



Responsabilità professionale Entro l'estate la legge

Benevento
Open day per i
giovani laureati

a pagina 12 Pippo Trio



Sblocco turn over
Carbone: "Si parla
dagli infermieri"

a pagina 15 Peppe Papa





Affidarsi a Gesù
misericordioso
come Maria:

«Qualsiasi cosa
vi dica, fatela»

(Gv 2,5)

AVVISO SACRO

XXIV
GIORNATA
MONDIALE
DEL MALATO

11 febbraio 2016



L'Editoriale
di **Ciro Carbone**

Più infermieri, più salute, più economia

In un articolo pubblicato sul suo portale web, l'Organizzazione mondiale della sanità ha sottolineato l'importantissimo valore economico dei lavoratori della salute. L'Oms spiega ai politici che: "L'aumento dell'occupazione nel settore sanitario porta più crescita economica e miglioramento della coesione sociale". In aggiunta, secondo una recente ricerca scientifica inglese, che pubblichiamo nelle pagine interne di questo numero, un "minor carico di pazienti per singolo infermiere" - cioè più infermieri in reparto - "si traduce in una importante riduzione di mortalità, quantificata in un meno venti per cento, abbassando da 10 a 6 il numero di pazienti affidati ad un singolo infermiere".

Non credo sia necessario aggiungere altro per sostenere ad alta voce l'utilità sociale di aprire le porte di ospedali e presidi territoriali agli infermieri e alle infermiere pediatriche. Anzi è il momento di gridarlo. E' giunta l'ora di passare dai piani di rientro dal debito, ai piani di rientro nella qualità dell'assistenza. E' giunta l'ora di far sapere che non è di un generico "personale sanitario" che c'è bisogno per migliorare la qualità e i numeri della sanità, sia essa nazionale che locale. Il Ssn ha disperatamente bisogno di più infermieri. Lo ha detto chiaramente la nostra Presidente Barbara Mangiacavalli al ministro Lorenzin in una lettera poi resa pubblica. E lo abbiamo ripetuto noi qui in Campania ai vertici della sanità locale: più competenze e più organici. Sono questi i punti centrali sui quali punteremo per rivendicare un'offerta sanitaria adeguata ai nuovi bisogni di salute e per la salvaguardia della qualità del nostro lavoro e del sistema salute. Sarà un tormentone per i politici e per gli amministratori. Lo diremo e lo diremo di nuovo. Soprattutto qui in Campania, dove i medici sorpassano gli infermieri per numero di addetti; dove primari e dirigenti sono in più rispetto alle piante organiche approvate dalla Regione; dove i conti si sono risanati grazie al contributo decisivo della nostra professione; dove da quindici anni il tasso di infermieri occupati è in con-

tinua diminuzione: con livelli essenziali di assistenza ridotti ai minimi termini; perdita secca di posti letto; chiusura di servizi, reparti e sale operatorie. Con un incremento vergognoso delle barelle nei reparti, delle liste di attesa e della migrazione sanitaria extra regionale. Ecco dove ci ha portati l'ottusa e miope politica della ragioneria sanitaria. Alla luce di questa catastrofe, abbiamo avvertito in più occasioni, in privato e in pubblico, il Commissario Joseph Polimeni: quando si parlerà di assunzioni, di stabilizzazione dei precari e di mobilità, mettetevi al primo posto gli infermieri. La valorizzazione delle competenze infermieristiche è indispensabile per la sopravvivenza e il miglioramento dell'intero sistema sanitario nazionale. Così come lo è una dotazione organica adeguata. Due temi che tengono insieme la crescita sociale della nostra professione con gli interessi generali dei cittadini. Dopo nove anni di piani di rientro e sei di commissariamento, la sanità in Campania è sempre di più ostaggio della politica di razionamento delle risorse e dei tagli lineari. Nulla si è fatto per intervenire sulle cause strutturali che producono e sostengono il debito sanitario. Eppure di prestazioni inutili, di sprechi e di insopportabili privilegi e baronie ce ne sono. Perché i Policlinici non partecipano alla rete delle emergenze? Il Presidente della Giunta regionale della Campania, Vincenzo De Luca ha parlato di una "rivoluzione di sistema". E noi la stiamo aspettando come la Manna dal Cielo. Per il momento siamo ancora fiduciosi. Ma non c'è più molto tempo. Per noi infermieri la rivoluzione sarebbe dovuta già partire: Essa consiste nel mettere mano ai concorsi, nelle buone pratiche sanitarie; nel potenziamento dei servizi sul territorio, del sistema dell'emergenza. Perché nei pronto soccorso dei nostri ospedali si negano i diritti principali dell'uomo: il diritto alla salute ed il diritto al lavoro, e dove si offende la dignità dei cittadini e quella dei lavoratori. Eccola la rivoluzione. Non ci vuole molto. Basta volerla.

NapoliSana Campania

Supplemento di Napolisana

Rivista periodica di:

aggiornamenti professionali, attualità e cultura

Organo ufficiale dei Collegi Ipasvi
di Napoli e Benevento

ANNO XXII- N. 1 - MARZO 2016

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI NAPOLI N. 4681 DEL 27/9/1995

Spedizione in abb. pos. /art. 2, comma 20/c, L. 662/96 Filiale di Napoli

Direttore editoriale

Ciro Carbone

Direttore responsabile

Pino De Martino

Comitato scientifico

Margherita Ascione, Francesco Attena, Angela Basile,
Florinda Carcarino, Francesco Catapano,
Giuseppe De Falco, Andrea Della Ratta, Maria Rosaria
Esposito, Assunta Guillari, Eva Lieto, Franca Sarracino,
Nicola Scarpato, Carlo Vigorito, Americo Zotti.

Segreteria scientifica

Franca Sarracino

Hanno collaborato a questo numero

Maria Rosaria Amato, Giovanna Annese,
Anna Maria Bulgarelli, Anna Buonocore,
Dario De Martino, Annamaria Ferraresi, Peppe Papa,
Chiara Rotondo, Chiara Sepe, Pippo Trio.

Editore, direzione e redazione: Collegio Ipasvi Napoli

Via Costantinopoli, n 27, Cap. 80138, Napoli,

Tel. 081 440140, Fax 081 440217

e-mail: napoli@ipasvi.legalmail.it web: www.ipasvinapoli.org

LA RIVISTA VIENE INVIATA GRATUITAMENTE AGLI ISCRITTI

RESP. GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA

QUORUM - NUOVA POGGIOREALE 8 - 80143 NAPOLI

La riproduzione e la ristampa anche parziali di articoli e immagini del giornale
sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.



In questo numero:



3 L'Editoriale

Più infermieri,
più salute,
più economia

di **Ciro Carbone**

6 Responsabilità professionale

Da Napoli l'annuncio:
"Entro l'estate la legge"

Servizi a cura di **Dario De Martino**



In questo NUMERO



Responsabilità professionale 8

**Mangiacavalli
al Senato: ecco le
richieste targate Ipasvi**

Audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato della presidente Ipasvi Barbara Mangiacavalli. Chieste linee guida aperte anche alle associazioni infermieristiche, assicurazioni anche per responsabilità extracontrattuale e nomina Ctp e Ctu allargata agli infermieri.

10 Politica Sanitaria

**L'infermiere responsabile
dell'assistenza**

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legislativo con il quale recepisce la normativa comunitaria relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali

di **Pippo Trio**



Politica Sanitaria 12

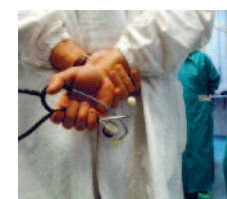
**Conto annuale.
Il personale del Ssn,
un esercito in ritirata**

di **Pino De Martino**

15 Politica Sanitaria

**Sblocco turn over
Carbone: "Si parla
dagli infermieri"**

di **Peppe Papa**



Politica Sanitaria 16

**Un esercito con
pochi soldati
e troppi generali**

di **Pino De Martino**



19-30

**Inserito di cultura
e di scienze
infermieristiche**

31 Qui Napoli

**L'Assemblea Ipasvi
approva il bilancio**



Qui Benevento 34

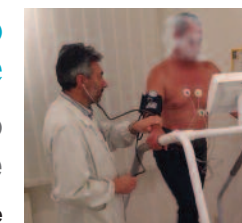
Il Collegio informa

37

**Dentro
la professione**

**Il test da sforzo
cardiopulmonare**

di **Chiara Sepe**



Dentro la professione 40

**Telenursing,
ovvero l'assistenza
infermieristica a distanza**

di **Chiara Rotondo**

41 Ospedali e Territorio

**Barbara Mangiacavalli
direttore sociosanitario
dell'Asst Bergamo Ovest**



Ospedali e territorio 45

**Annamaria Minicucci
leader dei pediatri**



46 Lettere al direttore

**Mobilità, se l'Azienda
nega il nulla osta**



Responsabilità
professionale

Da Napoli l'annuncio: "Entro l'estate la legge"

L'onorevole Federico Gelli, primo firmatario del Disegno di legge sul rischio clinico, rassicura quanti hanno a cuore la riforma: **"Al Senato miglioreremo il testo per quanto possibile. L'importante però è portare a casa il risultato"**. Al Convegno organizzato dal Collegio Ispavi di Napoli, la senatrice Annalisa Silvestro

di Dario De Martino

Entro l'estate porteremo a casa la legge sulla responsabilità del personale sanitario". Ad annunciarlo è stato il deputato del Pd **Federico Gelli**, primo firmatario del disegno di legge (Ddl) già passato alla Camera e in discussione al Senato, nel corso di un convegno organizzato a Napoli dal Collegio provinciale Ispavi presieduto da **Ciro Carbone**, componente del Comitato centrale della Federazione, con il patrocinio del Comune di Napoli.

Per Gelli *"il meglio è nemico del bene"*, quindi se *"la norma può essere migliorata"*, bene, ciò che conta però *"è riuscire ad approvare una legge che attendiamo da troppo tempo e che ci avvicina all'Europa"*. Resta l'obiettivo di migliorare il testo al Senato, ma senza *"stravolgerne i concetti base"*. Un pubblico attento e interessato ha affollato la sala congressi dell'Hotel Oriente. Infermieri, soprattutto, ma anche tanti medici, manager e dirigenti di Asl e ospedali. A richiamare l'attenzione l'interesse per il disegno di legge sulla responsabilità professionale, ma anche la presenza del Commissario ad Acta della sanità campana **Joseph Polimeni**, nelle cui mani sono riposte molte aspettative per portare fuori dall'emergenza la sanità regionale. La legge Gelli, così come ormai è definita, è stata vivisezionata in tutti i suoi aspetti: quello clinico e professionale, naturalmente, ma anche quello assicurativo, della giurisprudenza, senza dimenticare il punto di vista del cittadino. Del resto il titolo del convegno e i relatori declinano perfettamente il programma: **"Responsabilità professionale del personale sanitario: in linea con l'Europa"**. Con Federico Gelli, la se-

porta la solita carica di idee e di passione: **"Eliminiamo dalla sanità ogni personalismo residuo e danno per il sistema e per i cittadini"**. Il Presidente **Ciro Carbone**: **"Una nuova conquista per la professione"**. **Joseph Polimeni**: **"Senza gli infermieri non si va da nessuna parte"**.



natrice **Annalisa Silvestro**, il Presidente **Ciro Carbone**, **Paolo D'Agostino**, professore del Dipartimento Scienze Giuridiche Università degli studi di Torino, l'avvocato **Gennaro Torrese**, Presidente dell'Ordine degli Avvocati di Torre Annunziata; **Tonino Aceti**, Coordinatore nazionale del Tribunale dei diritti del malato/Cittadinanzattiva.

E' toccato a **Ciro Carbone** aprire i lavori. Nel suo indirizzo di saluto coglie uno degli aspetti centrali della legge: *"Un'adeguata gestione del rischio clinico impone al mondo sanitario la necessità di lavorare in equipe multidisciplinari. Ormai la sanità non è più affare di una singola professione, ma è affare di tutti i professionisti che vi operano. E non escludo che, proprio partendo dalla legge sulla responsabilità professionale, si possa trovare, quanto meno lo spero, quello spirito giusto tra le varie professioni sanitarie, compresa quella medica, per superare conflittualità ataviche e anacronistiche che fanno solo male al servizio sanitario"*.

nazionale e all'offerta di salute in Italia. Speriamo di poterla presto vederla applicata. Sarà un'ulteriore conquista per la nostra professione".

Per la senatrice Annalisa Silvestro l'esigenza di adeguarsi alla normativa europea è uno dei fattori centrali. *"Questa legge - ha detto la Silvestro caricando la platea - è importante perché consente di adeguarci all'Europa e alle buone pratiche sanitarie. Ma è decisiva soprattutto perché porta con sé un paradigma innovativo in sanità: integra le professioni, le obbliga a lavorare insieme, abbatte muri e steccati. Impone un ragionamento di sistema che elimina ogni personalismo residuo e dannoso all'organizzazione della salute del nostro Paese. Con la legge Gelli la prevenzione del rischio clinico cammina sulle gambe e con la testa dei professionisti"*.

Anche **Joseph Polimeni**, Commissario ad acta per la sanità in Campania, sottolinea l'aspetto della collaborazione tra le figure pro-

Responsabilità
professionale

fessionali della sanità. *"E' una buona legge. Spero che venga approvata presto. E mi piace la sua estensione. Credo molto nelle professioni sanitarie e nella collaborazione tra tutte le figure professionali della sanità. Senza piagerie, dico che senza gli infermieri non si fanno grandi cambiamenti e non si va da nessuna parte". Non è più tempo di visioni solitarie, in sanità si lavora in equipe"*.

"Per come è scritta, la norma è sbilanciata a difesa dei medici", commenta fuori dal coro dei consensi **Tonino Aceti**. E argomenta: *"Come può un paziente anestetizzato rendersi conto di quello che succede intorno*

a lui? O per i familiari ritrovare traccia di quello che è successo in cartelle cliniche scritte male, vaghe e imprecise? Se l'onere della prova sarà a carico delle vittime, questo deve essere reso possibile".

E allora chiede che al Senato la legge venga modificata introducendo le videoregistrazioni obbligatorie durante le operazioni. E l'estensione delle cartelle cliniche elettroniche a tutti gli ospedali. L'altro nodo è quello del canale privilegiato, le cause contro le strutture: *"dev'esserci la certezza dei fondi con cui verranno coperte"*, dice **Aceti**. *"Proprio per questo abbiamo previsto la*

LA SCHEDA

Sono 300.000 le cause aperte che riguardano il mondo della sanità. Trecentomila contenziosi che incombono su pazienti, medici, ospedali. Che pesano sul rapporto fra sistema sanitario e giustizia, fra cura e fiducia. Una bilancia che ha perso equilibrio. Da una parte le vittime in reparto: devono aspettare in media 872 giorni solo per avviare la pratica per chiedere un rimborso, altri 542 per ottenere una risposta.

Dall'altra parte, quella dei sanitari, preoccupati dalle continue e inarrestabili denunce. In corsia i ricorsi sono passati da tremila a 11mila all'anno contro i dottori. Da 6.300 a 19.400 contro le strutture. Rispondendo a un questionario dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, il 58 per cento dei professionisti ha ammesso di aver esercitato «attività di medicina difensiva» nel corso dell'ultimo anno.

COSA CAMBIA

Ora il testo separa due percorsi: da una parte promette di rendere più veloci, pragmatiche e certe le cause per ottenere un rimborso economico contro un ospedale: si potrà procedere direttamente verso la compagnia assicurativa; dall'altra alza ostacoli a chi vuole portare alla sbarra il diretto responsabile - in questo caso dovrà essere la vittima, d'ora in poi, a dimostrare la negligenza, l'impreparazione o il dolo del dottore. Colpa esclusa se vengono rispettate «le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida», «salve le rilevanti specificità del caso concreto».

20,4

9,79

872,53

542,45

52.368,95

300.000

Gli incidenti registrati ogni 10mila dimissioni ospedaliere

Le richieste di risarcimento per lesioni o decesso ogni 10mila dimissioni ospedaliere

I giorni medi di attesa per aprire una pratica di risarcimento nel 2014

I giorni medi di attesa per la chiusura di una pratica di risarcimento nel 2015

Costo medio degli incidenti liquidati

I contenziosi ancora aperti

L'onorevole Federico Gelli



stesura di una serie di requisiti contro le compagnie di dubbia provenienza", ha replicato prontamente Gelli, aggiungendo: *"Ci saranno linee guida perché i criteri siano omogenei su tutto il territorio nazionale. Mentre per le tabelle risarcitorie il riferimento è già stato inserito nel decreto Concorrenza"*.

Paolo D'Agostino dell'Università di Torino ha evidenziato l'aspetto più tecnico e spinoso, quello delle coperture assicurative, consegnato alla platea con rara semplicità e immediatezza: *"Con il Ddl Gelli - ha detto - si va verso un sistema completamente assicurato. Dunque c'è un pericolo. L'innovazione della legge rischia di non trovare interlocutori italiani, lasciando spazio a compagnie straniere. Dunque saranno fondamentali due azioni: primo che la legge preveda un accordo preventivo con l'Ania (l'Associazione Nazionale delle Imprese assicuratrici, ndr) finalizzato a garantire capienza e disponibilità e in secondo luogo che la legge coinvolga gli Enti di controllo del nostro Paese per garantire all'innovazione desiderata con la legge non resti solo sulla carta"*.

