita, mentre se tale operazione è diretta dal datore di lavoro, che ne disciplina il tempo ed il luogo di esecuzione, rientra nel lavoro effettivo e di conseguenza il tempo ad essa necessario deve essere retribuito”

LAVORATORE ASSENTE A FRONTE DEL RIFIUTO DATORIALE DI CONCEDERE LE FERIE

Il lavoratore si assenta nel periodo natalizio malgrado il rifiuto del datore: giusto il licenziamento. Lo precisa la sezione lavoro della Cassazione con la sentenza 20461/10 (qui leggibile come documento correlato). Confermato, nella specie, il verdetto d’appello: la richiesta di ferie, presentata alla moglie dell’amministratore unico della società, dipendente della Srl, era stata espressamente rigettata.

Per cui l’allontanamento non autorizzato dal lavoro costituiva giusta causa di recesso, conformemente a quanto previsto dal Ccnl. L’esistenza della giusta causa si poneva poi in contrasto con l’asserito carattere ritorsivo del recesso, che era rimasto del tutto sfornito di prova. Non basta, infatti, la querela presentata dal lavoratore nei confronti dell’amministratore unico.

Il dipendente – osserva il “Palazzaccio” – non ha spiegato quali sarebbero le circostanze provate e non valutate tali da rendere più lieve l’infrazione e quindi eccessiva la sanzione del licenziamento.

Pertanto la tesi – secondo la quale non è sufficiente che una inadempienza sia contemplata dal Ccnl come meritevole di recesso – sebbene astrattamente condivisibile, non vale a ribaltare le decisione



DAL MODELLO PER COMPITI ALLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

I risultati di una ricerca infermieristica

Vito
MASI



“Avere un’idea è un’ottima cosa; ma è ancora meglio sapere come portarla avanti”.

E così saggiamente si espresse l’industriale Henry Ford, dal quale abbiamo preso spunto per la nostra ricerca sperimentale, mirata proprio alla modifica dei comportamenti valutativi del paziente da parte dell’infermiere. Difatti

Ilaria
DELEO



un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire degli esiti di cui l’infermiere è responsabile”; da qui, la necessità di ricorrere ad un linguaggio infermieristico standard e, quindi, all’uso di una Tassonomia. Varie sono le Tassonomie presenti in campo infermieristico, quella maggiormente adottata è rappresentata dalla Tassonomia NANDA, la quale si divide in “Tassonomia I” e “Tassonomia II”; quest’ultima, a sua volta, è rappresentata dai Modelli Funzionali di Marjory Gordon, presi da noi in considerazione per effettuare le diverse valutazioni delle cartelle infermieristiche, quale nostro campione. Questi Modelli funzionali sono: Modello percezione/gestione della salute, Modello nutrizione/metabolismo, Modello eliminazione, Modello esercizio/attività fisica, Modello riposo/sonno, Modello cognizione/percezione, Modello percezione/concezione di sé, Modello ruolo/relazione, Modello sessualità/riproduzione, Modello affronto/tolleranza allo stress e Modello valori/convinzioni; ognuno di essi, a sua volta, include le diagnosi infermieristiche. Poiché a tali diagnosi infermieristiche si dovrebbero collegare indicazioni per la pratica professionale, abbiamo preso in considerazione i cosiddetti NIC e NOC, che stanno rispettivamente per Nursing Intervention Classification e Nursing Outcomes Classification; infatti lo schema “NNN” (NANDA-NIC-NOC) è un insieme di catalogazioni che permette alla teoria e alla pratica infermie-

con questa ricerca abbiamo voluto favorire la conoscenza di un linguaggio infermieristico standardizzato, facilitare la presa in carico del paziente mediante uno schema condiviso a livello professionale, valutare il grado di completezza con il quale gli infermieri compilano la cartella infermieristica e il grado di formulazione ed appropriatezza delle diagnosi infermieristiche. Tutto ciò abbiamo potuto osservarlo fornendo agli infermieri il manuale delle diagnosi infermieristiche NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), nato nel 1990 per promuovere lo sviluppo, il perfezionamento e l’applicazione delle diagnosi infermieristiche. La NANDA, infatti, affermò che “la diagnosi infermieristica è



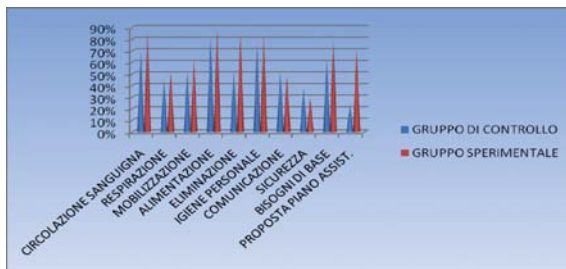
ristica di essere il più possibile organiche e standardizzate. La valutazione l'abbiamo effettuata su due diversi gruppi: il gruppo di controllo, antecedente l'inizio della fase sperimentale, e il gruppo sperimentale stesso. Attraverso un approccio attivo, abbiamo rilevato i dati dalla documentazione rappresentata da una serie di cartelle infermieristiche appartenenti all'anno 2009 della U.O. Medicina Interna "G.Baccelli" del Policlinico di Bari. Nel primo foglio vi sono i dati d'identificazione della persona assistita (nome, cognome, sesso, età, precedenti ricoveri nell'U.O., modalità d'arrivo del paziente, allergie, terapia abituale, stato civile, luogo di residenza, persona referente, persona dalla quale abbiamo raccolto le informazioni). Nelle seguenti pagine sono elencati le Funzioni vitali e i Gradi di dipendenza appartenenti a "Circolazione sanguigna - Temperatura corporea", "Respirazione", "Mobilizzazione", "Alimentazione e idratazione", "Eliminazione", "Igiene personale - Comfort - Percezione del corpo", "Comunicazione - Relazione", "Sicurezza - Riposo - Sonno"; successivamente riscontriamo la pagina sulla quale l'infermiere deve annotare le diagnosi infermieristiche (sotto la voce "Bisogni di base all'ingresso", intesi come alterazione ai bisogni di base) e pianificare l'assistenza attraverso la previsione degli interventi assistenziali (sotto la voce "Proposta di piano di assistenza infermieristica"). Dopo ciò vi è la pianificazione dell'assistenza infermieristica (sotto la voce "Diario infermieristico"), secondo la quale andremo ad annotare, secondo data e ora in successione giornaliera, gli interventi effettuati al paziente e riportando la firma dell'operatore responsabile di ciascun intervento. Infine si annota sul "foglio di dimissione" la data della dimissione stessa con la "Valutazione del piano di assistenza infermieristica" e l'eventuale "Piano di assistenza infermieristica domiciliare". Per la nostra ricerca abbiamo adottato una griglia di valutazione, attraverso la quale assegnavamo un punteggio che andava da 0 a 10 in base agli indicatori "Presente" (indica se il dato è stato scritto o meno), "Completo" (indica il grado di completezza della rilevazione dei dati), "Leggibile" (esprime la chiarezza non solo calligrafica, ma anche casi in cui sono stati apportate cancellature o uso di correttore)