Responsabilità
professionaleMangiacavalli al Senato:
ecco le richieste targate Ipasvi

Audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato della presidente Ipasvi Barbara Mangiacavalli. Chieste linee guida aperte anche alle associazioni infermieristiche, assicurazioni anche per responsabilità extracontrattuale e nomina Ctp e Ctu allargata agli infermieri.

“Il disegno di legge sulla responsabilità professionale – ha detto **Barbara Mangiacavalli** alla XII Commissione – è un provvedimento necessario per ridurre ricorsi, accuse e contenziosi verso chi lavora nella Sanità. Il testo è stato già migliorato alla Camera rispetto alla sua versione originale con modifiche come quella sul ruolo di coordinamento del risk management che potrà essere svolto oltre che dai medici di diversa disciplina anche da altro personale dipendente delle strutture sanitarie con adeguata formazione ed esperienza almeno triennale: In questo modo emerge che la gestione del rischio clinico è d'équipe. Ma alcuni ulteriori ritocchi tuttavia sono ancora possibili”. Poi si è soffermata sui vari aspetti che gli infermieri considerano strategici. Vediamoli

LINEE GUIDA

“A mettere a punto le linee guida non dovrebbero essere le società scientifiche che rappresentano solo poche categorie professionali, ma tutte le associazioni tecnico-scientifiche che si occupano e rappresentano tutte le attività coinvolte in prima persona nel nuovo disegno della responsabilità professionale”.

Mangiacavalli ha suggerito di recuperare una previsione già contenuta nel decreto del ministero della Salute del 31 maggio 2004 sui requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie. “In sostanza – ha detto – medici, chirurghi, anestesisti e veterinari possono, secondo il decreto Sirchia, costituire società medico/scientifiche, mentre per tutte le altre professioni sanitarie la denominazione scelta (con funzioni diverse) è quella di ‘associazioni tecnico/scientifiche’”.

LA GIURISDIZIONE DELLE AZIONI DI RIVALSA

La previsione che le azioni di rivalsa siano in capo al giudice ordinario, potrebbe far venire meno, secondo la presidente Ipasvi, le garanzie che invece sono proprie, per quanto riguarda la responsabilità amministrativa, della Corte dei conti che, al contrario del giudice ordinario, può accertare la quota del danno realmente subito dall'Amministrazione in base al fatto denunciato e può accertare anche, secondo i parametri di riferimento della struttura, la colpa grave e l'eventuale concorso dell'Amministrazione pubblica nella produzione di questo tipo di danno (ex art. 1227 del codice civile).

ASSICURAZIONI

La previsione di un obbligo assicurativo dei singoli professionisti sanitari per la colpa grave, comporta il pagamento diretto alle assi-



curazioni da parte di questi di somme rilevanti (superiori ai 500 milioni).

Per questo, secondo Mangiacavalli, sarebbe opportuno, come già previsto in alcuni contratti del Ssn in cui si parla di responsabilità, una polizza di assicurazione per responsabilità civile garantita dalle strutture sanitarie pubbliche e private per coprire azioni giudiziarie eventualmente promosse da terzi a causa delle quali si innalzerebbe il livello del contenzioso e del valore stesso delle polizze. “Questo dovrebbe valere anche – ha proseguito – per la responsabilità extracontrattuale, comprese le spese di giudizio e peritali, senza diritto di rivalsa, tranne nei casi di colpa grave o di dolo”.

MODALITÀ DI CHIAMATA IN GIUDIZIO

Legato all'argomento assicurazioni c'è poi un particolare che rischia, se non diversamente gestito, di mettere in pericolo le procedure e offrire il fianco a una serie di cavilli e situazioni che possono modificare l'iter del procedimento sulla responsabilità.

Questo è rappresentato, ha spiegato Mangiacavalli, dalle numerose modalità con cui i professionisti sanitari possono essere chiamati in giudizio: responsabilità penale (art. 6); responsabilità extracontrattuale (art. 7) ai sensi dell'art. 2043 del codice civile; rivalsa ex

Responsabilità
professionale

art. 9 per la graduazione della colpa anche in caso di transazione extragiudiziale; tentativo obbligatorio di conciliazione (art. 8) ai sensi dell'art. 696-bis del codice di procedura civile; azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicurazione e successiva rivalsa verso l'esercente la professione sanitaria da parte dell'assicurazione (articolo 12, comma 1 e 3).

NOMINA CTU E CTP

Attualmente il disegno di legge prevede che “nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi a oggetto la responsabilità sanitaria, implicanti la valutazione di problemi tecnici complessi, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento”.

In analogia e per le stesse motivazioni legate alla modifica già avvenuta sul ruolo di coordinamento del risk management, sarebbe il caso, secondo la presidente Ipasvi, di prevedere anche a questo livello la possibilità che il compito di CTU e CTP possa essere svolto oltre che dai medici anche da altro personale dipendente delle strut-

ture sanitarie ‘con adeguata formazione ed esperienza almeno triennale’. “Questo – ha spiegato – anche in considerazione del fatto che la giurisprudenza ha definito negli ultimi tempi “autonoma” la responsabilità degli atti compiuti da infermieri rispetto a quelli di altri professionisti, fino a condanne a questi per non aver verificato errori di altri (Cassazione sen. 2192/2015).

E sempre la giurisprudenza (Cassazione sen. 2541/2016) ha stabilito che l'infermiere non è ‘ausiliario del medico’, ma ‘professionista sanitario’ e assume responsabilità di tipo omissivo riconducibili a una specifica posizione di garanzia nei confronti del paziente, del tutto autonoma rispetto a quella del medico.

E ha precisato anche che la responsabilità della formazione del personale infermieristico è in capo al personale infermieristico stesso ed esula dalle ‘prerogative dirigenziali del direttore o primario del reparto’.

Quindi – ha concluso Mangiacavalli – , appare corretto che anche la responsabilità sanitaria in caso di procedimenti civili e/o penali, ove ci siano da considerare aspetti tecnici, sia valutata da professionisti appartenenti alla stessa categoria professionale”.

Anche gli infermieri
risk manager

Coordinatori del risk management non saranno più solo medici specializzati in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti o con comprovata esperienza almeno triennale nel settore, come prescrive la legge di stabilità 2016 che ha accolto lo stralcio di un articolo del Ddl anticipandone l'entrata in vigore, ma potrà essere svolto anche dai medici legali e da altro personale dipendente delle strutture sanitarie con adeguata formazione ed esperienza almeno triennale. Quindi anche gli infermieri.

A prevederlo è il disegno di legge sulla responsabilità professionale (“Delega al Governo per la modifica della disciplina in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e per la riduzione del relativo contenzioso”, AC 259) approvato dall'Aula della Camera e ora all'esame del Senato. Per gli infermieri, quindi, il Ddl apre le porte anche alla possibilità di assumere nuove responsabilità nella gestione del rischio, perché, come ripetuto da numerosi deputati durante l'esame in aula, quello sul paziente è un atto sanitario, senza esclusività e le responsabilità vanno a chi in un determinato momento e per un determinato processo assistenziale assiste il paziente. La modifica, introdotta in Aula a Montecitorio prima del voto finale sul provvedimento anche grazie al precedente intervento sul relatore (**Federico Gelli**, Pd) della senatrice **Annalisa Silvestro**, non è la sola rispetto al testo uscito dalle commissioni. Tra le altre, l'ambito di intervento della responsabilità

professionale viene estesa anche alle strutture socio sanitarie, viene esclusa la possibilità di effettuare segnalazioni anonime al garante per il diritto alla salute, è rimandata a un decreto del Ministero dello Sviluppo economico l'individuazione dei requisiti minimi e delle caratteristiche di garanzie per le polizze assicurative delle strutture sanitarie, che dovranno essere individuati anche per le forme di autoassicurazione e per le altre misure di assunzione diretta del rischio. Sulle azioni di rivalsa, un emendamento del relatore Gelli ha previsto che quelle nei confronti dell'esercente la professione sanitaria possano avvenire solo per dolo e colpa grave ed è confermato il tetto massimo di 3 annualità lorde per agevolare la stipula di assicurazioni a prezzi calmierati. Infine, è escluso dall'iter il possibile intervento della Corte dei Conti.

Un'altra modifica prevede che i verbali e gli atti legati all'attività di gestione del rischio clinico non possano essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari. E, sempre in materia di responsabilità, quella di tipo extracontrattuale, con il ribaltamento dell'onere della prova e prescrizione dimezzata a 5 anni, è stata estesa anche ai medici di medicina generale. Infine il ruolo delle linee guida: varranno come

raccomandazione e dovranno essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati da un decreto del ministro della Salute e iscritti in un apposito elenco richiesta.

Prima di essere pubblicate dovranno avere la “bollinatura” dell'Istituto superiore di Sanità, che le inserirà nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg).

Il Ddl conferma l'obbligo di assicurazione per tutti - aziende Ssn, strutture ed enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Ssn che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi e per gli operatori sanitari - ma nella versione finale approvata alla Camera si estende la copertura anche per i professionisti che vanno in quiescenza, di cui le polizze dovranno tenere conto nella formulazione delle polizze. «In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa - è scritto - deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa anche agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta». In ogni caso, a tutela del paziente, «la garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo».

L'infermiere responsabile dell'assistenza

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto legislativo con il quale recepisce la normativa comunitaria relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali

di Pippo Trio

La professione infermieristica fa un altro importante passo in avanti, a dispetto di quanti (sic.) vorrebbero tenerla a freno. Inoltre, con il riconoscimento da parte dell'Italia della direttiva Ue, gli infermieri si avvicinano ad

un più alto status professionale così come gli viene riconosciuto in quasi tutti gli altri paesi europei. Il decreto approvato dal Consiglio dei Ministri, che sarà immediatamente applicabile, introduce infatti, in linea con la direttiva, alcune importanti novità.

Tra queste la "tessera professionale"



Tessera professionale europea: ecco come e dove richiederla

Con l'applicazione in Italia della normativa comunitaria relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali (18 gennaio 2016) gli infermieri possono richiedere la Tessera professionale europea creando un account nel sistema IMI ((Internal Market Information) e presentando la domanda, allegando tutti i documenti in formato digitale. Le cinque professioni pilota (infermieri, farmacisti, fisioterapisti, guide alpine, agenti immobiliari) possono richiedere la Tessera professionale europea e questo è possibile anche a prescindere dall'approvazione definitiva del decreto legislativo di recepimento della direttiva ancora alla Camera per il prescritto parere. Per richiederla basta accedere al sistema, creare un account personale e presentare la domanda allegando tutti i documenti in formato digitale, previa scansione della documentazione e creazione del fascicolo IMI (Internal Market Information). Questo il link a cui registrarsi per accedere al sistema di informazione del mercato interno (IMI): http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_en.htm Creato il proprio account, occorre compilare tutti i campi richiesti dalla domanda telematica (generalità, professione e via discorrendo), quindi caricare le copie dei documenti richiesti (scannerizzate), infine inviare la propria richiesta per la tessera per un determinato paese europeo. E' possibile presentare più di una domanda per lo stesso account, nel senso che il professionista può richiedere che le qualifiche ottenute in Francia siano riconosciute anche in Germania o in Spagna oppure, può modificare o aggiornare le domanda o le informazioni contenute nel proprio fascicolo elettronico EPC. I dati richiesti dalla procedura EPC sono: 1) la professione svolta; 2) il paese verso il quale il professionista intende stabilirsi per esercitare la sua professione, prendere un diploma; 3) effettuare una formazione o un'esperienza di lavoro; 4) le modalità in cui si prevede di esercitare la professione per cui se prestazione temporanea di servizi o stabilimento; 5) Paese in cui si intende lavorare, ovvero, il paese di destinazione; 6) copia - scansione di tutti i documenti richiesti durante la procedura elettronica EPC. La Tessera consentirà al Paese destinatario di verificare e conoscere le abilitazioni e le qualifiche professionali in cui il professionista può operare; dimostrerà che il professionista titolare della Tessera ha superato il controllo amministrativo e che le sue qualifiche professionali sono state riconosciute dal Paese estero membro ospitante (o che ha soddisfatto le condizioni previste per la prestazione temporanea di servizi professionali).

(vedi altro servizio nelle pagine, ndr) che favorisce la libera circolazione dei professionisti nei paesi europei. Nel testo, tra l'altro, vengono definite le competenze che la normativa Ue prevede per gli infermieri. Il titolo di infermiere responsabile dell'assistenza generale sancisce la capacità del professionista in questione di applicare almeno le seguenti competenze, a prescindere dal fatto che la formazione si sia svolta in università, in istituti di insegnamento superiore di

dannose (per i cittadini) polemiche, si avviino sulla strada della vera cooperazione professionale. Direi che a questo punto più che una speranza è una necessità. Di buon senso e di rispetto della legge".

Oltre alla tessera professionale, al decreto del Consiglio dei ministri sono legate altre importanti novità: un meccanismo di allerta per segnalare i professionisti nel campo della salute e colpiti da una sanzione disciplinare o penale; la possibilità, a determinate condizioni, di ottenere un accesso parziale alla professione; la possibilità di ottenere il riconoscimento del tirocinio professionale effettuato in parte all'estero.



LA SCHEDA

Le competenze che la normativa Ue prevede per gli infermieri

1. la competenza di individuare autonomamente le cure infermieristiche necessarie utilizzando le conoscenze teoriche e cliniche attuali nonché di pianificare, organizzare e prestare le cure infermieristiche nel trattamento dei pazienti, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite (e già indicate nel Dlgs 206/2007, ndr), in un'ottica di miglioramento della pratica professionale;
2. la competenza di lavorare efficacemente con altri operatori del settore sanitario, anche per quanto concerne la partecipazione alla formazione pratica del personale sanitario sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite;
3. la competenza di orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e l'autoterapia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite ai sensi del comma 6, lettere a) e b);
4. la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi;
5. la competenza di fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio;
6. la competenza di garantire autonomamente la qualità delle cure infermieristiche e di valutarle;
7. la competenza di comunicare in modo esaustivo e professionale e di cooperare con gli esponenti di altre professioni del settore sanitario;
8. la competenza di analizzare la qualità dell'assistenza in un'ottica di miglioramento della propria pratica professionale come infermiere responsabile dell'assistenza generale".

un livello riconosciuto come equivalente o in scuole professionali, ovvero nell'ambito di programmi di formazione professionale infermieristica (vedi scheda a fianco).

"Queste competenze - commenta Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale Ispasvi - potrebbero già di per sé chiudere la partita delle polemiche aperte su più fronti in quest'ultimo periodo rispetto alla naturale crescita della nostra professione".

"Ora anche la Ue non solo lo chiede, ma lo prescrive e l'Italia recepisce l'indicazione, che sia la volta buona che altri si facciano una ragione della nostra professionalità e, mettendo fine a sterili, inutile e

Conto annuale. Il personale del Ssn, un esercito in ritirata

Settemila lavoratori in meno nel 2014 - Dal 2007, 19mila dipendenti in meno. Età media 50 anni; 65% donne. In un anno il Servizio sanitario nazionale perde lo 0,7% di infermieri (-1.894) e chi resta guadagna

di Pino De Martino

Sempre meno, sempre meno pagati, sempre più vecchi. Il Servizio sanitario nazionale continua a perdere pezzi. Nel 2014 ha lasciato per strada in soli dodici mesi 7mila dipendenti. E quasi altrettanti si stima che possa averne persi soltanto nei primi nove mesi del 2015. Un record. Dal 2007 al 2014 il taglio totale è stato di 19mila unità. Altro record. Intanto la spesa totale è calata di 350 mln (lo 0,9% in meno) e rispetto al 2007 si è salita di un misero 0,3%. Dal conto annuale 2014 della Ragioneria dello Stato arrivano solo notizie fosche. Con solo una nota "rosa": le donne nel Ssn continuano a crescere e sono arrivate a rappresentare il 65% della forza di lavoro totale (434.705 su 663.793 dipendenti), solo nella scuola e nella polizia penitenziaria sono di più. Un popolo che invecchia, quello del Ssn: ha un'età media di 49,7 anni, 51,7 per gli uomini e 48,7 per le donne. Dal 2001 l'età media è in crescita di sei anni (7 anni per le donne).

Dal conto annuale 2014 arrivano altre amare conferme del calo occupazionale, con tutti i riflessi sull'assistenza. Numeri da brivido, che certamente il mancato turn over ha accentuato in questo quasi decennio di purghe al Ssn in modo drammatico, soprattutto al Sud e nelle regioni sotto schiaffo per i debiti. Un esercito pubblico in ritirata, dunque. Il calo per la sanità pubblica è stato del 2,7% (5,1% per tutta la Pa) dal 2007.

La Federazione Ispasvi aveva anticipato mesi fa il calo del personale che già si leggeva nei primi dati al mese di settembre 2014, ma la situazione a fine anno è perfino peggiorata. Rispetto al 2013, infatti il Servizio sanitario nazionale perde lo 0,7% degli infermieri (-1.894 contro i 1.200 ipotizzati). Chi resta guadagna mediamente lo 0,3% in meno (-94 euro).

La riduzione è su tutte le voci del Conto annuale: -218 infermieri maschi in meno rispetto al 2013 e -1.676 donne; meno professionisti in part time.