e "Redattore identificato" (indica la presenza o meno della firma dell'infermiere e la chiarezza della stessa). Successivamente abbiamo raggruppato i punteggi in quattro categorie differenti, quali assente (0), insufficiente (1-5), buono (6-9) ed eccellente (10). Per quanto concerne i dati d'identificazione del paziente, abbiamo osservato che l'infermiere da un'importanza quasi ottimale agli stessi, nonché i campi compilati risultano essere pari al 96% rispetto al 4% dei campi assenti; però nel gruppo sperimentale vi è stato un leggero deficit, in quanto i campi compilati sono risultati pari al 90% e i campi assenti al 10%. Tale deficit non è risultato tanto importante, tant'è che la percentuale rimane comunque quasi ottimale: questo ci fa capire che l'infermiere si interessa alla situazione del paziente per quanto concerne precedenti ricoveri, eventuali allergie presenti, eventuale terapia che effettua a domicilio e i diversi contatti (familiari e non) per permettere scambi di informazioni riguardanti il paziente stesso. Come abbiamo analizzato la compilazione dei dati d'identificazione del paziente, altrettanto abbiamo fatto per la compilazione dei bisogni di base all'ingresso; si riscontrano netti miglioramenti eccetto nei casi della "Comunicazione" e della "Sicurezza", in cui vi sono stati peggioramenti riguardo la totale assenza di compilazione delle parti. Dei bisogni di base all'ingresso abbiamo analizzato anche la completezza e la leggibilità: rispetto al gruppo di controllo, nel gruppo sperimentale si evince un miglioramento anche se non decisivo, poiché si osservano peggioramenti riguardo i bisogni di "Circolazione sanguigna", "Respirazione" e "Eliminazione" e "Sicurezza". Nel primo caso non vengono soprattutto trascritte la pressione arteriosa e la posizione (clinostatica o semi-ortostatica) attraverso la quale si sono rilevate pressione arteriosa e frequenza cardiaca; nel secondo caso, invece, l'errore ricorrente nella completezza sta nella trascrizione della frequenza respiratoria e nel tipo di respiro (che ricordiamo essere toracico o diaframmatico o profondo o superficiale); nella terza parte abbiamo osservato che l'infermiere, anziché annotare il numero delle evacuazioni e delle minzioni al giorno, tende a scrivere "poco" o "normale"; infine nel quarto caso si osserva che l'infermiere si limita nella trascrizione delle ore totali di sonno anziché l'ora in cui va a dormire e l'ora in cui si sveglia (come suggerisce la cartella infermieristica). De-

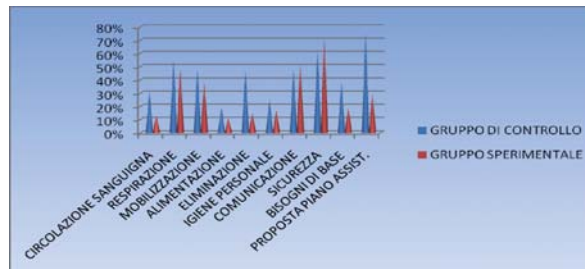


gli stessi bisogni di base all'ingresso abbiamo anche constatato la leggibilità, che ha subito un netto miglioramento. Le parti insufficienti sono determinate dall'illeggibilità calligrafica, dalle cancellature e dai campi sbarrati; con questi ultimi l'infermiere vuole indicare l'assenza di quel determinato dato, ignaro dell'errore che effettivamente commette nel farlo. Infine abbiamo osservato le diagnosi infermieristiche vere e proprie, che devono essere trascritte nella pagina dei bisogni di base con proposta di piano infermieristico. Dallo studio, nel periodo sperimentale, si evince che gli infermieri si attengono abbastanza alle diagnosi infermieristiche NANDA, con una percentuale accettabile (55%), bisogna tener conto che prima di questa sperimentazione non venivano registrate le diagnosi infermieristiche di questa Tassonomia; il restante 45% di quelle che noi abbiamo chiamato "diagnosi formulate", sono diagnosi scritte dagli infermieri fuori della Tassonomia II NANDA. Esempi sono: stato anemico, epatopatia, ede-

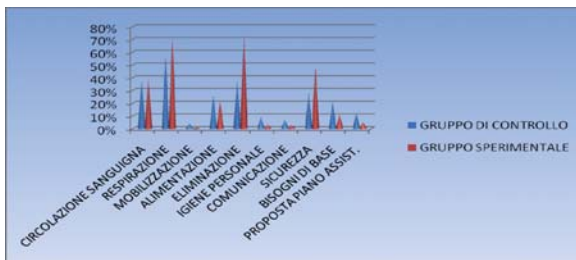
ma arti inferiori, ecc, che sono diagnosi prettamente clinico-mediche; altra anomalia riscontrata è aver annotato nella diagnosi elementi sintomatologici (emorragie varie, nausea, vomito, ipertensione ecc.), o la presenza di presidi (sondino naso-gastrico o catetere vescicale, ecc). In linea di massima con questa ricerca abbiamo potuto riscontrare dei netti miglioramenti. Essa ci ha permesso di verificare, non solo in che grado gli infermieri sono al corrente delle diagnosi infermieristiche e del linguaggio infermieristico standard, ma anche come si possono ricavare cambiamenti dal personale infermieristico nel momento in cui si fornisce allo stesso gli strumenti e il materiale appropriato per un certo miglioramento. Abbiamo voluto dare un inizio e non un termine a questa ricerca, in quanto essa è stata finalizzata non solo allo studio ma anche ad un cambiamento nella valutazione del paziente da parte dell'infermiere come attività permanente e costante.



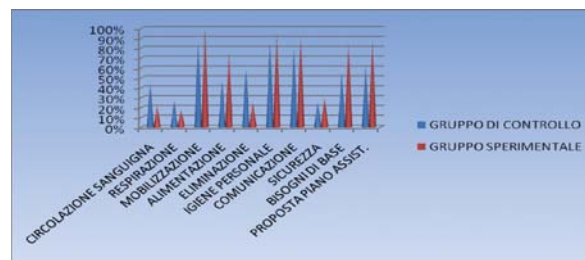
Compilazione bisogni di base all'ingresso: CAMPI COMPILATI



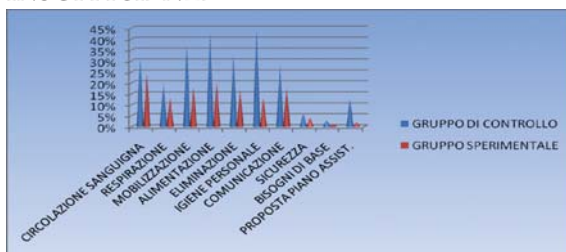
CAMPI ASSENTI



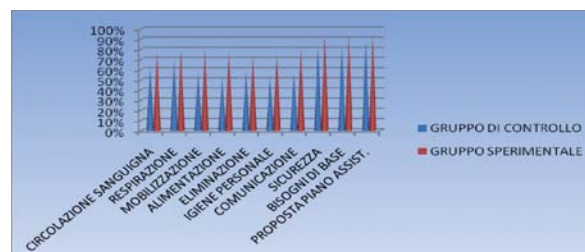
Completezza bisogni di base all'ingresso: INSUFFICIENZE



ECCELLENZE



Leggibilità bisogni di base all'ingresso: INSUFFICIENZE



ECCELLENZE



QUALITÀ E NURSING: LA PERFORMANCE INFERMIERISTICA

Carmela
MARSEGLIA



Nell'infermieristica da tempo si parla di valutazione e di indicatori come elemento di miglioramento assistenziale. In considerazione della necessità di descrivere e misurare un fenomeno per poterlo gestire, diventa fondamentale fare il punto sulle conoscenze ed esperienze infermieristiche in atto che cercano di identificare lo specifico contributo degli infermieri nel far raggiungere alla persona assistita risultati positivi per la sua salute.

Gli obiettivi che la professione infermieristica si deve proporre di raggiungere sono:

- la conoscenza della letteratura, le ricerche e le esperienze infermieristiche, condotte in tutto il mondo;
- prospettare lo stato dell'arte relativamente

all'uso, in ambito infermieristico, di metodi e strumenti per misurare la qualità dei risultati attraverso esperienze di particolare rilievo;

- diffondere la consapevolezza che, per orientarsi verso questi obiettivi, occorre un impegno costante dei professionisti ad operare congiuntamente e in modo multidisciplinare nei servizi sanitari.

Sulla base di tutto ciò, in molte realtà ci si sta impegnando per sviluppare sistemi e strumenti di misurazione capaci di fornire una visione delle performance dei servizi sanitari di carattere multidimensionale, abbinando ai tradizionali indicatori, anche quelli di valenza organizzativa e sulla qualità delle prestazioni erogate.

Il Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI)

(SIPI) è un modello di grande interesse che si distacca dalla tradizionale classificazione dei ricoveri, basata sul metodo DRG, incapace di rappresentare pienamente l'impegno infermieristico.

Attraverso la

“la ricerca di una diversa modalità organizzativo-assistenziale avrà come punti di forza la centralità della persona assistita, il superamento dell'instabilità gestionale, l'innalzamento del livello di professionalità degli operatori nei confronti della collettività”

griglia di classificazione del paziente è possibile identificare lo specifico grado di



fabbisogno di assistenza infermieristica e di complessità assistenziale.

Il SIPI rappresenta uno strumento utile per:

- la pianificazione assistenziale
- la gestione per processi in sanità
- erogare un'assistenza individualizzata
- definire il fabbisogno di personale infermieristico.

cessità di rivedere gli standard di personale infermieristico da assegnare alle unità operative di ricovero ma, in un'ottica più ampia, aiuta a comprendere quanto il modello organizzativo basato sulle discipline mediche sia ormai superato.

La prospettiva, in questo senso, è rappresentata dall'organizzazione dell'ospedale per livelli di assistenza che, allo stato attua-

Le finalità che si propone il S.I.P.I. sono:

- il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica erogata attraverso una più efficace ed efficiente allocazione delle risorse disponibili;
- il confronto tra l'assistenza infermieristica offerta a gruppi omogenei di persone, classificate secondo la logica dei DRG creando le basi per verificare la fattibilità di un'analisi dell'assistenza infermieristica relativa ai DRG stessi;
- la determinazione dei costi dell'assistenza infermieristica;
- la documentazione e l'utilizzo della risorsa infermieristica nelle unità organizzative delle strutture sanitarie;
- l'allocazione del personale infermieristico in funzione della complessità e variabilità dei bisogni di assistenza infermieristica delle persone prese in carico;
- la creazione di presupposti per la definizione di un coefficiente di distribuzione del personale di supporto che tenga conto della complessità assistenziale infermieristica.

La griglia di classificazione assume valenza di scheda di misurazione che, attraverso l'iniziativa di ricerca multicentrica sviluppata a sostegno del Sistema Informativo della Performance Infermieristica, consente di verificare l'effettivo grado di assistenza infermieristica da erogare rispetto agli standard normalmente utilizzati in sede di programmazione dell'attività ospedaliera. L'aspetto di maggiore significatività è rappresentato dalla misurazione della distanza esistente tra impegno medico, in qualche modo definito attraverso la classificazione delle unità di ricovero dei pazienti, e infermieristico valutando l'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità clinico-assistenziali, la tempestività e la continuità della cura, la comunicazione con gli utenti. Questa "**quotidianità**" conosciuta dagli operatori e "**misconosciuta**" da chi si occupa di dotazioni organiche e di programmazione sanitaria, pone l'accento sulla ne-

le, rappresenta l'unico in grado di assicurare un efficace ed un efficiente impiego del patrimonio professionale di tipo infermieristico. Lo studio e la definizione di metodi e strumenti per la misurazione della performance infermieristica in ospedale, ovviamente, rappresenta un primo passo verso lo sviluppo di nuove esperienze rivolte al territorio. Su quest'ultimo tema dovranno essere sviluppate, nel prossimo futuro, nuove iniziative poiché, ormai è del tutto evidente, una parte importante del sistema assistenziale si caratterizzerà come extraospedaliero nelle strutture residenziali, per gli anziani non autosufficienti, per i disabili e per i malati di Alzheimer, e nelle cure domiciliari. È importante che il processo di cambiamento in atto, caratterizzato da un importante impegno verso la deospedalizzazione del paziente, trovi gli infermieri pronti non solo nel campo professionale specifico ma, anche, in quello della programmazione e del-



la valutazione delle performance. L'aspetto fondamentale risiede nel fatto che il Sistema Informativo della Performance Infermieristica nasce dal modello teorico delle Prestazioni Infermieristiche, e dall'adozione di un sistema di rilevazione e di comparazione qualitativa e quantitativa delle informazioni assistenziali. È uno strumento in grado di rilevare e sviluppare dati oggettivi e confrontabili fondamentali per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica nelle strutture ospedaliere, poiché, attraverso esso è possibile adattare efficacemente l'offerta alla domanda di assistenza infermieristica. Ideato nel 2007 dall'Università Statale di Milano-Bicocca e l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza che ne è il Centro Coordinatore.