Dal punto di vista delle retribuzioni il calo più forte è sulle voci stipendiali (-74 euro, di cui -64 euro per la sola retribuzione individuale di anzianità) e sulle indennità accessorie (-56 euro) seguite da quelle fisse. Una sola voce, nemmeno a dirlo visto il problema posto dall'orario Ue, aumenta: le retribuzioni per straordinario, che crescono in media di 41 euro per il 2014. Vuol dire, in pratica, che sempre meno personale lavora sempre di più e pagato anche peggio nel complesso (tolto il guadagno dello straordinario il calo della retribuzione media sarebbe di -135 euro in un anno). "Non c'è molto da aggiun-

mediamente lo 0,3% in meno. Mangiacavalli: "Aumentano solo gli straordinari a testimoniare il carico di lavoro ai limiti, con maggiori rischi per professionisti e pazienti"

gere: il Ssn rischia davvero il collasso - ha commentato così **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale Ispasvi, i dati diffusi dalla Ragioneria dello Stato. "Quel che è peggio è che a farne le spese sono in ogni caso non solo i professionisti, ma i pazienti. Per questi infatti, simili numeri configurano solo un servizio peggiore, liste di attesa più lunghe e maggiori rischi visto che, come

ha dichiarato da poco il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, se i responsabili del volo di un aereo non sono più che riposati, sarebbe meglio che su quell'aereo non salisse nessuno". Bisogna ricordare che dal 2009 al 2013 il Ssn aveva quasi 3.200 infermieri in meno, cifra che ora peggiora drasticamente e raggiunge in cinque anni una perdita di almeno 5mila unità (quasi il -2%). Per di più le anticipazioni del Conto annuale 2015 riportate sempre dalla Ragioneria generale dello Stato, già indicano da dicembre 2014 a settembre 2015 un calo ulteriore del -0,92% del personale del Pubblico impiego. "Lo abbiamo detto al Governo e alle Regioni - aggiunge la presidente Ispasvi: per garantire i servizi con i nuovi orari Ue servono poco meno di 18mila nuovi infermieri mentre, purtroppo, le misure previste nella legge di stabilità 2016 non riusciranno probabilmente nemmeno a coprire l'emorragia dell'ultimo anno".

L'esercito in ritirata - la Battaglia del Ponte d'Arcole



Con troppo lavoro Il paziente rischia di più

Publicata su "The Lancet, lo dice la più grande indagine europea mai condotta: 422.730 mila pazienti over 50; 300 ospedali; 9 Paesi europei. La tesi finale dello studio è che il decorso post operatorio e la vita dei pazienti sono a rischio se nel reparto ci sono pochi infermieri che lavorano troppo.

Gli infermieri lo sanno e lo sostengono da tempo. Ma ora a dirci dati alla mano quello che si immaginava, con uno studio di vasta portata internazionale, è l'autorevole rivista scientifica inglese The Lancet che ha pubblicato i risultati della più grande indagine europea mai condotta su 422.730 mila pazienti over 50 di 300 ospedali in nove Paesi europei. Al setaccio sono così passati Belgio, Inghilterra, Finlandia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna e Svizzera in riferimento a ricoverati dimessi dopo un intervento di chirurgia generale. Non figura l'Italia, e forse, se ci fosse stata, i risultati sarebbero stati peggiori: da noi infatti si stima una carenza di circa 60mila infermieri. Tanto più grave per la loro età media che cresce, per il blocco del turn over del personale, per gli effetti ancora più severi nelle regioni commissariate o sotto piano di rientro che ormai riguardano almeno la metà degli italiani.

La tesi finale dello studio, ricorda infatti The Lancet, è che il decorso post operatorio e la vita dei pazienti sono a rischio se nel reparto ci sono pochi infermieri che lavorano troppo. Secondo l'indagine, guidata dall'University of Pennsylvania of Nursing (Usa), ogni paziente "aggiunto" alla quantità media di lavoro di un infermiere può aumentare del 7% la probabilità che i malati non sopravvivano entro 30 giorni dal ricovero. Mentre, al contrario, un aumento del 10% del personale in possesso di una laurea è associato a una diminuzione del 7% del rischio di decesso dei pazienti.

Spiega **Linda Alken**, dell'University of Pennsylvania: «I nostri risultati sottolineano un rischio per i pazienti che potrebbe emergere con i tagli al personale infermieristico, una delle conseguenze delle recenti misure di austerità in alcuni paesi Ue. E suggeriscono di dare maggior spazio negli ospedali a chi è in possesso di una laurea, che influisce nel ridurre le morti in ospedale».

Politica
Sanitaria

Meno carico assistenziale Mortalità ridotta del 20%

Il rapporto ideale infermieri-pazienti è di 1/6. E' quanto scaturisce da uno studio pubblicato su BMJ Open e condotto presso alcuni ospedali inglesi da Peter Griffith del National Institute for Health Research Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care - CLAHRC (Gran Bretagna). Il messaggio di fondo è che un minor carico di pazienti per singolo infermiere si traduce in una importante riduzione di mortalità, quantificata in un meno 20%, abbassando da 10 a 6 il numero di pazienti affidati ad un singolo infermiere. La ricerca ha esaminato due gruppi di dati raccolti in un arco temporale di due anni (2009-11). Il primo è relativo a dati amministrativi, sul numero di pazienti affidati ad ogni infermiere, medico, operatore sanitario di supporto presso 137 ospedali per acuti del NHS inglese. Il secondo è una survey trasversale su un campione di circa 3.000 infermieri presso 31 trust (comprendenti 46 ospedali e 401 reparti). La mortalità attesa è stata calcolata considerando fattori quali età, altre condizioni sottostanti, numero di accessi al pronto soccorso nei precedenti 12 mesi.

Tra i pazienti ricoverati nei reparti di medicina, i tassi di mortalità più elevati sono risultati associati ad un maggior numero di pazienti affidati ad ogni infermiere e ad ogni medico, cioè ad un rapporto sfavorevole pazienti/medico e pazienti/infermiere. Per contro la presenza di un maggior numero di operatori sanitari di supporto non dà gli stessi riscontri ed è anzi risultato associato a un maggior tasso di mortalità ospedaliera. Il tasso di mortalità risultava del 20% inferiore quando ogni infermiere aveva in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, rispetto a quei contesti dove ogni singolo infermiere aveva in carico 10 o più pazienti. Anche nei reparti chirurgici un rapporto infermiere/pazienti più favorevole risultava associato ad una riduzione di mortalità del 17% rispetto ai contesti con rapporto personale infermieristico/pazienti più sfavorevole.



In reparto meglio col tablet

Uno studio condotto in due cliniche inglesi evidenzia 750 decessi in meno grazie all'App in dotazione agli operatori sanitari

Dotare gli infermieri di tablet per lavorare fa calare il tasso di mortalità. È il sorprendente risultato ottenuto dallo studio condotto in due eminenti cliniche ospedaliere inglesi, il Queen Alexandra hospital di Portsmouth e l'University Hospitals di Coventry. Secondo gli autori della ricerca, pubblicata sulla rivista scientifica britannica Bmj Open, l'uso dei tablet ottimizzati per il lavoro nei reparti ospedalieri, eviterebbe errori di calcolo e di scrittura, errate interpretazioni della calligrafia, dimenticanze nella trascrizione dei risultati di semplici test come pressione e livello di ossigeno facendo scendere la mortalità generale del 15%.

L'analisi è stata condotta a partire dal 2005 nel Queen Alexandra hospital e dal 2007 all'University Hospitals. Nei due plessi ospedalieri a tutte le infermiere sono stati forniti tablet o smartphone con una applicazione specifica in cui scrivere i risultati delle loro osservazioni dopo il giro delle visite ai pazienti. La App è stata progettata per lanciare un allarme in caso di peggioramento dei valori tale da richiedere il consulto di un medico.

Complessivamente, notano gli autori, confrontando la mortalità nei due ospedali prima e dopo l'introduzione dei tablet, si sono evitate 750 morti l'anno grazie al nuovo sistema. "Spesso le misure non sono fatte regolarmente, e ci sono ritardi di 8-12 ore" denunciano gli autori. "In altri casi la calligrafia è illeggibile, o mancano dei dati. La maggior parte delle morti evitate - puntualizzano - è in anziani che hanno sviluppato polmonite o altre infezioni scoperte troppo tardi". Una buona notizia per i pazienti inglesi e un indubitabile caso in cui la tecnologia è realmente utile alla vita dell'uomo.

Politica
Sanitaria

Sblocco del turn over Carbone: "Si parta dagli infermieri"

di Peppe Papa

Non vorremmo che come al solito, si parla di personale sanitario e si finisce con assumere solo o prevalentemente medici. Qualcosa del genere è già stato tentato dall'Asl di Caserta che ha deliberato l'assunzione a tempo indeterminato di novanta veterinari. Dunque è legittimo mettere le mani avanti come hanno fatto opportunamente il Presidente Ispasvi di Napoli **Ciro Carbone** e il Presidente del Coordinamento regionale **Andrea Della Ratta**.

"Apprendiamo con piacere la notizia delle imminenti 1200 assunzioni nella sanità campana annunciate dal Presidente **De Luca** e lo sblocco totale del turn over per il 2015. E confidiamo che una parte importante delle nuove assunzioni venga riservata agli infermieri", ha detto Carbone incontrando il Commissario ad Acta, **Joseph Polimeni**. "Così come siamo certi che a questo primo importante annuncio ne seguano presto altri. In oltre nove anni di piani di rientro il sistema sanitario regionale - ha ricordato - ha perso oltre sedicimila lavoratori. Di questi la maggior parte sono infermieri. Senza contare la normativa Ue, in vigore oggi anche in Italia, che blocca l'uso smodato degli straordinari".

Ma sulle modalità di arruolamento la Regione e la struttura commissariale hanno le idee chiare, anche perché il quadro normativo non lascia spazio a dubbi: si procederà prima con la mobilità, facendo rientrare personale in servizio in altre regioni, e poi con i concorsi. Quanto ai tempi, per De Luca e Polimeni dovranno essere immediati, anche se le procedure richiederanno alcuni passaggi obbligatori.

Le priorità sono state già individuate dalla Regione. In primis le emergenze, Cardarelli in testa. Poi bisognerà coprire le piante organiche dell'Ospedale del Mare, che aprirà i battenti tra pochi mesi. Per la prima volta dopo anni sarà assicurata la copertura del



cento per cento del personale medico e infermieristico che ha lasciato il servizio al 31 dicembre 2015. Mentre negli anni precedenti, a causa del forte indebitamento (progressivamente ridotto e poi azzerato dalla precedente amministrazione), lo sblocco del turn over è sempre stato solo parziale. Tant'è che tra il 2013 e il 2014 le assunzioni sono state appena 500. Ciò ha determinato inevitabilmente grandi difficoltà, specie nei reparti in trincea, e la progressiva riduzione della qualità dell'assistenza, come confermano le classifiche che vedono la Campania sempre in coda per i livelli essenziali di assistenza. Sì, perché di fronte alla mannaia del turn over finora manager e commissari di Asl e nosocomi hanno provato a riempire i buchi in organico ricorrendo a straordinari e doppi turni, che paradossalmente hanno fatto lievitare i costi. Sarebbe stato cioè maggiormente conveniente dal punto di vista economico assumere giovani medici e infermieri piuttosto che ricorrere agli straordinari, contrattualmente più onerosi per le aziende. Senza contare che doppi e tripli turni hanno messo a dura prova la resistenza del personale in servizio. Da qui la necessità di una svolta, e della «rivoluzione» promessa da De Luca. Rivoluzione che evidentemente passa anche per l'ingresso di forze fresche nel servizio sanitario regionale.

«Continua la svolta radicale nella sanità campana - ha detto il governatore - Con lo sblocco totale del turn over abbiamo raggiunto un obiettivo straordinario che va nella direzione della rivoluzione che stiamo realizzando per offrire finalmente ai cittadini più servizi e qualità nelle prestazioni». Poiché però le assunzioni previste non potranno mai soddisfare totalmente le esigenze delle strutture, sarà fondamentale che vengano ripartite nel modo migliore, dando la priorità agli ospedali più in affanno. Per questo De Luca e Polimeni hanno deciso di mantenere un tesoretto di 400 unità, una sorta di riserva a disposizione della Regione e della struttura commissariale per provvedere a scelte strategiche. E allora i primi rinforzi spetteranno in tutta probabilità al Cardarelli, il cui pronto soccorso è quotidianamente assediato da centinaia di pazienti: si dovrà dunque intervenire per sostenere e potenziare l'area dell'emergenza urgenza che, più di altri reparti, viene messa a dura prova. Una road map specifica va invece definita per l'Ospedale del Mare, che aprirà i battenti tra pochi mesi, ma non ha ancora il personale dedicato. E poi squadre di medici e infermieri dovranno essere destinate alle principali strutture della provincia di Napoli, di Salerno, di Caserta, di Avellino e Benevento.

Politica
Sanitaria

Un esercito con pochi soldati e troppi generali

Dati Agenas: in Campania più medici che infermieri. Nota polemica del Presidente Carbone dopo che Corte dei Conti e Guardia di Finanza scoprono un danno erariale di circa 16 milioni per la nomina impropria di primari e dirigenti medici in aziende sanitarie, ospedali e policlinici: "Il male dei mali in Campania è la drammatica carenza d'infermieri".

di Pino De Martino

Per anni ti dicono che non ci sono i soldi per fare concorsi. Che la Campania è commissariata, dunque bisogna fare sacrifici. Per anni si va avanti con questo ritornello, con turni massacranti per infermieri e infermiere pediatriche, con carichi di lavoro intollerabili, demansionamento spinto e via dicendo. Il risultato è: in otto anni 16 mila lavoratori in meno; 2.402 posti letto soppressi e precariato diffuso. Poi si scopre, grazie alla Guardia di Finanza, che nella regione dove gli ammalati pagano i ticket più alti d'Italia, si sono sprecati (solo per gli anni 2014 e 2015) 16 milioni di euro nominando 523 primari in più. Cioè illegittimi. Perché in esubero rispetto ai limiti fissati dalla legge e dalla stessa Regione Campania. Grosso modo un primario ogni due o tre ricoverati. Con 1.915 indennità di dirigenza in eccedenza rispetto alla dotazione organica prevista. Scandaloso è dire poco. Perché la dimensione dello spreco è tutta in un dato: a Nola c'era un primario e un intero staff per un solo posto letto.

Nello stesso tempo, i dati resi noti dall'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, ci dicono che in Campania esiste un rapporto infermieri/abitanti di 4,2/1000, mentre il resto d'Italia si attesta su una media del 6/1000. E, sempre in Campania (e sempre da dati Agenas) c'è un rapporto medici/abitanti di 4,4/1000. Cioè da noi i rapporti tra le professioni s'invertono. Normalmente, sia in ospedale, sia sul territorio, (basta vedere la tabella pubblicata a lato, dati Agenas) ci sono più infermieri che medici.

"Il male dei mali nella sanità in Campania è la drammatica carenza di infermieri". Così in una nota inviata alla Agenzia Ansa e ai vertici della Regione inizia il commentato alle due notizie del Presidente Ispavi di Napoli, **Ciro Carbone**. "Ora risulta evidente

REGIONE	Farmacisti	Infermieri	Medici	Odontoiatri	Ostetriche
Abruzzo	1,5	5,5	4,8	1,0	1,1
Basilicata	1,3	5,9	4,0	0,6	1,0
Calabria	1,5	4,9	4,9	0,8	0,8
Campania	1,2	4,2	4,4	0,6	0,9
Emilia Romagna	1,5	6,4	4,4	0,8	1,3
Friuli Venezia Giulia	1,3	7,0	4,0	0,9	1,3
Lazio	1,2	6,6	4,9	0,9	1,0
Liguria	1,6	7,7	5,1	1,1	1,0
Lombardia	1,1	5,8	3,8	0,8	1,1
Marche	1,4	6,0	3,9	0,8	1,3
Molise	1,4	5,6	4,9	0,8	1,8
PA Bolzano	0,8	8,0	3,3	0,6	1,1
PA Trento	1,0	7,4	3,2	0,7	1,7
Piemonte	1,4	6,1	3,8	0,8	1,1
Puglia	1,2	4,8	3,9	0,7	1,1
Sardegna	1,6	5,4	6,6	0,86	1,3
Sicilia	1,2	4,7	4,9	0,7	0,4
Toscana	1,4	6,0	4,6	0,9	1,3
Umbria	1,5	5,2	4,6	0,8	1,6
Valle d'Aosta	1,1	6,3	3,7	0,5	1,5
Veneto	1,2	6,5	3,4	0,8	0,9
ITALIA	1,3	6,0	4,3	0,8	1,1

anche ai vertici della Regione Campania – ha aggiunto – che il principale problema dell'assistenza sanitaria regionale è dato dalla carenza di personale. Soprattutto infermieristico. Tutti gli altri problemi (bassa

qualità dei Lea, lunghe liste d'attesa, ammalati sulle barelle, emigrazione sanitaria) per quanto importanti, ne sono in buona parte una conseguenza. I dati Agenas parlano chiaro. In Campania abbiamo un rap-

porto invertito tra medici e infermieri: più generali che soldati: come si rappresenta l'esercito di Franceschiello. Ma tutti sappiamo che vicino ai pazienti 24 su 24 ci sono gli infermieri. E che, come ha fatto notare la Corte dei conti, nella sanità regionale non mancano i generali (anzi ce ne sono troppi), ma i soldati". "Chiunque voglia veramente tirare fuori la sanità campana dall'emergenza – ha aggiunto Carbone – deve tenere conto di questi dati. E confidiamo sia che nel riparto delle assunzioni annunciate se ne tenga conto, sia che a questo primo importante annuncio ne seguano presto altri".



Trecento milioni all'anno per cure fuori regione

Da più di dieci anni la Campania alimenta la sanità di altre regioni: loro si arricchiscono, migliorano strutture e prestazioni e noi depauperiamo quanto costruito a fatica. Da oltre dieci anni è un flusso inarrestabile di malati verso gli ospedali della Lombardia, dell'Emilia e della Toscana. Ma anche Puglia, Basilicata, Lazio, richiesti perché più vicini. Messa insieme quest'emigrazione somiglia ad un'emorragia, per restare in tema di sanità, di utenti che costa ogni anno alle casse della Campania circa 300 milioni di euro. Dato contabile di 281 mln, saldo negativo tra i 398,8 milioni impiegati per rimborsare le cure dei pazienti campani che nel 2014 hanno scelto di curarsi fuori regione e i 117 milioni incassati con la mobilità in entrata. Sono questi i numeri contabili dell'esodo dalla sanità in Campania. C'è solo da aggiungere che, mentre si finanzia la sanità di altre regioni in questi dieci anni una consistente fetta della torta dei finanziamenti assegnati alla Campania dal Fondo nazionale ha provocato un taglio netto nel computo dello standard di posti letto riconosciuti alla Campania (da 3,7 per mille abitanti siamo a 3,4).

Si preferiscono ospedali di regioni confinanti con la Campania

per patologie a media o bassa complessità (oculistico e ortopedico). Si raggiungono invece i tanti centri d'eccellenza delle strutture sanitarie del Centro e del Nord per patologie serie, ad alto impatto sulla qualità della vita e di notevole complessità terapeutica. Malati che devono fronteggiare interventi chirurgici per tumori primari o metastasi. Ma anche di alta cardiocirurgia o neurochirurgia. Tante le ragioni per cui si scappa. Una su tutte: la carenza di personale. In Campania da venti anni non si fa un concorso. E poi, ospedali affollati e senza posto, liste di attesa che superano la decenza, sedute operatorie da mesi ridotte del 30% a



causa dei nuovi turni leggeri, strutture di eccellenza per patologie specialistiche al lumicino, personale scarso e demotivato, medicina del territorio e reti specialistiche in difficoltà, continuità assistenziale a singhiozzo e assistenza domiciliare per cronici e lungodegenti quasi inesistente. Per finire con la progressiva obsolescenza delle tecnologie, informatizzazione al palo a causa di risorse erogate col contagocce nella morsa del Piano di rientro. Più complesso individuare i rimedi. La strada è lunga, ma volendo ripartire è necessario riportare infermieri e medici in reparto. Magari puntando su personale esperto e giovane. E poi qualificando l'offerta sanitaria

degli ospedali di rilievo nazionale, promuovendo reti integrate tra i servizi ospedalieri e il territorio, adeguamenti del personale, riprogrammazione della rete ospedaliera. Una specie di rivoluzione. Proprio quella promessa dal presidente Vincenzo De Luca.

Politica
Sanitaria

Piano ospedaliero, la Regione ascolti gli infermieri

Il Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi, presieduto da Andrea Della Ratta, chiede ai vertici regionali maggiore peso della professione nella nuova programmazione sanitaria in Campania. Un tavolo per discutere di occupazione, servizi territoriali, emergenze-urgenze.

di Anna Buonocore

Gli infermieri della Campania rivendicano il diritto di partecipare a pieno titolo alla nuova programmazione della sanità in Campania. A cominciare dal nuovo piano ospedaliero che la Regione sta predisponendo. Ma ospedali a parte, resta da realizzare quella "rivoluzione" di sistema della sanità pubblica e privata annunciata dal Governatore, alla quale gli infermieri intendono prendere parte. Anche attraverso protocolli d'intesa con l'Ente Regione, per contribuire incisivamente all'attuazione delle scelte di programmazione e organizzazione previste dal Patto per la salute e dalle iniziative a sostegno della qualità, sicurezza e sostenibilità dei servizi socio-sanitari. Gli infermieri della Campania chiedono di prendere parte, come già succede in altre Regioni d'Italia, ai tavoli tecnici istituzionali permanenti per essere, insieme a tutti gli altri operatori del settore, protagonisti del cambiamento annunciato.

La nota è stata inviata dal presidente del Coordinamento regionale Ipasvi della Campania **Andrea Della Ratta**, in rappresentanza dei Collegi di Napoli, Salerno, Caserta, Benevento e Avellino. Ora è all'attenzione del Governatore Vincenzo De Luca e dei vertici della sanità campana; vale a dire il Commissario ad Acta Joseph Polimeni, il sub Commissario Claudio D'Amario e il Consigliere Enrico Coscioni. Con la missiva si chiede anche di poter discutere di quanto sopra annunciato in un apposito tavolo istituzionale. *"Negli ultimi sei lunghi anni – si legge nella lettera – non è stata realizzata alcuna attività di programmazione, né di organizzazione per adeguare il*

sistema sanitario regionale ai nuovi e mutati bisogni degli utenti. I nostri 36.000 iscritti sono pronti per questa nuova e senz'altro vincente sfida. Da tempo auspichiamo quella svolta radicale per offrire finalmente ai cittadini più servizi e qualità nelle prestazioni".

Del resto, gli infermieri della Regione Campania hanno contribuito, al pari con le altre professioni, ad una significativa azione di risanamento dei conti.

Con piena assunzione di responsabilità, di impegno e dedizione hanno sostenuto carichi di lavoro pressanti in condizioni di scarsità di risorse per garantire ai cittadini un'adeguata qualità di cure ed assistenza. Lo stesso impegno oggi gli infermieri lo vogliono dimostrare partecipando a pieno titolo all'annunciata rivoluzione. Ed allora, ecco le proposte **1)** si tenga conto adeguatamente degli infermieri quando sblocco del turn over, stabilizzazione dei precari e nuove assunzioni partiranno per davvero; **2)** implementazione di nuovi modelli organizzativi in ambito ospedaliero e territoriale che

valorizzino le competenze infermieristiche favorendo, così, il pieno esercizio della professione; **3)** assistenza primaria extra ospedaliera (infermieri di famiglia e di comunità – ambulatori infermieristici – ospedali di comunità U.C.C.P.); **4)** attuazione di nuovi modelli organizzativi in risposta alle acuzie rispondenti ai principi di intensità di cura e di complessità assistenziale; **5)** continuità delle cure e dell'assistenza, disegnando la rete dei Servizi ed istituendo la presa in carico globale dei pazienti e delle loro famiglie; **6)** superamento del ricorso alle società interinali per il reclutamento degli infermieri passando all'utilizzo diretto degli infermieri liberi professionisti; **7)** riorganizzazione della rete dell'emergenza e del 118; **8)** istituzione della Dirigenza delle

Professioni Sanitarie in tutte le Aziende Ospedaliere e Territoriali della Campania; **9)** revisione dei curricula formativi universitari di base e post base; **10)** revisione dei protocolli di intesa con le Università della Campania per migliorare la formazione. Gli infermieri campani credono fermamente nei valori del Servizio sanitario nazionale e rinnovano il loro impegno a sostenerlo. Sono disponibili da subito alla puntuale e compiuta realizzazione del nuovo patto per l'assistenza con i cittadini, certi di saper mettere in campo competenza, umanizzazione e sostenibilità, in risposta alle sfide di un futuro che è già presente.

NapoliSana
CampaniaInsero di Cultura
e di Scienze Infermieristiche

Corso FaD sull'interpretazione dell'elettrocardiogramma

Valutazione, apprendimento e impatto nell'organizzazione

a cura di Anna Maria Bulgarelli* Annamaria Ferraresi**

ABSTRACT

Background. L'Interpretazione dell'ECG è una conoscenza fondamentale da acquisire attraverso la formazione, in particolare per gli infermieri e le ostetriche che operano in un ospedale per acuti. Infatti, una interpretazione dell'ECG rapida e accurata è fondamentale per riconoscere precocemente alterazioni che possono mettere a rischio la vita del paziente ed allertare il medico per la refertazione. Studi precedenti hanno dimostrato che la competenza nell'interpretazione dell'ECG tra i gli infermieri è molto variabile e la relativa diagnosi precoce può essere compromessa. I programmi più comuni per la formazione degli infermieri nell'interpretazione dell'ECG sono la lezione frontale e l'analisi di casi. Poiché alcuni studi dimostrano l'efficacia della Formazione a Distanza (FaD) nello sviluppo di conoscenze relative all'interpretazione dell'ECG, nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, è stato sviluppato un programma di e-learning per l'acquisizione di tali conoscenze. Gli scopi del nostro studio sono di valutare le capacità di interpretazione ECG tra gli infermieri e le ostetriche a seguito di un percorso formativo on-line basato su lezioni ed analisi di casi clinici e di misurare l'impatto organizzativo.

Materiali e metodi. Il corso è stato realizzato utilizzando la piattaforma Moodle che prevede un sistema di reportistica in grado di rilevare e tracciare il percorso didattico di ogni partecipante. La popolazione considerata nell'indagine di impatto è di 316 professionisti infermieri ed ostetriche dipendenti a tempo indeterminato e determinato dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara che hanno partecipato al corso FaD dal 4 novembre 2013 al 31 agosto 2014. Per la valutazione del corso le variabili analizzate sono: genere, ora di termine del corso, punteggi ottenuti del test di apprendimento, questionario di gradimento, questionario di impatto organizzativo.

Risultati. Per quanto riguarda il questionario di gradimento i partecipanti risultano essere 312; poiché al momento del download il corso di formazione a distanza era ancora attivo. Il questionario di impatto organizzativo è stato inviato a tutti coloro che avevano terminato il corso da almeno sei mesi, hanno aderito all'indagine 63 infermieri.

I tre tipi di questionari valutati hanno evidenziato risultati abbastanza soddisfacenti:

1. la quasi totalità dei partecipanti, utilizzando il questionario di gradimento, ha espresso piena soddisfazione sul corso che si è



dimostrato utile ed apprezzato.

2. Le variabili analizzate del questionario di apprendimento quali il punteggio medio ottenuto dai partecipanti risulta essere 17.01/18; gli orari di compilazione del questionario evidenziano una equa ripartizione nei tre turni di lavoro.

3. Le variabili analizzate nel questionario di impatto come l'età media dei partecipanti di 46 anni; una distribuzione di provenienza dai reparti abbastanza bilanciata tra dipartimento medico, chirurgico e di emergenza; il riscontro da parte dei partecipanti dei casi clinici trattati nel corso risulta abbastanza rappresentativo come anche l'applicazione delle conoscenze acquisite ha realizzato un miglioramento nella qualità delle cure erogate.

Discussione. I dati analizzati sono preliminari: al momento si può dedurre che i professionisti sono interessati ad aumentare le proprie competenze in materia di ECG e che la formazione on line sia utile a migliorare tali competenze che sono applicate nella pratica clinica.

PAROLE CHIAVE: e-learning, ECG

BACKGROUND

Le professioni sanitarie negli ultimi anni hanno subito grandi cambiamenti con una graduale crescita delle professionalità attraverso studi universitari e aggiornamenti continui.

L'Unione Europea definisce l'"apprendimento permanente" come: qualsiasi attività di apprendimento intrapresa nelle varie fasi della vita al fine di migliorare le conoscenze, le capacità e le competenze in una prospettiva personale, civica, sociale e/o occupazionale. Nella società europea basata sulla conoscenza, l'istruzione e la formazione permanente hanno acquisito un'importanza fondamentale.

Oggi, l'accesso ad informazioni e conoscenze aggiornate, nonché la volontà e la capacità di utilizzare tali risorse in maniera intelligente a fini personali o nell'interesse della collettività, sono indispensabili per migliorare le capacità professionali.

Le conoscenze e le competenze apprese da giovani, non possono più ritenersi valide per tutta la vita e, per la realizzazione dell'istruzione e formazione permanente, è importante anche ciò che si apprende in età adulta. L'on-line education si introduce nell'ambiente informale, il quale rappresenta una riserva considerevole di sapere e potrebbe costituire un'importante fonte d'innovazione nei metodi d'insegnamento e di apprendimento (Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles, 30.10.2000).

In relazione a tali scenari il Servizio formazione delle Aziende Sanitarie di Ferrara ha creato un sito web dedicato all'e-learning e lo sviluppo di comunità di pratica, all'interno del quale è stata installata una piattaforma web 2.0 Moodle allo scopo di svolgere corsi di formazione distanza per il personale dell'azienda sanitaria.

La piattaforma Moodle è un Open Source Course Management System (CMS) o Sistema di gestione di corsi online, ossia una applicazione web libera, pacchetto software, che si installa direttamente su un server Web e rende, così, possibile l'effettuazione della Formazione a Distanza.

Moodle è fornito liberamente come software Open Source (GNU General Public License).

È opinione diffusa che l'interpretazione dell'ECG sia una competenza fondamentale da acquisire attraverso la formazione, in particolare per gli infermieri e le ostetriche che operano in un ospedale per acuti. Infatti, tale azione, esercitata in forma rapida è fondamentale per riconoscere precocemente alterazioni che possono mettere a rischio la vita del paziente ed allertare il medico per la refertazione. Studi precedenti riportano che la competenza di interpretazione dell'ECG tra i gli infermieri è molto variabile e la relativa diagnosi precoce può essere compromessa¹⁻⁴.

I programmi più comuni per la formazione degli infermieri nell'interpretazione dell'ECG sono la lezione frontale e l'analisi di casi. Poiché alcuni studi dimostrano l'efficacia della formazione FaD nello sviluppo di conoscenze relative all'interpretazione dell'ECG⁵⁻⁶, è stato sviluppato un programma di e-learning per l'acquisizione di tali conoscenze.

Gli scopi del nostro studio sono di valutare le capacità di interpretazione ECG tra gli infermieri e le ostetriche dopo un percorso a base di lezioni e casi clinici on-line e di misurare l'applicabilità percepita dai partecipanti al corso.

MATERIALI E METODI

Il giorno 4 novembre 2013 è stato attivato un corso FaD "L'interpretazione del tracciato elettrocardiografico per infermieri e ostetriche", nella piattaforma di formazione a distanza aziendale.

Il corso è costituito da quattro moduli:

Prima lezione: le basi dell'elettrocardiogramma;

Seconda lezione: Il ritmo sinusale e le principali alterazioni del tracciato di origine patologica;

Terza lezione: Le sindromi coronariche acute;

Quarta lezione: esercitazioni, casi clinici.

La popolazione considerata nello studio è di 316 professionisti che hanno partecipato al corso dal 4 novembre 2013 al 31 agosto 2014. Il questionario di impatto organizzativo è stato inviato solo a coloro che avevano concluso il corso da almeno quattro mesi.

Per la raccolta dati sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

Il questionario di gradimento costituito da 14 item, di cui quattro risposte aperte, per permettere ai compilatori di esprimersi liberamente e nel modo desiderato sugli aspetti negativi e positivi del corso, e stimolare sugli stessi quesiti proposti nel forum.

Per i restanti quesiti è stata utilizzata la scala Likert a 5 declinazioni (1 per nulla, 2 poco, 3 abbastanza, 4 molto, 5 del tutto) per rendere più semplice ed immediata la risposta e per ottenere, una volta codificate le risposte, una più accurata analisi dei dati.

Il questionario di apprendimento, costituito da 18 domande a risposta multipla (inclusi otto tracciati elettrocardiografici) con quattro alternative di risposta.

Per poter essere superato, era necessario rispondere correttamente all'80% dei quesiti proposti.

Il partecipante aveva a disposizione solo tre tentativi per il superamento del corso.

Il questionario di impatto organizzativo era costituito da 25 domande relative alle seguenti aree di indagine:

- Caratteristiche socio demografi-

continua da pagina 21

che dei partecipanti

- Percezione di applicabilità delle competenze apprese
- Percezione dell'apprendimento per l'individuo e per l'organizzazione

Le informazioni sono state elaborate attraverso il programma Microsoft Excel.

RISULTATI

La popolazione considerata nello studio è rappresentata da 316 partecipanti che si sono collegati alla piattaforma per eseguire il corso di aggiornamento e che hanno completato il test di apprendimento dalla data di attivazione sino al 31 agosto 2014, giorno in cui è stato effettuato il download dei dati. Il questionario di impatto è stato inviato solo a coloro che avevano terminato il corso da almeno quattro mesi, hanno aderito all'indagine 63 infermieri.

I partecipanti hanno espresso molta soddisfazione riguardo il corso di aggiornamento ponendosi nella fascia medio-alta di gradimento, con un valore medio finale di

La maggior parte dei partecipanti esprime un'ottima pertinenza tra contenuti ed obiettivi. Il 62% dei partecipanti ritiene infatti "del tutto" pertinenti i contenuti del corso rispetto agli obiettivi prefissati, il 27% "molto" pertinenti, il 10% ha attribuito il valore 3 ovvero "abbastanza" soddisfatto, solo una persona ritiene i contenuti poco pertinenti e "per nulla" pertinenti rispetto agli obiettivi prefissati. Il 97% dei partecipanti al corso ha considerato positivamente chiarezza ed accuratezza delle istruzioni: del tutto (54%), molto (29%), abbastanza (14%) chiare ed accurate. Le percezioni espresse dai partecipanti del corso in merito al livello di coinvolgimento durante lo svolgimento del corso sfociano in dati nettamente positivi. Rispetto alla metodologia didattica utilizzata, si mantiene il trend fortemente positivo: il 98% dei partecipanti infatti esprime giudizi soddisfacenti. Il 51% ritiene la metodologia didattica del corso "del tutto" adeguata, il 33% sceglie il termine "molto", il 14% "abbastanza". Anche per quanto ri-

hanno gradito il corso per nulla.

QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO

La popolazione considerata nello studio è rappresentata da 316 partecipanti che si sono collegati alla piattaforma per eseguire il corso di aggiornamento e che hanno completato il test di apprendimento il giorno in cui è stato effettuato il download dei dati (31 Agosto 2014). Il test era costituito da 18 domande di cui 8 erano interpretazioni di tracciati elettrocardiografici (**Fig. 1**). Il 44% ha ottenuto il massimo risultato conseguibile: 18 punti; il 26% dei partecipanti ha ottenuto 17 punti; il 20% 16 punti, il 10% 15 punti.

Lo svolgimento della formazione FaD è stato prevalente nelle ore notturne e pomeridiane.

Questionario di impatto organizzativo

Il range di età dei 63 partecipanti all'indagine di impatto organizzativo è compreso tra i 30 ed i 57 anni con una media di età di 46.06 anni.

I partecipanti risultano provenire per un 33% dal Dipartimento Medico; per un 32%

Tabella 1. Gradimento del corso di formazione	
Domanda	Media (1-5)
Pertinenza dei contenuti	4.5
Innovazione dei contenuti	3.83
Chiarezza degli obiettivi dichiarati	4.35
Accuratezza delle istruzioni	4.33
Livello di coinvolgimento	4.37
Adeguatezza della metodologia didattica	4.33
Adeguatezza del materiale didattico	4.34
Gradimento complessivo del corso	4.48
Applicabilità delle conoscenze apprese	4.33
Totale	4.31

4.31 (**Tabella 1**).

Risulta solo una diminuzione nella risposta relativa alla domanda due riguardante l'innovazione dei contenuti trattati; i partecipanti ritengono mediamente innovativo l'argomento essendo la media delle risposte pari a 3.8.

grado di soddisfazione dei partecipanti nei confronti del corso: più della metà dei partecipanti (61%) ha gradito "del tutto" il corso, il 29% si ritiene molto soddisfatto, mentre il 9% dichiara di esserlo "abbastanza". Solo tre persone (1%) hanno gradito "poco" il corso, a due persone non

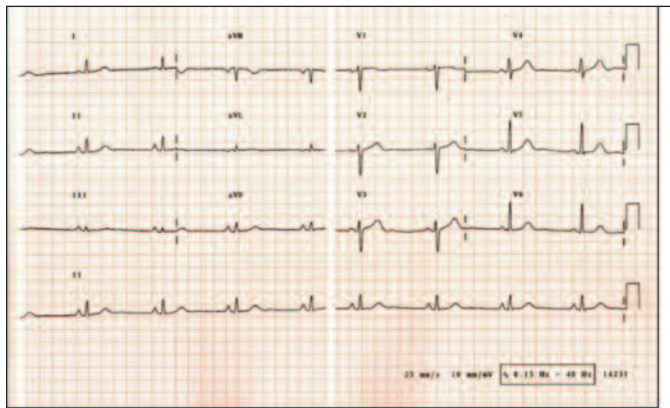


fig. 1 Tracciato da interpretare

guarda il materiale didattico predisposto per il corso, il 97% dei discenti ne è soddisfatto. Molto buoni sono i dati riferiti al

dal Dipartimento Chirurgico; per un 21% dal Dipartimento di Emergenza e per un 14% da altri dipartimenti. L'83% dei partecipanti dichiara di aver eseguito elettrocardiogrammi dalla conclusione del corso sino alla data di compilazione del questionario. Le percezioni espresse dai partecipanti del corso in merito alla valutazione sulla corretta tecnica di esecuzione dei tracciati elettrocardiografici che essi eseguono, evidenzia dati nettamente positivi. Per quanto riguarda la percezione dei partecipanti in merito al miglioramento delle conoscenze sulla rile-

Scienze infermieristiche

Nonostante i risultati incoraggianti di questo studio in merito all'impatto, sono necessari ulteriori studi per misurare, oltre al gradimento e all'apprendimento, anche l'impatto organizzativo delle formazioni FaD che negli ultimi anni è stata svolta da molti infermieri.

*Infermiera Azienda USL Ferrara
** Infermiera Responsabile Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento Azienda Ospedaliero Universitaria e USL di Ferrara

Per corrispondenza: formazione@ospfe.it

BIBLIOGRAFIA

1. Berger JS, Eisen L, Nozad V, D'Angelo J, Calderon Y, Brown DL, Schweitzer P. Competency in electrocardiogram interpretation among internal medicine and emergency medicine residents. Am J Med 2005; 118:873-880.
2. Eslava D, Dhillon S, Berger J, Homel P, Bergmann S. Interpretation of electrocardiograms by first-year residents: the need for change. J Electrocardiol 2009; 42:693-697.
3. De Jager J, Wallis L, Maritz D. ECG interpretation skills of South African Emergency Medicine residents. Int J Emerg Med 2010; 3:309-314.
4. Hoyle RJ, Walker KJ, Thomson G, Bailey M. Accuracy of electrocardiogram interpretation improves with emergency medicine training. Emerg Med Australas 2007; 19:143-150
5. Barthelemy FX, Segard J, Fradin P, Hourdin N, Batard E, Pottier P, Potel G, Montassier E. ECG interpretation in Emergency Department residents: an update and e-learning as a resource to improve skills. Eur J Emerg Med. 2015 Aug 18 [Epub ahead of print]
6. Montassier E, Hardouin JB, Segard J, Batard E, Potel G, Planchon B, Trochu JN, Pottier P. e-Learning versus lecture-based courses in ECG interpretation for undergraduate medical students: a randomized non inferiority study. Eur J Emerg Med. 2014 Nov 10. [Epub ahead of print]

Tabella 2. Cambiamenti nell'assistenza in un caso clinico identificato

Come le nuove conoscenze hanno influenzato la gestione di un caso clinico?	Frequenza
Richiesta di intervento del medico	14
Inquadramento caso clinico	3
Le conoscenze hanno condizionato in parte l'assistenza perché devono essere approfondite	5
Le nuove conoscenze non hanno condizionato l'assistenza del caso clinico	3
Totale	27

vazione delle anomalie dell'ECG a seguito della partecipazione al corso, una percentuale pari all'83% ritiene che le conoscenze siano migliorate. L'8% partecipanti dichiarano di aver rilevato spesso anomalie nei tracciati elettrocardiografici, il 38% a volte, il 32% raramente ed il 22% mai. Alla domanda riguardante la rilevazione, negli ECG eseguiti, di almeno uno dei casi clinici trattati nella formazione, il 25% dei partecipanti ha risposto affermativamente.

Si chiedeva inoltre ai partecipanti come le conoscenze acquisite, in almeno un caso clinico identificato avevano influito sull'evoluzione clinica e in pratica come le avevano applicate (**Tabella 2**).

Come si osserva dalla tabella ben quattordici infermieri hanno richiesto l'intervento urgente del medico, tre hanno potuto effettuare un migliore inquadramento del caso clinico, cinque hanno riferito di aver applicato solo una parte delle competenze fornite dal corso perché necessitavano di maggiori approfondimenti, tre dichiarano di non aver mai applicato le competenze acquisite.

Infine sull'ultima domanda del questionario che richiedeva ai partecipanti quali altri quadri clinici avrebbero approfondito con un corso; i quadri clinici che i partecipanti al questionario vorrebbero approfondire con altro corso FaD sono molteplici. Si evidenzia una prevalenza di richieste di corsi sulla simulazione delle situazioni di emergenza da sviluppare però all'interno dei reparti. Alcuni infermieri hanno richiesto un corso sulla gestione dei pazienti neurologici e per la gestione degli accessi venosi.

DISCUSSIONE

La formazione nell'attuale contesto organizzativo non può più essere considerata un

evento eccezionale da spendere in occasioni e momenti particolari, ma piuttosto deve essere vista come una necessità che riguarda tutta la vita lavorativa. Il focus si sposta dunque dai "corsi" ai "percorsi" e dalla formazione "una tantum" alla formazione continua, lifelong learning.

Dai dati raccolti si può osservare come in corso FaD sia stato molto gradito dagli infermieri e che la metodologia utilizzata sia risultata efficace per l'apprendimento.

Il numero importante di infermieri formati evidenzia come la metodologia FaD consenta di diffondere conoscenze molto più capillarmente e con costi ridotti rispetto alla formazione residenziale. Inoltre, dagli orari di accesso alla piattaforma risulta come tale formazione sia svolta in orario di servizio utilizzando gli orari di minore intensità lavorativa.

Le percezioni espresse dai partecipanti del corso in merito alla corretta tecnica di esecuzione dei tracciati elettrocardiografici eseguiti dopo il corso ha dato un esito positivo; ancora più evidente è la positività dell'impatto della formazione sulla performance lavorativa dei dipendenti che hanno dichiarato di constatare un miglioramento sul riconoscimento delle principali anomalie dell'ECG sul lavoro.

La frammentarietà e l'eterogeneità delle risposte aperte al questionario di impatto in merito alle ulteriori tematiche da approfondire ha permesso di individuare delle macroaree di classificazione utili per la presentazione dei dati, a discapito chiaramente della varietà dei suggerimenti annotati che potranno essere analizzati dal Servizio Formazione ai fini di una programmazione e progettazione delle attività il più possibile coincidente e coerente con quanto registrato.

Studio quali-quantitativo con l'utilizzo dello Student Evaluation of Clinical Education Environment (SECEE)

La valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico nei Corsi di Laurea in Infermieristica della Regione Molise:

a cura di Valentina Annese*

ABSTRACT

La qualità dell'ambiente di apprendimento risulta essere un importante fattore influenzante l'esperienza degli studenti infermieri.

La valutazione della qualità dovrebbe includere la classificazione delle percezioni dello studente sui fattori che influenzano il loro apprendimento clinico.

L'obiettivo di questo studio è comprendere come gli studenti infermieri percepiscono l'ambiente clinico di apprendimento nei Corsi di Laurea in Infermieristica della Regione Molise utilizzando lo strumento "Student Evaluation of the Clinical Education Environment Inventory" (SECEE).¹

Il campione è rappresentato dagli studenti del secondo e del terzo anno dei Corsi di Laurea in Infermieristica della Regione Molise.

I risultati evidenziano una significativa predisposizione degli studenti infermieri ad esprimersi positivamente circa il proprio ambiente clinico di apprendimento.

L'originalità del presente progetto di ricerca risiede fondamentalmente nella volontà di proporre un'analisi che considera e osserva le percezioni e le opinioni degli studenti infermieri attraverso un metodo quali-quantitativo.

PAROLE CHIAVE: *Clinical learning environment, nursing education, clinical training.*

BACKGROUND

In Italia, la lunga tradizione formativa ha posto da sempre attenzione alle strategie didattiche e organizzative in grado di assicurare un'esperienza di tirocinio di qualità. L'apprendimento clinico, denominato negli attuali ordinamenti didattici come "attività formative professionalizzanti" o "tirocinio" è parte integrante del percorso di studi dello studente infermiere². Il tirocinio rappresenta l'ambito privilegiato per l'acquisizione delle competenze professionali dell'infermiere, l'opportunità per tradurre il sapere acquisito in sapere esperto³. In esso trovano sintesi gli aspetti cognitivi, relazionali, tecnici e deontologici atti a garantire il possesso delle competenze professionali nell'ambito dell'assistenza generale infermieristica, competenze immediatamente spendibili con il completamento del percorso di studi, stante il valore abilitante dell'esame finale. È quel luogo dove su progetto individuale si perfeziona il sapere teorico, si rendono esplicite le abilità personali, si favorisce l'emersione e la formazione delle capacità di relazione, ascolto ed elaborazione dei problemi per la loro soluzione, che sono patrimonio di difficile trasmissione con metodologie passive; apprendimenti che devono essere facilitati e guidati da figure dedicate, quali il tutor, sviluppate come metodologia didattica, inserite in contesti coerenti a tali principi anche nella gestione aziendale ordinaria⁴. Un mezzo per individuare e valutare i fattori che influiscono sull'efficacia dell'esperienza di insegnamento è quello di osservare l'ambiente di apprendimento attraverso gli occhi degli studenti. Le percezioni degli studenti sull'ambiente di apprendimento clinico, possono fornire al personale docente, ai direttori didattici e tutor didattici delle informazioni preziose relative all'apprendimento dello studente in questi ambienti⁵. L'idea di uno studio che ponga sotto i riflettori le percezioni degli studenti infermieri sul proprio ambiente clinico di apprendimento nasce dal desiderio di comprendere gli aspetti più nascosti e inespressi dell'esperienza clinica degli studenti.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio è la valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico nei Corsi di Laurea in Infermieristica della Regione Molise attraverso uno studio quali-quantitativo con l'utilizzo dello Student Evaluation of Clinical Education Environment (SECEE).

MATERIALI E METODI

Lo studio quali-quantitativo è stato con-

dotto in tre diverse sedi di Corso di Laurea in Infermieristica della Regione Molise. Il campione è rappresentato dagli studenti del secondo e del terzo anno dei Corsi di Laurea in Infermieristica della Regione Molise per un totale di circa 390 studenti e tre sedi di formazione afferenti a tre grandi Università:

- Università Cattolica del Sacro Cuore,
- Università degli Studi del Molise,
- Università degli studi di Roma La Sapienza.



Sono stati esclusi dallo studio gli studenti del primo anno.

Lo strumento utilizzato è lo Student Evaluation of Clinical Education Environment (SECEE) costituito da 32 item all'interno di 3 subscale che sono: Instructor Facilitation of Learning, Preceptor Facilitation Learning e Learning Opportunities.

Gli studenti rispondono a queste domande formulate secondo una scala di tipo Likert a 5 punti, che va da molto in disaccordo a molto d'accordo.

Oltre alle 5 possibili alternative di risposta vi è una sesta categoria che è rappresentata dal non so rispondere attraverso la quale gli studenti possono fornire una spiegazione sulla riga sottostante la domanda. (Figura 9)

Inoltre lo strumento è costituito da 2 domande semi strutturate che vanno a valutare gli aspetti che hanno promosso e/o ostacolato l'apprendimento clinico⁶. (Figura 10)

Il questionario è stato somministrato nel periodo compreso tra maggio e giugno 2015, il tempo medio di compilazione è stato pari a 5-10 minuti, i direttori didattici e i docenti erano presenti al momento della

somministrazione.

L'analisi e l'elaborazione dei dati è stata effettuata con l'SPSS versione 17 italiana.

mente nelle tre sedi di Corso di Laurea in Infermieristica della Regione Molise.

Dai risultati si evince che il 48% degli studenti è di genere maschile mentre il

Figura 1: Genere, età ed anno di corso del campione

	%	
Genere		
Maschi	48,0%	
Femmine	51,4%	
Età		21 – 22 anni
Anno di corso		
II Anno	48,2%	
III Anno	51,8%	

RISULTATI

Ai fini dello studio sono risultati eleggibili 278 questionari somministrati relativa-

51,4% è invece di genere femminile. La fascia di età è compresa tra i 21-22 anni e l'anno di corso è rappresentativo per il 48,8% dal II anno e per il 51,8% dal III

Scienze infermieristiche

continua da pagina 25

anno (Figura 1).

Per quanto riguarda le unità operative liberamente valutate dagli studenti emerge che una gran percentuale di studenti non esprime interesse rispetto all'unità operativa, si osserva però una leggera preponderanza dell'unità operativa di pronto soccorso.

(Figura 2)

Dall'analisi dei 32 item, nonché dall'analisi dimensionale si evince che nella dimensione 1: Instructor Facilitation of Learning la maggior parte degli studenti si esprime d'accordo rispetto a quelli che sono gli item contenuti in questa dimensione.

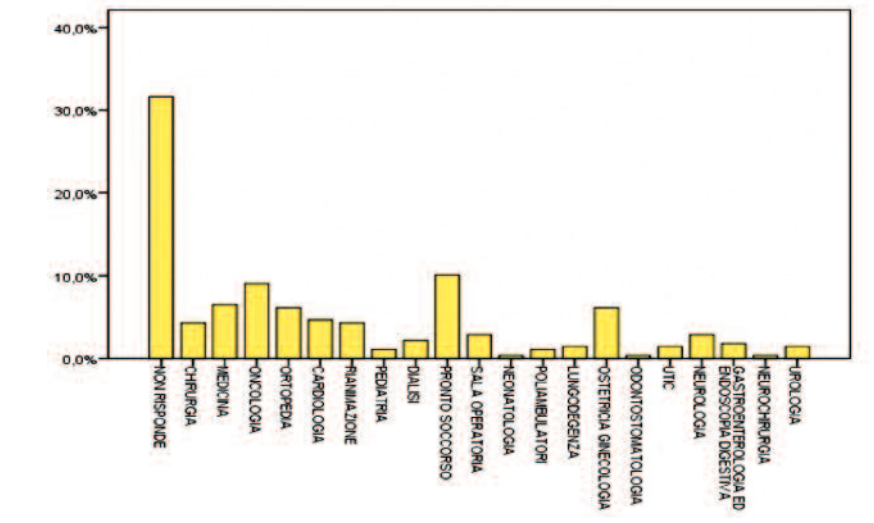
(Figura 3)

Anche nella seconda dimensione 2: Preceptor Facilitation Learning gli studenti si sono espressi con le categorie d'accordo e molto d'accordo. È da evidenziare una netta preponderanza del molto in disaccordo rispetto alle altre due dimensioni.

(Figura 4)

Infine anche nella dimensione 3: Learning Opportunities la maggior parte degli studenti si è espressa d'accordo rispetto agli item contenuti all'interno della dimensione stessa

Figura 2: UU.OO. valutate dagli studenti



(Figura 5).

Importante e da non sottovalutare che in tutte le dimensioni gli studenti hanno utilizzato spesso la categoria neutrale. Secondo Marradi, tale categoria, offre un appiglio importante per non prendere una posizione ed essere responsabili di una scelta anche critica⁷.