Questo strumento definisce e classifica i diversi profili di complessità dell'assistenza che si manifestano ponendosi come ausilio tecnico concreto ad una efficiente organizzazione che deve modularsi in relazione alla complessità assistenziale. Il riferimento concettuale dell'assistenza infermieristica, posto alla base metodologica dello strumento, è il Modello delle Prestazioni Infermieristiche della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano. L'identificazione delle variabili degli indicatori di performance dell'assistenza infermieristica tengono conto di tre ordini di considerazioni:

- le condizioni clinico-assistenziali
- la correlazione tra l'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e i risultati ottenuti
- la corrispondenza tra la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dell'assisten-

za infermieristica.

Con l'attuazione del federalismo, l'impegno al rispetto dei patti di stabilità l'infermieristica "**DOMANDA**" una sinergia tra esercizio della funzione organizzativa-gestionale e l'esercizio della funzione clinico-assistenziale. Avere a disposizione uno strumento oggettivo per la determinazione del fabbisogno di personale, non significa necessariamente risolvere il problema della presa in carico globale della persona assistita.

Infatti, le organizzazioni devono sempre più ricercare diverse modalità organizzativo-clinico-assistenziali che tengano conto di criteri e modalità diverse di allocazione dei degenti, della turnistica del personale, con cui ridisegnare le prestazioni necessarie in funzione del modello organizzativo adottato, dell'adozione di sistemi informativi e relazionali ad ampio raggio, dell'utilizzo di percorsi di integrazione organizzativa, clinica e assistenziale. Si deve adeguatamente monitorare l'impatto che la modalità organizzativa scelta avrà sull'organizzazione, nelle relazioni professionali, nell'utilizzo delle risorse, nella pianificazione dei processi di assistenza infermieristica e nella valorizzazione delle diverse competenze professionali. E comunque, la ricerca di una diversa modalità organizzativo-assistenziale, con queste premesse, avrà come punti di forza la centralità della persona assistita, il superamento dell'instabilità gestionale e delle possibili difficoltà recettive dei pazienti, l'innalzamento del livello di professionalità degli operatori nei confronti della collettività.

BIBLIOGRAFIA

- IPASVI, Codice Deontologico degli Infermieri, Roma 2009, artt. 1-2-3-4-7;
- DMS n. 739 del 14 settembre, 1994, art. 1;
- Baumann A. Restructuring, reconsidering, reconstricting: Implication for health human resources. International Journal of Public Administration 2003b, vol. XXVI (14): 1561-1679;
- Tempo di Nursing 54/2009 Collegio IPAS.VI di Brescia 24 – Focus;
- Moiset C., Vanzetta M., Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica, McGraw-Hill, Milano, 2009;
- C. Moiset et al., in Atti Congresso Nazionale IPASVI, "Il sistema informativo della performance infermieristica", Firenze, 26-28 febbraio 2009;
- Tempo di Nursing 54/2009 Collegio IPAS.VI di Brescia 22 – Focus;
- Il S.I.P.I. e il M.A.P.: riflessioni e implicazioni per l'assistenza infermieristica di Enrico Ballerini, Patrizia Bevilacqua, Lucia Laratta, Elena A. Pasotti.



CULTURA DELL'ACCOGLIENZA NELLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE

Daniela
PAOLILLO



Concetta
TASSIELLI



“La cultura appare un elemento così tipico della natura umana da essere dato per scontato. Si è totalmente modellati dalla cultura da non renderci conto che essa esiste indipendentemente da noi e che le nostre azioni rispecchiano di norma schemi prefissati e dinamiche istituzionalizzate.

Qualsiasi espressione dell'uomo non può prescindere dalla particolare matrice culturale della società di appartenenza” (P.Ceri, L.Gallino e altri “Manuale di sociologia” UTET 1997).

Sicuramente è un aspetto che molti oggi ancora sottovalutano, il cittadino straniero non è infatti assistito adeguatamente. Non è espressione di incapacità nell'assistenza, ma testimonianza di un mancato approfondimento dell'universo ancora inesplorato: la cultura del “diverso”. L'incremento delle persone straniere nel nostro Paese ha portato alla necessità di una nuova coscienza culturale da parte della professione infermieristica, per essere d'aiuto a chi par-

la un'altra lingua ed esprime bisogni con modalità diverse. Solo in Puglia si contano 60.000 immigrati. Gli infermieri sono spesso il primo contatto che la persona straniera ha con il servizio sanitario; essi costituiscono una grande risorsa che va utilizzata per migliorare la qualità dell'assistenza, che deve essere adeguata ai bisogni individuali della persona. Il contesto sociale in cui viviamo è poco orientato all'etnocentrismo professionale, per cui i pazienti vengono discriminati, a seconda delle diverse matrici culturali. L'incontro tra infermiere e paziente è l'incontro tra due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura. Un'attenta conoscenza della propria cultura è un presupposto indispensabile per riuscire a dialogare con il paziente di qualsiasi nazionalità. L'approccio integrato è condiviso dall'antropologia culturale e dal nursing, in quanto pone la persona al centro della relazione, aiutando a comprendere ciò che essa porta in sé, i bisogni espressi ed inespressi, nel rispetto della sua cultura e religione. Il cambiamento determinante concernente la presa in carico dei problemi di salute ed assistenza, è avvenuto nella organizzazione sociale. Esso evidenzia la necessità di una crescente maggiore attenzione a fornire risposte assistenziali e a realizzare percorsi di cura equi, appropriati (per qualità, efficacia, accettabilità, utilizzo di risorse) accessibili e personalizzati. La complessità espressa dal contesto descritto, deve costituire per gli operatori sanitari una necessità ed un'opportunità di miglioramento delle



competenze tecniche, professionali proprie di ciascuna figura professionale e di acquisizione/miglioramento delle competenze relazionali e comunicative. In realtà, il focus della questione sarebbe sentire la necessità di acquisire le competenze necessarie a perseguire e realizzare concretamente l'obiettivo della presa in carico olistica della persona straniera.

L'infermiere transculturale ha assunto un ruolo determinante a causa dell'aumento di immigrati, provenienti dalle zone più disparate del mondo, portatori di relativi usi e costumi. L'assistenza a utenti immigrati e profughi, che hanno subito violenze, assistito a eccidi e scontri rappresenta sia una grande sfida per gli infermieri che un'impresa interessante in quanto mette in discussione un universo personale poco aperto alla comprensione dell'altro. Gli infermieri sono chiamati a prestare assistenza a persone portatrici di valori politici, culturali e religiosi molto diversi tra loro e diventa fondamentale quindi, possedere competenze transculturali. Un primo passo fondamentale per entrare in relazione con persone straniere è conoscere le dinamiche migratorie e le caratteristiche demografiche degli immigrati, per evitare di incorrere in equivoci che possono danneggiare la qualità della comunicazione. Alla base delle migrazioni i sociologi identificano, due tipi di fattori che interagiscono tra loro in modo più o meno sinergico: PUSH FACTORS e PULL FACTORS. Fattori di espulsione da un Paese (*push factors*): povertà/inadeguato sviluppo umano, urbanizzazione massiccia, guerre, disordini sociali e repressioni interne, catastrofi ambientali, aspettative culturali frustranti. Fattori di attrazione in un altro Paese (*pull factors*): aspettative culturali e legate ad una migliore qualità della vita, richiesta di manodopera, maggiori possibilità economiche. Alcuni parlano anche di fattori di scelta (*choise factors*) che determinano la decisione dell'immigrato di dirigersi in un Paese piuttosto che in un altro, all'interno di uno stesso blocco socio-economico (ad esempio l'Unione Europea) o verso differenti località di uno stesso Paese.

Al fine di comprendere le possibili difficoltà nella relazione transculturale d'aiuto, può essere utile identificare i diversi livelli in cui queste possono presentarsi: "Affinché

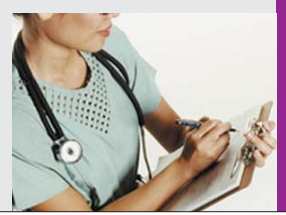
gli esseri umani vivano e sopravvivano in un mondo salubre, tollerante e significativo, è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente" (M.Leininger, 1978). Madeleine Leininger identifica le fasi evolutive dell'infermieristica transculturale in tre Fasi:

- Fase I: l'infermiere acquisisce consapevolezza e sensibilità rispetto alle differenze e somiglianze dell'assistenza culturale.
- Fase II: L'infermiere approfondisce la teoria dell'assistenza infermieristica e dei risultati della ricerca con le competenze acquisite in assistenza culturale.
- Fase III: l'infermiere utilizza in modo creativo e pratico i risultati della ricerca con prove documentate, per ottenere pratiche assistenziali culturalmente adeguate e valutarne i risultati.

Per comprenderne l'attuazione, un chiaro esempio è l'ESSERE MADRE IN TERRA STRANIERA. Grande importanza che meritano le figure del Mediatore Culturale e l'Educatore. Le due figure servono a non far sentire soli i pazienti, a farli sentire rispettati nel loro essere appartenenti a una cultura diversa e, soprattutto, valorizzare la preparazione infermieristica nel fronteggiare una situazione così delicata e soprattutto carica di tensione, quale può essere il non essere compresi nel momento del bisogno. Non è facile descrivere il proprio malessere (*Illness*) quando dall'altra parte nessuno ti capisce. Il tutto richiede un notevole sforzo, una formazione adeguata e degli obiettivi ben specifici.

Ma il fine unico di tanto sforzo dovrebbe essere solo uno, essere in grado di garantire la creazione e il rafforzamento delle procedure assistenziali personalizzate per l'utenza straniera su problematiche sanitarie e sull'uso dei servizi anche con la presenza di mediatori culturali. Una delle missioni a cui l'infermiere si dedica è la compliance, quindi sarebbe inutile reputare professionista chi tralascia questo piccolo, ma poliedrico particolare.

La Cultura insegna ripaga sempre le parti, basta sapere cosa e quanto si vuole apprendere e quanto si vuole crescere.



SERVONO GLI O.S.S. SERVE CHIAREZZA

Leonardo
DI LEO



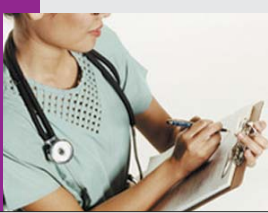
Giulio
PARADISO



La figura dell'OSS è stata accolta dalla comunità professionale con entusiasmo, in quanto ritenuta una preziosa risorsa, grazie alla quale si potrebbero ridefinire e razionalizzare i carichi di lavoro e competenze delle risorse professionali disponibili sollevando l'infermiere da attività improprie. Un Operatore Socio

Sanitario ben formato, ben orientato nel proprio ruolo e nella pratica e ben inserito nell'équipe assistenziale può contribuire a dare risposte efficaci ai bisogni di assistenza dei cittadini. Nell'ambito del proprio campo di competenza, l'infermiere può far svolgere compiti di tipo esecutivo a figure di supporto, mantenendo la responsabilità sul processo decisionale. L'unico responsabile del risultato assistenziale è l'infermiere, per questo motivo non ci può essere delega al personale di supporto ma solo attribuzione. L'infermiere non delega attività o responsabilità all'OSS, ma può (ove necessario) attribuire attività. L'OSS è responsabile della corretta esecuzione dell'attività attribuita. Spetta all'infermiere e non al medico

attribuire i compiti all'OSS. E' l'infermiere che identifica i bisogni di assistenza infermieristica, pianifica, gestisce e valuta il processo assistenziale, facendo in modo che il processo di nursing e l'organizzazione non entrino in contraddizione tra loro! E' l'infermiere che pianifica l'assistenza infermieristica ed ha la responsabilità del risultato mentre l'OSS ha quella del compito assegnato in quanto è in possesso di conoscenze e di tecniche assistenziali ed è in grado di lavorare per compiti ed obiettivi interagendo con professionalità diverse. In questa nuova ri-organizzazione il Coordinatore Infermieristico ricopre un ruolo fondamentale, la sua competenza è strategica nel saper attuare questo processo; alla luce di questi cambiamenti, all'interno delle Unità Operative bisogna ridefinire i piani di lavoro e le dotazioni organiche. Lo scenario legislativo, formativo, culturale che si sta delineando nei riguardi della professione infermieristica, e della Sanità in generale, impone dunque una revisione dei modelli organizzativi e professionali finora adottati. Nel quotidiano, è da chiarire l'espletamento di alcune procedure. Es. la rilevazione dei parametri vitali, non è una competenza dell'Operatore Socio-Sanitario. L'inserimento e la valorizzazione delle figure di supporto, come già accade in alcune esperienze, sono da considerarsi una risorsa. Quello che ci auguriamo è che si realizzi quel cambiamento organizzativo nell'erogazione dell'assistenza alla persona/utente, da un modello burocratico e per attività, a un modello per obiettivi che pone al centro la persona. Onde evitare incomprensioni, si riporta in box l'elenco delle principali attività e relative competenze previste per l'Operatore Socio Sanitario così come recepite ed approvate dalla Regione Puglia.

**ELENCO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ PREVISTE PER L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO****1) Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero:**

- Assiste alla persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;
- Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico;
- Collabora ad attività finalizzate al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;
- Realizza attività di animazione e socializzazione di singoli e gruppi;
- Coadiuvava il personale sanitario e sociale nell'assistenza al malato anche terminale e morente;
- Aiuta la gestione dell'utente nel suo ambito di vita;
- Cura la pulizia e l'igiene ambientale.