(Figura 6)

Tale risultato potrebbe essere un limite

della scala Likert e di conseguenza dello studio stesso.

Interessante è stata l'analisi delle domande semi strutturate.

Per quanto riguarda gli aspetti che hanno promosso l'apprendimento clinico elementi come la professionalità, la preparazione e la competenza del personale infermieristico, la disponibilità dei professionisti sanitari a rispondere alle domande, a fornire feedback e ad essere modelli di ruolo, l'organizzazione delle unità operative e l'ambiente favorevole all'apprendimento clinico sono stati riconosciuti come elementi fondamentali durante l'esperienza clinica dello studente infermiere (Figura 7).

Tra gli aspetti che invece hanno ostacolato l'apprendimento clinico, la maggior parte degli studenti ha confermato di aver svolto un'esperienza di tirocinio clinico in un ambiente favorevole all'apprendimento, dato che rende poco significativo il numero di studenti che invece ritiene che il personale infermieristico sia poco aggiornato. Va però evidenziato che anche nelle domande semi strutturate un gran numero di studenti non risponde (Figura 8).

DISCUSSIONE

Lo strumento SECEE versione 3, è stato

Scienze infermieristiche

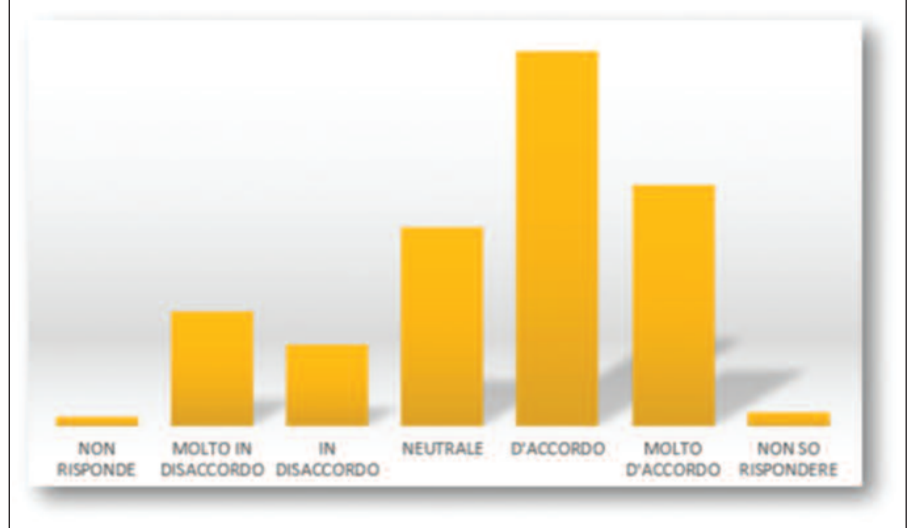
sviluppato e riveduto sulla base di un'analisi dello studio, del feedback del personale docente e dello staff delle Unità Operative e delle versioni precedenti, allo scopo di rispecchiare accuratamente le percezioni dello studente infermiere sul proprio ambiente di apprendimento clinico.

Sono stati sviluppati altri questionari come il CLESI, il CLEI e il CLEDI, ma questi strumenti valutano un'esperienza clinica di infermieristica profondamente diversa da quella messa in pratica dal tipico studente italiano.

Lo strumento fornisce delle informazioni utili al corpo docente, ai Direttori Didattici di sede nonché allo staff infermieristico, sulle percezioni degli studenti riguardo l'adeguatezza delle opportunità di apprendimento nelle diverse UU.OO. sedi di tirocinio clinico specifico e per fornire informazioni ai Direttori Didattici sulle percezioni degli studenti circa le proprie esperienze, permettendo di evidenziare e di applicare correttivi alla metodologia di apprendimento inerente la formazione sul campo che, per gli studenti di Infermieristica risulta essere professionalizzante.

Il campione preso in esame risulta essere rappresentativo e caratterizzante della popolazione presa in esame in quanto riferibile a tre diversi Atenei di riferimento.

Figura 4: Dimensione 2 - Preceptor Facilitation Learning



Lo strumento, in definitiva, risulta essere di facile utilizzo in quanto chiaro e conciso e include le informazioni atte a verificare le eventuali criticità nella programmazione dei cicli di apprendimento previsti nel tirocinio clinico.

Nel 2012, infatti, lo stesso strumento (SECEE) è stato utilizzato per condurre uno studio quali quantitativo nei Corsi di

Laurea della Regione Campania con l'obiettivo di valutare la qualità dell'ambiente clinico di apprendimento.

I risultati emersi dall'analisi quali - quantitativa sono pressoché sovrapponibili a quelli emersi dall'indagine effettuata nella regione Molise nonostante la Campania ha visto un campione pari a 727 studenti infermieri distribuiti in 15 sedi di formazione infermieristica.

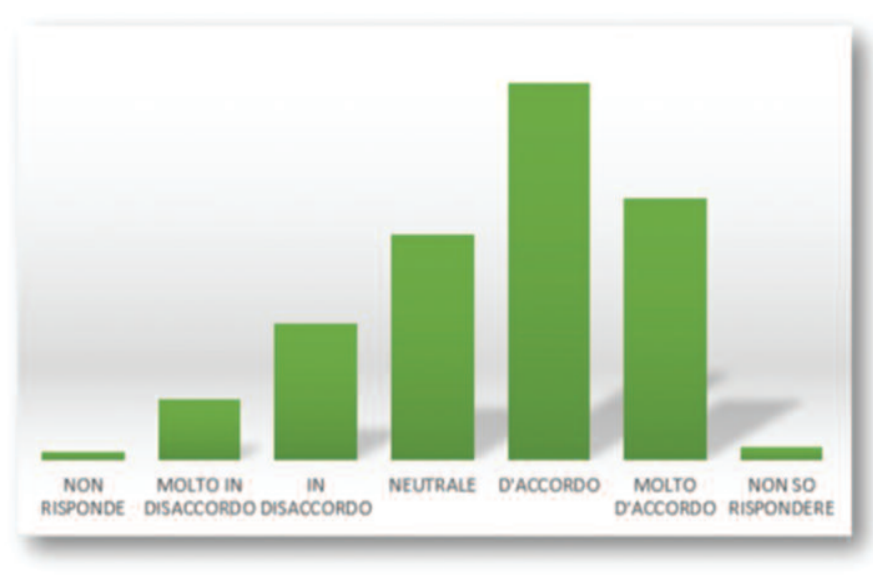
CONCLUSIONI

La valutazione del grado di soddisfazione degli studenti sulle esperienze di apprendimento clinico è un aspetto cruciale durante l'intero percorso di formazione dello studente infermiere. Nei contesti dove è elevata la soddisfazione degli studenti, gli esiti di apprendimento sembrano migliori.

L'obiettivo di questo progetto di ricerca è comprendere come gli studenti infermieri percepiscono l'ambiente clinico di tirocinio, e di verificare ed adattare al contesto gli strumenti presenti in letteratura come lo Student Evaluation of the Clinical Environment Inventory (SECEE).

In ultima analisi, l'obiettivo dell'impiego di tale strumento è quello di condurre risoluzioni e comportamenti sia da parte del corpo docente sia del personale dell'ente

Figura 5: Dimensione 3 - Learning Opportunities



Scienze
infermieristiche

continua da pagina 27

per fornire il miglior ambiente di apprendimento possibile per il maggior numero di studenti infermieri.

Per i corsi di laurea, sarebbe opportuno, disporre periodicamente (anche annualmente) di dati sul grado di soddisfazione degli studenti rispetto ai tirocini da loro frequentati con lo scopo di monitorare i contesti di apprendimento, riflettere sugli ambiti critici, discutere con i Direttori Didattici la percezione degli studenti e attivare strategie di miglioramento.

In conclusione possiamo affermare quindi che lo strumento è in grado di fornire informazioni utili circa le percezioni degli studenti infermieri sul proprio ambiente clinico di apprendimento e, i risultati evidenziano una predisposizione degli

Figura 6: Neutralità emersa dall'analisi dimensionale



studenti infermieri ad esprimersi positivamente circa il proprio ambiente clinico di apprendimento.

*Infermiera neolaureata;
indirizzo per la corrispondenza:
valentina.annese@hotmail.it
valentina.annese@pec.ipasvibn.it

Figura 7: Aspetti che hanno promosso l'apprendimento clinico



Figura 8: Aspetti che hanno ostacolato l'apprendimento clinico



BIBLIOGRAFIA

1. Kari-Sand, J. (2000). Evaluating the Student Clinical Learning Environment: Development and Validation of the SECEE Inventory. Southern Online Journal of Nursing Research, 4, Vol. 1.
2. Benner, P. (2003). L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza. Milano: McGraw-Hill.
3. De Marinis, M.G., Tartaglini, D., Matarese, M., Piredda, M., & Binetti, P. (1999). Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere. Nursing Oggi, 2.
4. Cust, J. (1996). A relational view of learning: implications for nurse education. Nursing Education Today, 16, 256-266.
5. Fain, J., A., Edizione italiana a cura di Vellone, E., (2004). La ricerca infermieristica. Milano: McGraw-Hill.
6. Kari-Sand, J. (2009). Assessing Nursing Student Perceptions of the Clinical Learning Environment: Refinement and Testing of the SECEE Inventory. Journal of Nursing Measurement, 3, Vol. 17.
7. Marradi, A., Gasperoni, G. (2002). Costruire il dato 3 - le scale Likert. Milano: Franco Angeli.

Scienze
infermieristiche

Figura 9. SECEE - Student Evaluation of the Clinica Education Environment - item Allegato 1

Si prega di cerchiare o di verificare la migliore risposta ad ogni domanda e fornire una risposta scritta in caso di spazi e/o righe vuoti

Età _____ Sesso OM ☐ F ☐

Anno di Corso ☐ 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ FC

Semestre 1° ☐ Autunnale 2° ☐ Primaveraile

Unità operativa Servizio che stai valutando come sede di Tirocinio clinico _____

Cerchia il numero che meglio rappresenta la risposta alle seguenti domande
Si prega di fornire una spiegazione per eventuali domande a cui intendi rispondere "non so rispondere" (numero 6) sulla riga nello spazio immediatamente sotto la domanda.

Legenda: 1 = molto in disaccordo 2 = in disaccordo 3 = neutrale 4 = d'accordo 5 = molto d'accordo 6 = non so rispondere

1. Il mio precettore / risorsa infermieristica è stato disponibile a rispondere ed alle mie domande e ad aiutare il paziente	1	2	3	4	5	6
2. In questa Unità operativa servizio ho avuto a disposizione una vasta gamma di opportunità di apprendimento	1	2	3	4	5	6
3. Mi sono sentito a mio agio nel porre domande alla mia guida clinica di tirocinio	1	2	3	4	5	6
La responsabilità ultima per i pazienti a cui io ero stato assegnato è stata mantenuta dal mio precettore / risorsa infermieristica	1	2	3	4	5	6
5. Questa impostazione di tirocinio ha fornito adeguate opportunità di sviluppo delle capacità di comunicazione interpersonal	1	2	3	4	5	6
6. All'aumentare delle mie abilità e conoscenze la mia guida clinica di tirocinio mi ha permesso maggiore indipendenza.	1	2	3	4	5	6

Figura 10 - SECEE - Student Evaluation of the Clinica Education Environment - domande strutturate

Quali sono stati gli aspetti di questa impostazione clinica che hanno aiutato o promosso l'apprendimento

Quali sono stati gli aspetti di questa impostazione clinica che hanno ostacolato l'apprendimento

NORME EDITORIALI

“Napolisana” pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, medico, sanitario previa approvazione del Comitato Scientifico. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che, nel rispetto delle vigenti leggi sulla privacy, devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico, e mail dell'autore a cui si deve indirizzare la corrispondenza. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato Scientifico, del giornale, dell'Editore, e in caso di necessità, sarà cura del Comitato Scientifico rivedere il riassunto/abstract.

Gli articoli

Tutti i testi da pubblicare, devono essere inviati in “Word” e strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) parole chiave (max 6); 3) introduzione; 4) obiettivi; 5) materiali e metodi; 6) risultati; 7) eventuali discussioni; 8) conclusioni; 9) bibliografia. Gli articoli vanno accompagnati da un abstract in italiano (max 170 parole) articolato in maniera da esporre complessivamente il contenuto. La lunghezza del testo non deve superare i 15.000 caratteri, spazi e bibliografia inclusa. Per una corretta interpretazione dei parametri sui testi, e per il conteggio delle battute bisogna prendere a riferimento il conteggio dei caratteri e non delle parole, perché nei caratteri sono indicate e comprese sia le battute di testo che gli

spazi necessari fra una parola e l'altra, per cui:
E) l'Abstract dovrà contenere max 1.000 caratteri
F) l'Introduzione dovrà contenere max 1.300 caratteri
G) l'articolo dovrà contenere max 10.000 caratteri
H) la bibliografia dovrà contenere max 1.500 caratteri

Citazioni bibliografiche

In bibliografia vanno riportati solo gli articoli citati nel testo (max 30 voci bibliografiche). La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style: la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba senza parentesi.

Quando gli autori sono più di 6, vanno citati i primi 6, et al.

Figure, grafici e tabelle

Le figure, le tabelle e i grafici devono essere scelti secondo criteri di chiarezza e semplicità. Saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni. Vanno inviate in file separati, in formato JPEG o TIFF a risoluzione alta. Se le immagini ritraggono pazienti o persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione o liberatoria, firmata dagli stessi che ne autorizzi la pubblicazione, oppure le immagini devono essere modificate per evitare il riconoscimento delle persone ritratte. Ogni tabella deve avere un titolo. Non saranno pubblicati grafici e tabelle pubblicati sul web. Grafici e tabelle riprodotti da altre fonti devono riportare l'indicazione della fonte e il permesso scritto di riproduzione da parte del possessore dei diritti deve essere inviato insieme al manoscritto. L'autore del manoscritto è responsabile per l'ottenimento dei permessi di riproduzione di materiale i cui diritti sono posseduti da terzi.

Abbreviazioni, acronimi e maiuscole

Limitarsi alle abbreviazioni e agli acronimi più note e soprattutto evitare l'uso di parole tutte in maiuscolo quando non strettamente necessario.

Date e numeri

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola. I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre “tonde”, usare “mila”, “milioni” e “miliardi” invece di “000”, “000.000”, “000.000.000”.

Parole straniere

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers). È sempre gradita una traduzione in italiano del termine utilizzato in inglese.

Modalità e termini per l'invio dei lavori

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, oppure su cd rom) deve essere inviato al Comitato Scientifico. Ulteriori informazioni sulle norme editoriali qui sinteticamente illustrate, potranno essere acquisite, contattando la segreteria del comitato al seguente indirizzo e-mail: cs.napolisana@gmail.com.



I Collegi
della Campania
informano

QUI NAPOLI

L'Assemblea Ipasvi approva il bilancio

Oltre 200 iscritti presenti all'annuale appuntamento. Votati all'unanimità il rendiconto 2015 e il preventivo 2016.

Il bilancio consuntivo ha ottenuto 201 voti favorevoli su 201 votanti. Quello di previsione 196 su 196. La sala congressi dell'Hotel Gli Dei a Pozzuoli era piena. Dopo le votazioni il dibattito sui temi caldi della professione (demansionamento, occupazione, crescita professionale) poi un lungo applauso ha chiuso la mattinata dedicata alla discussione sui documenti contabili per gli esercizi finanziari del 2015 e del 2016. “Sia il bilancio consuntivo che quello di previsione – ha detto Gennaro Sanges, consigliere con la delega di tesoriere – sono in linea con gli anni precedenti. Il che dimostra l'oculatazza gestionale, sia delle risorse finanziarie, sia di quelle professionali, che gli iscritti apprezzano. E il voto unanime su entrambi i documenti lo dimostra ampiamente”.

A nome del Collegio dei revisori dei conti, il Presidente **Vincenzo Saraiello** ha detto che: “considerato il rendiconto finanziario, la situazione patrimoniale e i controlli effettuati, esprimiamo il nostro parere favorevole, sia relativamente all'esercizio finanziario chiuso al 31 dicembre 2015, sia al bilancio di previsione del 2016, entrambi redatti secondo corretti principi di contabilità”.

Prima degli interventi di Sanges e Saraiello è toccato al Presidente **Ciro Carbone**. La sua è stata un'articolata relazione su quanto fatto in quest'anno e sul programma 2016. E non solo sul piano dei conti. Anzi, Carbone s'è soffermato soprattutto sulle questioni emergenti che riguardano la professione, sia a livello nazionale che locale. “È forte la volontà di rendere gli infermieri napoletani sempre più protagonisti del proprio futuro e di continuare senza tregua la battaglia sulle competenze infermieristiche” ha detto all'inizio Carbone. “La valorizzazione delle competenze infermieristiche -ha chiarito il Pre-



sidente - è indispensabile per creare più occasioni di lavoro sul territorio e negli ospedali, ma anche per la sopravvivenza e il miglioramento dell'intero sistema sanitario nazionale. Su tutto il territorio nazionale siamo impegnati soprattutto su questi aspetti: sull'occupazione, sulla stabilizzazione dei precari; sullo sblocco del turn over, per una sanità uguale per tutti e di qualità. Per fare ciò bisogna che gli infermieri assumano un ruolo sempre più forte e di solida presenza dove si discute, si dibatte e si decide. Lungo questa strada il Collegio di Napoli è incamminato da tempo. Negli ultimi anni – ha evidenziato -il Ssn ha perso migliaia e migliaia di infermieri. Solo nel 2014 contiamo 1894 unità in meno. E per il 2015 le previsioni sono ancora più fosche. In queste condizioni, il Ssn rischia il collasso”.