2) Intervento igienico - sanitario e di carattere sociale:

- Osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio-danno dell'utente;
- Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali;
- Valuta, per quanto di competenza gli interventi più appropriati da proporre;
- Collabora all'attuazione di sistemi di verifica degli interventi;
- Riconosce ed utilizza linguaggi e sistemi di comunicazione - relazioni appropriati con riferimento alle condizioni operative;
- Mette in atto relazioni - comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia, per l'integrazione sociale ed il mantenimento e recupero della identità personale.
- Supporto gestionale, organizzativo e formativo;
- Utilizza strumenti informativi di uso comune per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio;
- Collabora alla verifica della qualità del servizio;
- Concorre, rispetto agli Operatori dello stesso profilo, alla realizzazione dei tirocini ed alla loro valutazione;
- Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento;
- Collabora, anche nei servizi assistenziali non di ricovero alla realizzazione di attività semplici.

COMPETENZE DELL'OPERATORE SOCIO - SANITARIO**Competenze tecniche:**

- In base alle proprie competenze ed in collaborazione con altre figure professionali, sa attuare i piani di lavoro; è in grado di utilizzare metodologie di lavoro comuni (schede, protocolli ecc...); è in grado di collaborare con l'utente e la sua famiglia:
- nel governo della casa e dell'ambiente di vita, nell'igiene e cambio biancheria;
- nella preparazione e/o aiuto all'assunzione dei pasti;
- quando necessario, e a domicilio, per l'effettuazione degli acquisti;
- nella sanificazione e sanitizzazione ambientale.

E' in grado di curare la pulizia e la manutenzione di arredi e attrezzature, nonché la conservazione degli stessi e il riordino del materiale dopo l'assunzione dei pasti.

Sa curare il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare.

Sa garantire la raccolta e lo stoccaggio corretto dei rifiuti, il trasporto del materiale biologico sanitario, e dei campioni per gli esami diagnostici, secondo protocolli stabiliti. Sa svolgere attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette. In sostituzione e appoggio dei famigliari e su indicazione del Personale preposto è in grado di:

- aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- aiutare nella preparazione alle prestazioni sanitarie;
- osservare, riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare (pallore, sudorazione ecc.);
- attuare interventi di primo soccorso;
- effettuare piccole medicazioni o cambio delle stesse;
- controllare e assistere la somministrazione delle diete;
- aiutare nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, il recupero ed il mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- collaborare ad educare al movimento e favorire movimenti di mobilitazione semplici su singoli e gruppi.
- provvedere al trasporto di utenti, anche allettati, in barella-carrozzella.
- collaborare alla composizione della salma e provvedere al suo trasferimento.
- utilizzare specifici protocolli per mantenere la sicurezza dell'utente, riducendo al massimo il rischio.
- svolgere attività di informazione sui servizi del territorio e curare il disbrigo di pratiche burocratiche.
- accompagnare l'utente per l'accesso ai servizi.

Competenze relative alle conoscenze richieste:

Conosce le principali tipologie di utenti e le problematiche connesse.

Conosce le diverse fasi di elaborazione dei progetti di intervento personalizzati.

Riconosce per i vari ambiti, le dinamiche relazionali appropriate per rapportarsi all'utente sofferente, disorientato, agitato, demente o handicappato mentale ecc.

E' in grado di riconoscere le situazioni ambientali e le condizioni dell'utente per le quali è necessario mettere in atto le differenti competenze tecniche.

Conosce le modalità di rilevazione, segnalazione e comunicazione dei problemi generali e specifici relativi all'utente.

Conosce le condizioni di rischio e le più comuni sindromi da prolungato allettamento e immobilizzazione.

Conosce i principali interventi semplici di educazione alla salute, rivolti agli utenti e ai loro famigliari.

Conosce l'organizzazione dei servizi sociali e sanitari e quella delle reti informali.

Competenze relazionali

Sa lavorare in équipe. Si avvicina e si rapporta con l'utente e con la famiglia, comunicando in modo partecipativo in tutte le attività quotidiane di assistenza; sa rispondere esaurientemente, coinvolgendo e stimolando al dialogo.

E' in grado di interagire, in collaborazione con il personale sanitario, con il malato morente. Sa coinvolgere le reti informali, sa rapportarsi con le strutture sociali, ricreative, culturali dei territori.

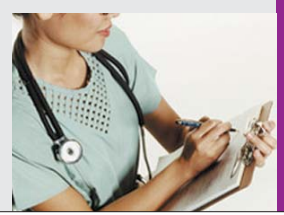
Sa sollecitare ed organizzare momenti di socializzazione, fornendo sostegno alla partecipazione ad iniziative culturali e ricreative sia sul territorio che in ambito residenziale. E' in grado di partecipare all'accogliimento dell'utente per assicurare una puntuale informazione sul Servizio e sulle risorse.

E' in grado di gestire la propria attività con la dovuta riservatezza ed eticità.

Affiancandosi ai tirocinanti, sa trasmettere i propri contenuti operativi.

BIBLIOGRAFIA

- Bollettino Ufficiale della Regione Puglia – n. 181 suppl. del 19-12-2007
- La dirigenza infermieristica, C. Calamandrei e C. Orlandi, McGraw-Hill 2009



ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Debridment a ultrasuoni

Antonella
PERRUCCI



Le piaghe da pressione o ulcere da decubito sono in letteratura, lesioni localizzate che interessano la cute o i tessuti sottostanti. Solitamente insorgono nei pazienti immobilizzati a letto per lunghi periodi di

tempo in unità operative per acuti e cronici, comunque, in soggetti compromessi. Possono comparire anche in poche ore di immobilizzazione.

LA CLASSIFICAZIONE

È importante conoscere l'eziologia di ogni lesione in tutti i pazienti. Infatti l'identificazione della causa è indispensabile per una corretta classificazione, gestione e trattamento della lesione. La classificazione è la metodica in gradi o stadi permette di valutare le caratteristiche di una lesione e descriverla utilizzando lo stesso linguaggio codificato comune per tutti gli operatori. La letteratura presenta 14 classificazioni differenti, tra queste la più utilizzata è la classificazione N.P.U.A.P. (National Pressure Advisory Panel), statunitense nata nel 1986, e comprendente 4 stadi, adottata dall'E.P.U.A.P il pannello europeo che si occupa di lesioni, e dall'A.I.S.Le.C. Associazione Infermieristica Italiana Lesioni Cutanee. Attraverso la classificazione delle lesioni si introduce un linguaggio comune. Questo contribuisce a rafforzare i giudizi clinici, fornisce uno schema universale per la documentazione e consente una migliore valutazione dei trattamenti.

FATTORI FAVORENTI LA COMPARSA DELLE PIAGHE DA DECUBITO

La pressione esercitata per più di 2 ore, pari a 70 mmHg, può causare la distruzione dei tessuti. Affinché la guarigione possa essere favorita è indispensabile eliminare tutto ciò che produce pressione.

Anche l'attrito tra cute e lenzuola può provocare delle abrasioni dello strato corneo contribuendo al processo degenerativo.

Per esempio nella posizione semiseduta hanno un ruolo particolare le forze che vengono prodotte dallo scivolamento di due superfici adiacenti, causando la rottura dei capillari a livello della zona sacrale. Inoltre, anche un microclima umido favorisce la macerazione della cute.

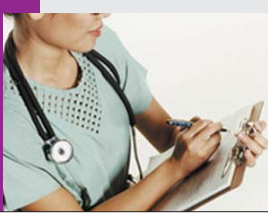
FATTORI DI RISCHIO PER PIAGHE DA DECUBITO

- incontinenza singola o doppia;
- malnutrizione o calo notevole di peso;
- anemia, edema, ipossia o ipotensione;
- immobilizzazione o deficit neurologici;
- alterazioni dello stato mentale.

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

La valutazione di una lesione cutanea, punto di partenza per prepararsi a trattare o gestire il paziente, coinvolge il soggetto nella sua totalità e, soprattutto, rappresenta la base per la pianificazione del trattamento e la stima dei suoi effetti.

È importante andare a determinare la presenza di fattori di rischio e se possibile, eliminarli. Bisogna esaminare frequentemente la cute e stabilire lo stadio dell'ulcera al fine di impostare un adeguato trattamento.



ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Prevenzione

Utilizzare tutte le possibili precauzioni nella cura e nel posizionamento del paziente allettato o immobilizzato:

- ispezionare la cute più volte al giorno;
- lavare la cute con sapone neutro, risciacquare e asciugare con panno morbido;
- lubrificare la cute con crema idratante;
- evitare l'uso di materassi scarsamente ventilati o rivestiti di materiali impermeabili o plastificati;
- adottare i protocolli di prevenzione dell'incontinenza;
- favorire la movimentazione;
- consigliare una dieta nutriente;

Eliminare la pressione:

- non sollevare la testata del letto con un angolazione superiore a 30°;
- modificare la posizione del paziente ogni 2 ore;
- adottare dispositivi specifici per proteggere le aree del corpo più a rischio;
- utilizzare materassi a pressione alternata o a cessione d'aria;
- mobilizzare il più possibile il paziente.

In base al tipo di lesione, per prevenire l'insorgenza di infezioni e portarla a guarigione si utilizzano diversi presidi quali medicazioni avanzate, debridment, uso di collagene nella riparazione tissutale, terapie chirurgiche.

Debridment delle piaghe

La rimozione dell'escara e/o del tessuto necrotico colliquato (*debridment o toilette*) deve essere fatta il prima possibile, perché costituisce un terreno di coltura per i batteri. La toilette chirurgica viene eseguita dal medico in pochi casi. Nel 90% delle lesioni il debridment è idroelettrolitico con Idrogel, enzimatico con collagenasi ad uso topico. Esiste, anche il *debridment a ultrasuoni*. Tale intervento viene effettuato tramite un apparecchio elettromedicale trasportabile e quindi facilmente utilizzabile a domicilio. È una tecnologia a domicilio utilizzata solo in Italia, con enormi vantaggi sul decorso ripartivo delle lesioni, in quanto può essere sufficiente, anche un solo trattamento.

PERCHÉ GLI ULTRASUONI

NEL TRATTAMENTO DELLE ULCERE?

Questa tecnologia, è stata ideata in origine, per un'altra linea di ricerca, per lo studio delle possibilità applicative degli ultrasuoni nella distruzione di vasi occlusi da patologia aterosclerotica. È stata, quindi, valutata l'efficacia della stessa tecnologia nella detersione delle ulcere cutanee degli arti inferiori. Come primo aspetto si è evidenziata un'alta efficacia degli ultrasuoni riguardo la radicalità di effetti in una sola seduta con dolorosità minima per il paziente. Si fa presente che con tecnica convenzionale sono generalmente necessarie numerose medicazioni nell'arco di diversi mesi per ottenere una soddisfacente detersione dell'ulcera con dolorosità sviluppata spesso significativa. Il secondo aspetto da evidenziare, altamente favorevole e peraltro imprevisto, è che c'è un effetto killing sui batteri con abbattimento della carica batterica dell'ulcera cutanea infetta, che era risultata altamente resistente a prolungata terapia antibiotica.

COME FUNZIONA IL DEBRIDMENT?

Il funzionamento è molto semplice: una punta (TIP) vibra con frequenza di circa 22-24 Hz e raggiunge una temperatura di circa 50°C. Il TIP è irrigato con soluzione fisiologica che implodendo con le vibrazioni determina un effetto cavitazionale. Questi tre fenomeni fisici (idroelettrolitico, enzimatico e ultrasonoro) determinano uno scollamento dei tessuti aventi diversa densità, permettendo la rimozione della parte necrotica. Il trattamento non risulta lesivo per ossa e tendini. È possibile utilizzare gli ultrasuoni per emulsionare la fibrina o il biofilm raggiungendo un risultato ineguagliabile. È fondamentale individuare i soggetti a rischio, anche attraverso, l'educazione dei familiari nel caso di cure domiciliari. L'Infermiere ha a disposizione, apposite linee guida, aventi lo scopo di prevenire, diagnosticare, trattare e gestire nel modo più appropriato ed efficace dette lesioni. Oltretutto, la corretta valutazione, per mezzo di vari tipi di scale, permette all'Infermiere di trattare le ulcere da pressione nel modo più adeguato possibile.

BIBLIOGRAFIA

- Julita Sansoni, Patrizia Tramarin: Il manuale dell'infermiere.



PILLOLE D'INFORMAZIONE

a cura di
Idolo **CAVAGGION**

■ **Federalismo: dal 2013 costi standard in Sanità**

Con decreto del 7 ottobre scorso il Governo ha determinato le linee guida per l'attuazione del federalismo anche nella Sanità. I costi e i fabbisogni standard per le spese di ASL e Ospedali faranno riferimento sulla base di quelli di tre Regioni, prese come parametro di riferimento, scelte tra una rosa di cinque, che nel 2011 hanno ottenuto i risultati migliori nei conti e nella qualità dei servizi.

Tale normativa dovrebbe entrare in vigore nel 2013, dopo i vari passaggi legislativi e l'intesa Stato-Regioni.

■ **Liste d'attesa: nuove regole**

Il ministro della Sanità, Ferruccio Fazio, cala dall'alto sulle Regioni direttive precise per l'eliminazione delle liste d'attesa, proverbiali nella nostra Puglia.

Ospedali o ambulatori del SSN non potranno discostarsi dalle tempistiche che saranno stabilite, per le varie prestazioni, nel "Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa", che verrà approvato in una delle riunioni della Conferenza Stato-Regioni.

■ **Liste d'attesa: in Veneto sono già regolamentate**

La delibera della G.R. Veneta del 2007 è stata riproposta con determinazione dell'assessore regionale alla Sanità.

Essa introduce quattro codici di priorità e tempi limite entro cui attuare esami diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri e controlli, tenuto conto dello stato clinico del paziente.