Ma è sulla Campania che Carbone si sofferma in maniera particolare. “La nostra regione – osserva Carbone - continua a essere tra le ultime d'Italia per qualità delle cure, per i livelli essenziali d'assistenza, per le lunghe liste d'attesa, per la riduzione dei posti letto e per un numero infinito di altri indicatori. Il risultato di questo disastro determina un altro primato negativo: cresce a dismisura il numero di cittadini che si rivolgono alla sanità di altre regioni. E cresce il numero di quelli che rinunciano a curarsi a causa dei costi sempre più elevati. Dopo nove anni di piani di rientro, il sistema salute in Campania è allo stremo. Qui, più che in ogni altra parte d'Italia, a pagarne i costi sono i cittadini, ma anche la nostra professione. Invece di ridurre sprechi e privilegi, in questi anni si sono ridotti posti letto e personale. In Campania abbiamo il più basso indice di infermieri per abitanti: 4.2/mille, mentre nel resto d'Italia la media è 6/mille. Lo dicono i numeri diffusi dall'Agendas: in Campania ci sono più medici (4.4) che infermieri. Come nell'esercito di Masaniello, più generali che soldati”.

Valorizzare gli infermieri per cambiare il sistema. E' lo slogan che Carbone usa per lanciare una sorta di manifesto programmatico dei



continua da pagina 31

prossimi anni. “Ancora una volta terremo il cittadino al centro del nostro progetto di cambiamento”, ha detto. “Ai suoi bisogni di salute, così come sono cambiati nel corso di questi ultimi anni; penso alla non autosufficienza; alle cronicità. A questi bisogni sopraggiunti si risponde con un cambiamento del sistema, puntando sulla prossimità delle cure; sul territorio; sull’infermiere di famiglia. Lungo questa direzione ci muoveremo quest’anno anche come Collegio di Napoli. Grazie all’attivismo del nostro gruppo dirigente, allo stretto rapporto con la Federazione, dovremo dare in futuro una più forte spinta alla formazione. Cercando d’individuare programmi e progetti formativi sempre più aderenti alle esigenze del corpo professionale. Maggiore attenzione dovremo rivolgerla anche ai luoghi di lavoro, sia ospedale, sia territorio. Per raccogliere da vicino le istanze dei colleghi, per avvicinare la professione infermieristica ai cittadini, proponendoci come punto di riferimento riconosciuto e autorevole nel dare risposte ai crescenti bisogni di cura e di assistenza sanitaria”.



L'infermiere militare nelle Forze Armate e di Polizia



Il 29 aprile 2016 si svolgerà a Roma dalle ore 9.00 alle ore 13.00 presso l'Aula Magna della Scuola Allievi Ufficiali Carabinieri in Via Aurelia 511, il convegno dal titolo **L'infermiere militare nelle Forze Armate e di Polizia: Uno sguardo al passato, una riflessione sul presente ed una considerazione sul futuro.** L'evento è rivolto agli infermieri militari e ai Collegi Ipasvi; è a numero chiuso e l'iscrizione è obbligatoria fino ad esaurimento dei posti disponibili e si può effettuare solo per via telematica. L'ingresso alla sede dell'evento, trattandosi di una struttura militare, è controllato, nominale ed è rigidamente fissato dalle ore 8.30 alle 9.00.

Nell'ambito delle attività di informazione e formazione, la Federazione Nazionale Ipasvi ha deciso di garantire ai propri iscritti per il 2016 l'accesso gratuito a 5 corsi di formazione a distanza di qualità dedicati alla professione. I corsi, centrati sul modello del caso, sono disponibili sulla piattaforma FadInMed (www.fadinmed.it) e sono accreditati per infermieri, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitari. A partire dal 31 gennaio 2016 e fino al 31 dicembre 2016 sono disponibili 3 nuovi corsi FAD oltre a 2 che vengono riproposti per il grande successo avuto lo scorso anno. Eccoli: 1. La sedazione terminale/palliativa: aspetti clinici ed etici (5 crediti ECM, codice ECM 149092); 2. La gestione dell'incontinenza urinaria e fecale (5 crediti ECM, codice ECM 149096); 3. Gestione e mobilitazione del paziente in ospedale: problemi e soluzioni pratiche (5 crediti ECM, codice ECM 149097). Corsi FAD riproposti per chi non li ha fatti nel 2014-2015: 1. Gestione delle linee venose (12 crediti ECM, codice ECM 149088); 2. L'Evidence based practice nelle procedure infermieristiche (12 crediti ECM, codice ECM 149089).

L'accesso ai corsi per gli iscritti all'Ipasvi è semplice: 1. Compilare il modulo all'indirizzo <http://www.ipasvi.it/fnomceo> per essere riconosciuti come iscritti all'Albo unico nazionale (ai sensi del-

Nuovi Corsi Fad 2016

l'art.3 del DPR 7 agosto 2012 n. 137) e le credenziali di accesso vengono inviate all'indirizzo di posta elettronica indicato nel modulo; 2. Compilare la scheda di registrazione sulla piattaforma FadInMed (se non si è già registrati); 3. Si ricevono direttamente alla propria e-mail le password per entrare nel programma (N.B.: la casella di posta elettronica da utilizzare per lo svolgimento del corso deve essere ordinaria, non deve essere PEC). Fatto ciò si può accedere direttamente alla piattaforma, all'indirizzo <http://www.fadinmed.it/>.

Anche chi è già registrato alla piattaforma FadInMed negli anni precedenti deve passare dalla pagina <http://www.ipasvi.it/fnomceo> sul sito della Federazione per il riconoscimento relativo al 2016. Si ricorda che per quanto riguarda i corsi riproposti questi possono essere svolti da coloro che li hanno iniziati, ma non superati nel corso del 2014/2015 e da tutti coloro che non li hanno mai fatti.

NOTA BENE: Per problemi di registrazione gli iscritti devono scrivere dal proprio indirizzo di posta ordinario (NON PEC) a: ecm@ipasvi.it indicando Nome, Cognome e Codice fiscale; non è in alcun modo possibile risolvere i problemi per via telefonica o diversa dall'utilizzo della posta elettronica).



I Collegi della Campania informano

QUI BENEVENTO

Convocata l'Assemblea per il bilancio

Si terrà sabato 23 aprile l'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio Ipasvi di Benevento. L'appuntamento è fissato per le ore 10, presso il Centro “La Pace”, in c.da da Monte delle Guardie.

L'ordine del giorno è il seguente: relazione del Presidente; relazione del Tesoriere; relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti; discussione ed approvazione del rendiconto generale anno 2015 e del bilancio preventivo anno 2016. Nel corso dell'Assemblea saranno sorteggiati, tra gli iscritti presenti, in regola con il versamento della quota di iscrizione annuale, 2 colleghi che potranno partecipare gratuitamente ad un evento formativo residenziale in una località nazionale; 5 colleghi che potranno partecipare gratuitamente ai corsi residenziali E.C.M. organizzati dal Collegio nel corrente anno; 3 colleghi soci Cives, che potranno partecipare gratuitamente al Congresso Nazionale Cives.

Quote associative 2016

Il Collegio di Benevento ha inviato agli iscritti il bollettino Mav modello TD247, con il quale è possibile procedere, entro e non oltre il 30 aprile 2016, al versamento della quota di iscrizione al Collegio per l'anno 2016 che è pari ad € 70,00. Come sottolineato anche nella missiva inviata a ciascun iscritto, ricordiamo qui che il pagamento della quota annuale avrà efficacia solo ed esclusivamente se sarà stato utilizzato il modello MAV modello TD247, per cui non saranno ritenute valide forme diverse di pagamento. Va anche precisato che tali modalità di pagamento vengono effettuate seguendo quanto stabilito dal Consiglio dei Ministri in merito ai pagamenti effettuati in favore delle pubbliche amministrazioni, quale il Collegio Provinciale Ipasvi è, considerata la sua natura di Ente di diritto pubblico non economico. Gli iscritti che non dovessero ricevere l'avviso di pagamento in uno all'allegato modello TD247 (a causa di disguidi postali, cambi di residenza e/o domicilio non segnalati, etc.),

sono tenuti a rivolgersi alla Segreteria del Collegio Ipasvi, sita in Benevento alla Via E Caggiano n. 18 (secondo piano), nei giorni e negli orari di apertura al pubblico (ossia il Lunedì e Venerdì dalle ore 16.00 alle ore 19.00, ovvero il Martedì, Mercoledì e Giovedì, dalle ore 09.00 alle ore 12.30). Il duplicato dell'avviso di pagamento e del modello TD247 potrà essere richiesto anche via fax al numero 0824/359980 ovvero tramite PEC all'indirizzo: benevento@ipasvi.legalmail.it oppure collegandosi al sito www.ipasvibn.it.

Precisiamo, inoltre, che gli iscritti non in regola con il pagamento delle quote di iscrizione relative agli anni precedenti, riceveranno, a breve, presso il domicilio indicato, un sollecito di pagamento corredato di un ulteriore bollettino indicante l'importo dovuto al 31 dicembre 2015.

Per contatti: pec_benevento@ipasvi.legalmail.it; mail ipasvibn@alice.it; fax 0824359980; Tel. 0824/310911; cell. 339/7771843 339/1286298 -337/3732635.

COMUNICAZIONE AGLI ISCRITTI

Biblioteca: Presso la sede del Collegio è attiva, per gli iscritti e gli studenti, una biblioteca costantemente aggiornata di libri e riviste di specifico interesse professionale.

Certificati: I certificati d'iscrizione all'albo vengono rilasciati in tempo reale all'iscritto che si reca personalmente presso la sede del Collegio oppure ad altra persona munita di delega scritta e di copia di un documento di riconoscimento dell'interessato, in corso di validità. Gli iscritti in possesso di posta elettronica certificata (pec) possono inoltrare specifica richiesta al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: benevento@ipasvi.legalmail.it. Il rilascio dei certificati d'iscrizione è gratuito.

Punto internet veloce (ADSL): Durante i giorni e gli orari di apertura del Collegio, è possibile utilizzare gratuitamente due postazioni internet.

Modulistica: Sul sito istituzionale dell'Ente: www.ipasvibn.it, nella sezione modulistica, è possibile scaricare i modelli: per l'iscrizione, il trasferimento, la cancellazione, la delega per il rilascio dei certificati di iscrizione, il contratto di assicurazione da rischi professionali, la partecipazione ad eventi e.c.m., la richiesta di cambio di residenza o domicilio obbligatori. Infopoint: per appuntamenti, è a disposizione degli iscritti un servizio di consulenza gratuita sulle modalità di esercizio dell'attività infermieristica diversa da quella subordinata e sui risvolti previdenziali ed assistenziali che ne conseguono. Per motivi organizzativi è necessaria la prenotazione scritta o via e-mail e si dovrà indicare l'argomento oggetto della consulenza. Supporto legale: il Collegio (per le questioni attinenti il profilo professionale, il codice deontologico e le altre tematiche correlate), mette a disposizione degli iscritti un servizio di consulenza legale gratuita. Per motivi organizzativi si invitano gli interessati a formulare una richiesta scritta per prenotare un incontro o per richiedere un parere legale da indirizzare al Presidente del Collegio. Nella richiesta si chiede di descrivere sinteticamente la problematica oggetto della consulenza.

Rivista: Il Collegio IPASVI di Benevento aderisce alla rivista regionale, con uscita trimestrale (marzo, giugno, settembre e dicembre), “Napolisana Campania”, all'interno della quale è prevista una sezione dedicata alle notizie del Collegio di Benevento e un apposito inserto dedicato alla pubblicazione di articoli scientifici. Tutti gli iscritti interessati alle pubblicazioni di articoli devono prendere contatto con l'apposita Commissione Rivista per acquisire tutte le notizie di carattere editoriale. Per ulteriori informazioni 3397771843 3496474754 giovanna.annese@hotmail.it, andrea.dellaratta@libero.it, ipasvibn@alice.it

QUI BENEVENTO

Il Collegio informa

Alluvione a Benevento e Provincia dell'ottobre 2015 – il Collegio di Benevento ha chiesto alla federazione Nazionale IPASVI di utilizzare l'apposito fondo di solidarietà, previsto per tali calamità. Pertanto, invito tutti gli iscritti, che hanno subito danni importanti, a comunicarlo al Collegio via fax 0824/359980 o tramite PEC benevento@ipasvi.legalmail.it o recandosi presso la segreteria, dal sito www.ipasvibn.it è possibile scaricare lo schema per effettuare la comunicazione.

Aggiornamento dati anagrafici - La Legge ci obbliga ad aggiornare l'Albo professionale, per cui è necessaria e indispensabile la collaborazione degli iscritti per consentire al Collegio di essere in possesso di un'anagrafica corretta. Ogni iscritto dovrà comunicare: residenza, domicilio, attività lavorativa (indicare se svolta come dipendente, e presso quale datore di lavoro, ovvero in regime libero professionale), indirizzo di posta elettronica, numero di telefonia mobile.

Ciò consentirà al Collegio di poter effettuare l'aggiornamento obbligatorio, ma altresì di utilizzare al meglio le nuove tecnologie informatiche con comunicazioni più veloci ed efficaci, anche interattive, ossia tramite e-mail, WhatsApp, Sms, Facebook. Inoltre, una precisa e puntuale compilazione della scheda anagrafica permetterà di censire i liberi professionisti e i disoccupati, onde mettere a loro disposizione idonei strumenti di consulenza.

L'aggiornamento potrà essere fatto direttamente tramite il sito www.ipasvibn.it cliccando sull'apposito link, oppure scaricando dal medesimo sito la modulistica che, una volta compilata in ogni sua parte, andrà inviata al Collegio via fax al n. 0824359980 o tramite e-mail all'indirizzo benevento@ipasvi.legalmail.it, oppure consegnata presso la segreteria IPASVI, sita in Benevento alla Via E. Caggiano n. 18 (secondo piano).

Posta Elettronica Certificata (PEC) - Con l'intento di promuovere fra gli iscritti la più ampia diffusione della PEC e per incentivarne l'utilizzo, il Collegio IPASVI di Benevento continua a mettere a disposizione 500 PEC gratuite per il corrente anno (2016), pertanto gli infermieri, gli infermieri pediatrici e gli assistenti sanitari interessati potranno richiedere l'attivazione della casella di posta elettronica certificata tramite il sito www.ipasvibn.it, cliccando sull'apposito link.

Servizio di SMS - E' attivo il servizio di SMS gratuito, che consente di informare, in tempo reale, gli iscritti che hanno comunicato il proprio numero di cellulare circa le iniziative e le attività organizzate dal Collegio (corsi ECM, Università, etc). Per ricevere informazioni tramite SMS, ogni iscritto dovrà comunicare, nel più breve tempo possibile, il proprio numero di telefonia mobile: telefonicamente al n. 0824310911, via fax al n. 0824359980, via mail all'indirizzo benevento@ipasvi.legalmail.it o collegandosi al sito www.ipasvibn.it cliccando sul link relativo all'aggiornamento dati anagrafici.

ECM (Educazione Continua in Medicina) - Il Collegio sta mettendo a punto il piano formativo 2016. Tutte le informazioni e la modulistica saranno disponibili sul sito www.ipasvibn.it e



IP. AS. VI. Benevento

Benvenuti al sito del Collegio Provinciale IPASVI di Benevento

Via E. Caggiano, 18 - 82100 Benevento
Tel. 0824 - 310911
Fax 0824 - 359980

REGIONE CAMPANIA

IPASVI

Posta Elettronica CERTIFICATA
Attivazione Gratuita

presso la sede del Collegio. Provvederemo, inoltre, per ogni evento formativo ad avvisare via Sms tutti gli iscritti che hanno aderito al servizio. Sui siti istituzionali: www.ipasvibn.it e www.ipasvi.it c'è un link dedicato ai corsi Fad gratuiti, organizzati dalla Federazione Nazionale Ipasvi tramite la piattaforma Fad in Med. Infine dal 1° maggio 2016 verrà attivato un software che permetterà l'iscrizione e il pagamento on line dei corsi Ecm collegandosi al sito www.ipasvibn.it e cliccando sull'apposito link.

Il software permetterà anche l'invio dei certificati con i crediti formativi Ecm tramite posta elettronica.

Amministrazione Trasparente - Il Collegio, come previsto dalla delibera Anac n.145/2014, ha predisposto il Piano triennale di prevenzione della corruzione, il Piano triennale della trasparenza, il Codice di comportamento del dipendente, provvedendo alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione nonché a tutti gli altri obblighi in materia di trasparenza (d.lgs. n. 33/13) e del rispetto dei divieti in tema di incompatibilità e incompatibilità degli incarichi (d.lgs. 39/2013). Pertanto, sul sito istituzionale www.ipasvibn.it è possibile consultare gli atti del Collegio così come previsto dalla normativa vigente.

QUI BENEVENTO

Open day per esperienze all'estero
Preparare e informare i giovani laureati

Anche quest'anno era gremita la sala convegni del Centro per l'impiego di Benevento. In programma la seconda edizione dell'Open day, iniziativa promossa dal Collegio Ipasvi di Benevento in collaborazione con HCL, l'agenzia specializzata nel fornire consulenza e assistenza agli infermieri che desiderano trasferirsi per lavorare nel Regno Unito, e con Eures. Giunto ormai al secondo appuntamento annuale, l'Open day intende fornire a neo-laureati e laureandi in Infermieristica ed in Ostetricia le più complete informazioni per trasferirsi e lavorare come infermieri ed ostetriche nel Regno Unito, all'interno del NHS (National Health System, Servizio Sanitario Nazionale) e nel settore privato.