■ **Importiamo infermieri, esportiamo alcolici**

La Germania è la nuova meta per giovani dottori che desiderano abbreviare il loro corso di studi. La società Opejob Consulting sta selezionando dottori specializzandi per diversi ospedali tedeschi. Il corso di specializzazione dura 4 anni e un corso intensivo di tedesco tre mesi: il tutto a carico della struttura ospedaliera che li ha selezionati. Le pa-

tologie di riferimento sono quelle di gastroenterologia, nefrologia, infettive, neurologia, oncologia e nella rianimazione.

■ **Le "Baronie"**

E' divenuto un caso internazionale quello del super chirurgo Paolo Macchiarini, 52 anni, toscano, l'unico al mondo ad aver trapiantato la trachea con successo. Docente ad Hannover, Londra, Barcellona e consulente di diverse Università americane, Paolo Macchiarini vorrebbe entrare nell'Università di Firenze per creare un centro di eccellenza di chirurgia toracica.

Ma una serie di ostacoli, frapposti essenzialmente dal mondo accademico fiorentino, vietano che il noto chirurgo possa occupare una cattedra.

■ **Tumori: nuova scoperta**

Si chiama TrueBeam, è nato in California, nella Silicon Valley. Ve ne sono dieci al mondo, di cui tre in Europa e di questi uno è ora in Italia, all'Istituto Humanitas di Rozzano (MI). E' un apparecchio che brucia le cellule tumorali senza colpire i tessuti circostanti, con una elevatissima precisione di irradiazione, che tiene conto del movimento interno degli organi dovuto al respiro. Circa 2 minuti per l'irradiazione del tumore, dieci in totale per la seduta, compresa la preparazione del paziente.

■ **Tanoressia**

E' la scoperta americana di una nuova dipendenza: quella del lettino abbronzante e si chiama "Tanoressia". I "bronzeo-dipendenti" nei soli States sarebbero circa 6 milioni, con il 75% a rischio tumori della pelle. Dermatologi e psichiatri americani hanno scoperto che in assenza di "bagni" abbronzanti, il tanoressico ha nausea, vomito, febbre, dolori: insomma una vera e propria crisi di astinenza. La battaglia, negli Stati Uniti contro i centri di abbronzatura artificiale è partita con una tassazione del 10% per ogni trattamento e un disegno di legge che regolamenti le sedute abbronzanti.

■ **LO SPECIFICO INFERMIERISTICO:
ASPETTI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
NELLE MAXI EMERGENZE**

Barletta 18 dicembre 2010
Sala Convegni - Comando Polizia Municipale
INFO: CIVES BAT c/o Collegio Provinciale BAT
Via Margherita di Borgogna, 74 - Trani (bt)
Tel: 0883482500 - Fax: 0883481593
www.ipasvibat.it

■ **IL NURSING TRANSCULTURALE:
SALUTE E ASSISTENZA NELLA
MULTICULTURALITÀ**

Bisceglie 13-14-15 dicembre 2010
INFO: COLLEGIO PROVINCIALE BAT VIA
MARGHERITA DI BORGOGNA, 74 - TRANI (BT)
Tel: 0883482500 - Fax: 0883481593
www.ipasvibat.it

■ **PROTOCOLLI, LINEE GUIDA E
PROCEDURE**

Bari, 29-30 Novembre e 18 Dicembre 2010
INFO: Riforma
Tel: 3282075455 Fax: 0809640717
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **LESIONI CUTANEE ED ULCERE
DA PRESSIONE- MEDICAZIONI ED
INTERVENTI ASSISTENZIALI**

Bari, 24 Novembre e 9 Dicembre 2010
INFO: Riforma
Tel: 3282075455 Fax: 0809640717
e-mail: ricerca.formazione@email.it

■ **VIII CONVEGNO REGIONALE AME
PUGLIA E BASILICATA
L'ENDOCRINOLOGO E IL CUORE**

Bari, 17 Dicembre 2010
INFO: Edicare Meeting
Tel: 0809904421 Fax: 080 9753634
e-mail: valentinaperfido@acmesi.net

■ **UPDATES IN PNEUMOLOGIA
CORSO TEORICO PRATICO DI
AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

Ruvo di Puglia, 27 Novembre 2010
INFO: Meeeting Planner srl
Tel. 080 9905360 Fax: 080 99053059
e-mail: info@meeting-planner.it

■ **MASTER 1° LIVELLO IN
INFERMIERISTICA DI SALA OPERATORIA**

Università degli Studi di Bari
Scadenza Bando 30 Nov 2010
INFO: Cassano Maria - Cell. 392.2222730
www.uniba.it - e-mail: v.patella@ortop2.uniba.it

■ **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
IN PSICHIATRIA E DINTORNI**

Bari, 1 Dicembre 2010
INFO: Gennari Eva
Tel: 080 5541900 Fax: 0805587155
e-mail: evagennari@virgilio.it

■ **TUTTI UGUALI DI FRONTE ALLA
MEDICINA? LA DIFFERENZA SESSUALE TRA
MEDICINA IN GENERE E ANTROPOLOGIA
CULTURALE**

Bari, 30 Novembre 2010
INFO: Di Gregorio Florine
Tel: 080 5594205 080 5593664
e-mail: moretti.am@alice.it

■ **LA DIRIGENZA DELLE PROFESSIONI
SANITARIE IN PUGLIA TRA PRESENTE E
FUTURO**

Taranto, 03 e 04 Dicembre 2010
INFO: ISBEM, Hotel Histò, Via Santandrea
Circummarpiccolo
tel: 0831/713511-713516-713514- Fax: 0831-713569
e-mail: dalo@isbem.it - www.isbem.it

■ **EDUCATHE-APPROFONDIMENTI
SULLA MALATTIA E RUOLO
DELLA COMUNICAZIONE
NELLA RELAZIONE CON IL TALASSEMICO**

Bari, 11 Dicembre 2010
INFO: Nexthealth srl
Tel: 02 34538324 Fax: 02 34538405
e-mail: ecm.nexthealth@nexthealth.it

■ **NOVITA' TERAPEUTICHE IN
ONCOLOGIA ALLE SOGLIE DEL 2011**

Bari, 17-18 Dicembre 2010
INFO: Agorà
Tel: 080 5093954 080 5093974
e-mail: info@organizzazioneagora.it

■ **7 CORSO MULTIDISCIPLINARE
DI PATOLOGIA TORACICA**

Lecce, 6 Dicembre 2010
INFO: Priorità Consulting & Service
Tel: 0832 304994 - Fax: 0832 30499
e-mail: eventi@priorityonline.it

■ **LA RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE
EVOLUZIONE DALLE MANSIONI ALLE
COMPETENZE**

San Cesario di Lecce 26 - 27 novembre 2010
Sala Convegni Palazzo Ducale
INFO: Dr Fiorella Fabrizio - Cell. 3382121720
fabrizioformazione@gmail.com Fax: 080 5468421
e-mail: info@pegasocongressi.it