Le informazioni riguardano le fasce salariali, le strutture infermieristiche degli ospedali; la tipologia degli ospedali; la formazione e lo sviluppo delle competenze; la disponibilità dei posti e la descrizione di come poter crescere lavorativamente all'interno dell'ospedale, nonché ogni altra questione relativa al trasferimento nel Regno Unito, ivi compresa la disponibilità di una sistemazione offerta dalle medesime strutture ospedaliere.

La giornata, introdotta dal Presidente del collegio Ipasvi di Benevento, **Andrea Della Ratta**, ha visto gli interventi della dr.ssa **Anna De Vita**, Direttrice dei Corsi di Laurea in Infermieristica afferenti all'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" e le domande interessate dei numerosi professionisti e studenti presenti. Nell'aula vi era un clima di curiosità e di interesse e la relatrice della HCL, dr.ssa **Elida Bardelli**, è stata diretta ed esauritiva nel rispondere a tutte le richieste di chiarimenti. La scelta di un lavoro all'estero sembra in questo difficile momento per la professione l'unica soluzione per non restare fuori dal mercato del lavoro. E le giornate d'incontro promosse dal Collegio di Benevento sono senz'altro d'aiuto per i tanti giovani alle prese con tante incognite e molti timori. Si tratta comunque di professionisti alle prime esperienze, decisi a mettersi in gioco, a confrontarsi con altre culture, non

solo scientifiche, ma con modi di vivere differenti e diversi da quelli di nascita.

Giovani in cerca di una realizzazione professionale che oggi l'Italia non è capace di assicurare, anche se la sanità italiana soffre per mancanza di personale, soprattutto infermieristico e soprattutto al Sud, dove buona parte dei ritardi e delle inadeguatezze assistenziali (liste d'attesa infinite, ritardi sui Lea, emigrazione sanitaria) dipendono in larga parte da deficienze in pianta organica, da turni massacranti, da demansionamento spinto e da mancato ricambio generazionale.

L'allarme lanciato dagli infermieri resta ancora oggi inscaltato: non mancano le risorse finanziarie al Ssn, manca il coraggio di sopprimere gli sprechi; di annullare i privilegi, di varare una nuova organizzazione che metta il cittadino al centro dei processi e non il medico. Aiuta l'idea di pensare che l'Europa deve poter rappresentare oggi per ogni professione l'orizzonte naturale dove poter spiegare l'attività professionale che si è scelta. Aiuta l'idea di pensare, come inevitabilmente va fatto, che varcare i confini italiani per trovare un'occupazione adeguata alle proprie aspettative non dev'essere per forza una scelta da emigrante.

Lavorare in strutture sanitarie del Regno Unito, Germania, ovunque venga richiesta la qualità della preparazione infermieristica dei giovani italiani, può rappresentare un momento importante di crescita e di confronto professionale.

Può rappresentare un'occasione imperdibile per allargare i propri orizzonti professionali e magari tornare un giorno con un bagaglio di esperienze e di conoscenze moltiplicato da mettere a frutto nelle nostre realtà



HCL
Workforce Solutions
in collaborazione con:
Eures di Benevento e Ipasvi Benevento

OpenDay

Martedì
2 Febbraio 2016
ore 15,00

CENTRO PER L'IMPIEGO
Via XXV Luglio, 14
2° Piano sala convegni
BENEVENTO

I Responsabili della società **HCL RECLUTINO**, una delle più grandi agenzie di reclutamento medico del Regno Unito, incontreranno i laureati e laureandi in Infermieristica e Ostetricia per informare sulle attività di lavoro e introdurre le strutture ospedaliere di riferimento.

Per informazioni:
www.ipasvibn.it - cell. 339 777 18 43
rosalbasonice@provinciabenevento.it

sanitarie. La questione è quella su cui da sempre si dibatte: il circolo vizioso dell'emigrazione sanitaria e lavorativa con il combinato disposto, effetto e causa insieme, del fenomeno del deficit dei sistemi sanitari delle regioni meridionali. Infatti sono sempre tanti, troppi gli abitanti del meridione che rivolgono lo sguardo, per risolvere i propri problemi di salute, alle strutture del nord e sempre più anche d'oltralpe; ma è sicuro che fino a quando non si migliorerà l'offerta assistenziale il trend non sarà invertito e ciò sarà possibile solo immettendo linfa fresca in un sistema sempre più depauperato delle sue figure essenziali.

Leonardo Sciascia parlava della linea della palma a proposito di fenomeni drammatici di cui ci vergogniamo come la mafia, forse anche in questo caso la linea della palma sta salendo sempre più, fino a colonizzare la terra d'Albione, ormai.



CORSO DI LINGUA INGLESE PER INFERMIERI

Per l'acquisizione della certificazione -B2-

L'evento sarà accreditato ECM per infermieri – infermieri pediatrici – ass. sanitari

La conoscenza della lingua inglese è ormai indispensabile per esercitare la professione di infermiere sia in Italia che in UK, infatti la conoscenza dell'inglese è oggi necessaria per comunicare correttamente con i pazienti stranieri che si rivolgono al nostro S.S.N., per aggiornarsi e accedere agli articoli scientifici, per partecipare alle selezioni per lavorare nel Regno Unito e in tutti gli altri paesi di lingua inglese.

IL CORSO È RIVOLTO A:

Infermieri, infermieri pediatrici e agli studenti dei corsi di laurea in infermieristica

PARTECIPANTI

Numero partecipanti **10-12** per corso

DURATA

3 mesi, 70 ore di lezione

CERTIFICAZIONE

A fine corso, dopo aver superato l'esame esterno verrà consegnato una certificazione dell'acquisizione del livello intermedio B2 e il certificato con i crediti formativi ECM

METODOLOGIA E DIDATTICA

Lezioni frontali e interattive con i partecipanti

Il corso si terrà presso la sede del Collegio Provinciale IPASVI di Benevento



La quota di partecipazione al corso sarà stabilita dopo le iscrizioni e varierà in rapporto agli iscritti, il costo totale del corso è di € 3300 da dividere per il numero di partecipanti (minimo 10 massimo 12) L'accreditamento ECM sarà sostenuto dal Collegio IPASVI di Benevento.

Gli interessati dovranno presentarsi presso la sede del Collegio in Via E. Caggiano, 18 - 82100 Benevento giovedì 17 Marzo 2016 alle ore 11:00 per un primo colloquio con il centro linguistico, per definire il calendario delle lezioni e per procedere all'iscrizione al corso.

Info: 3397771843 - 3389738739

Il test da sforzo cardiopolmonare

di Chiara Sepe

Il test da sforzo cardiopolmonare (CP) diventa un esame di routine presso l'U.O. di Cardiologia Riabilitativa dell'A.O. "A. Cardarelli". Si tratta di un esame non invasivo usato in ambito pneumologico e cardiologico. L'esame in cardiologia trova applicazione perché in grado di fornire notizie dettagliate circa la capacità lavorativa del cuore durante lo sforzo, con un'accurata valutazione dell'aspetto metabolico.

L'esame consente di misurare mediante la ventilazione, il consumo di ossigeno durante lo sforzo fisico. Il test CP è indicato in pazienti affetti da scompenso cardiaco o da cardiopatia ischemica cronica, per quantificare la capacità funzionale, stratificare il rischio cardiologico e valutare la prognosi. Il test consente anche di valutare l'efficacia della terapia medica. Infine, nello scompenso cardiaco, l'esame permette di individuare il paziente da indirizzare al trapianto di cuore.

L'apparecchiatura usata per l'esecuzione del test è costituita da un ergometro (cicloergometro o tappeto rotante). L'esame viene effettuato collegando l'apparecchiatura, mediante un cavo ad una maschera provvista di boccaglio che viene applicata al paziente per rilevare i gas in espirazione, mentre il lettore della traccia elettrocardiografica, collegato agli elettrodi disposti sul torace del paziente, invia il segnale elettrocardiografico alla macchina principale.

I software medicali registrano i parametri cardiaci e metabolici. I test vengono di solito eseguiti mantenendo lo schema terapeutico in corso, ma in alcuni casi può essere presa in considerazione la sospensione di alcuni farmaci, come i β -bloccanti o i calcio-antagonisti, che potrebbero alterare la risposta cronotropica allo sforzo e ridurre pertanto l'accuratezza diagnostica.

L'apparecchiatura elabora il segnale elettrocardiografico e acquisisce le variazioni dei gas in entrata e in uscita fornendo i relativi diagrammi per la corretta interpretazione integrata dell'esame eseguito.

L'infermiere rileva il peso e l'altezza del paziente, lo informa circa le modalità di esecuzione del test, i possibili rischi e la necessità di effettuare l'esame e, infine dopo che il paziente rilascia il consenso all'esecuzione dell'esame, lo collega alla macchina per la monitoraggio in continuo dell'ecg, della pressione arteriosa e dei gas inspirati e espirati attraverso maschera con boccaglio.

Il personale infermieristico valuta attentamente, anche con dialogo continuo, le condizioni generali del paziente, il suo grado di affaticamento, l'eventuale comparsa di segni e sintomi quali il pallore, la sudorazione e la comparsa di dolore retrosternale, senso di oppressione, palpitazioni importanti per evidenziare una



concomitante sofferenza cardiaca.

Nel caso si evidenzino segni o vengano riferiti sintomi indicativi di sofferenza cardiaca, in base anche alla valutazione dei dati registrati contestualmente, può essere necessario interrompere il test e provvedere alla somministrazione di farmaci di pronto soccorso. È obbligatorio, durante la prova e nel periodo di recupero, avere a disposizione un defibrillatore per il trattamento immediato di aritmie minacciose quali la fibrillazione ventricolare.

Dentro
la professione

L'infermiere e la Malattia di Parkinson: una nuova sfida terapeutica

di Maria Rosaria Amato

I disturbi gastrointestinali sono stati segnalati fin dal 1800 da Sir James Parkinson nella descrizione originaria della malattia nell' "Essay of the shakingpalsy", e più recentemente è stato persino ipotizzato che in questi pazienti alcuni disturbi possano rappresentare un sintomo precoce della malattia.

La gravità dei disturbi sembra direttamente correlata allo stadio e alla durata della malattia, suggerendo che essi siano parte integrante della sua storia naturale. I disturbi gastrointestinali pesano negativamente sulla qualità di vita dei pazienti e possono essere causa di complicanze che interferiscono con il trattamento farmacologico.

La Levodopa è il gold standard nel trat-

tamento farmacologico della malattia di Parkinson e la somministrazione orale, nella Malattia avanzata, in presenza di rallentato svuotamento gastrico, prolunga la permanenza del farmaco nello stomaco ed è causa di tre conseguenze negative.

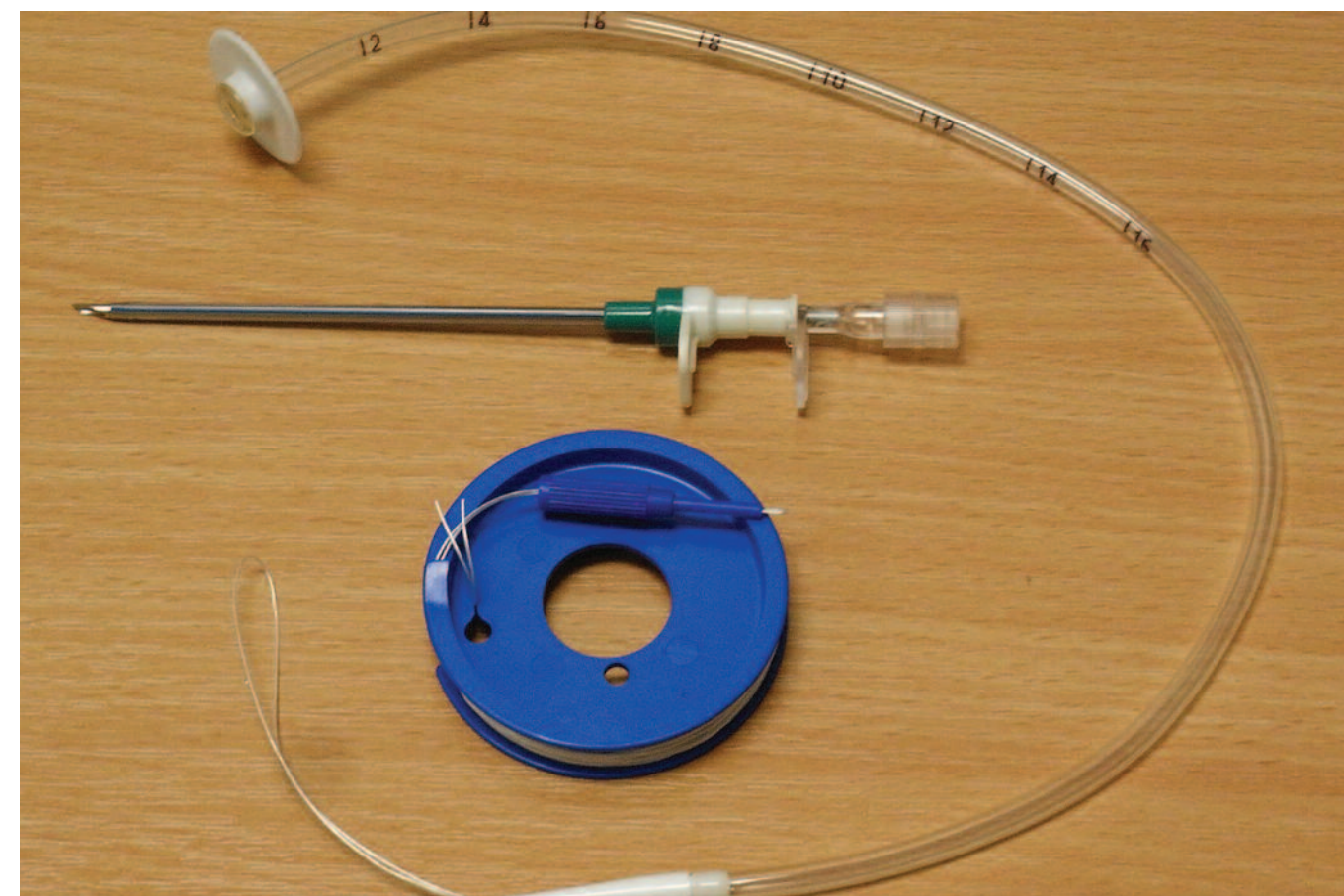
La prima è che viene ritardato l'arrivo del farmaco nei tratti intestinali deputati all'assorbimento. La seconda è che, per azione della Dopa-decarbossilasi presente nella mucosa gastrica, il farmaco viene convertito in dopamina nello stomaco diminuendo la sua disponibilità a livello del sistema nervoso centrale. La terza è che la dopamina formatasi nello stomaco tenderà a stimolare i recettori situati a livello dello stomaco con conseguente ipotonia delle pareti gastriche e ulteriore rallentamento dello svuotamento gastrico.

La gestione della Malattia di Parkinson in fase avanzata pertanto, rappresenta una sfida importante, sia per le caratteristiche della malattia sia per il suo pesante impatto sulla vita del paziente, dei suoi familiari e caregiver, oltre a quello sociale in termini di costi, di impiego delle risorse strutturali, strumentali e umane.

Alla Azienda Ospedaliera della Seconda Università di Napoli, da alcuni anni è operativo il Centro per la diagnosi e cura della Malattia di Parkinson. Il Centro, riferimento per molti pazienti campani e non solo, coordinato dal Prof. Alessandro Tessitore afferente alla Cattedra di Neurologia diretta dal Prof. Gioacchino Tedeschi, si avvale di un team multidisciplinare, costituito da gastroenterologi endoscopisti, nutrizionisti, psicologi e di una task force di infermieri dedicati.

La recente introduzione di un nuovo protocollo terapeutico, presso il Centro del Prof. Tessitore, consiste nella infusione intestinale di Levodopa/carbidopa (Duodopa), mediante l'inserimento di un device digiunale attraverso una Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG-J), in pazienti affetti da malattia di Parkinson in fase

Dentro
la professione



avanzata e adeguatamente selezionati. L'innovativa modalità di somministrazione della terapia dopaminergica direttamente in sede intestinale, superando in tal modo le difficoltà e le erratiche modalità di assorbimento in sede gastrica della terapia orale, tipiche di questa fase della malattia, garantisce, quindi, un livello costante di somministrazione del farmaco nel corso della giornata, mediante una infusione continua del farmaco. La procedura per l'impianto della PEG-J necessita di team di figure professionali essenziali quali il gastroenterologo, l'anestesista e l'infermiere. Infatti, il successo di tale terapia è assicurato solo dalla professionalità e dall'affiatamento di quello che nel Centro Parkinson è stato definito il "Duodopa Team".

La Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG) è una procedura endoscopica reversibile di nutrizione artificiale che consente la somministrazione di alimenti, liquidi e

farmaci mediante una sonda che, attraversando la parete addominale, raggiunge il lume dello stomaco.

La PEG-J invece è una gastrostomia endoscopica percutanea estesa al digiuno che consente la diretta immissione del farmaco nel tenue mediante una pompa di infusione computerizzata. La perfetta e sinergica attività operativa del "Team Duodopa" consente di realizzare la procedura al di là delle problematiche neurologiche del paziente.

In questa fase il ruolo assistenziale svolto dall'infermiere è fondamentale non solo nel corso della procedura, coadiuvando il gastroenterologo-endoscopista, ma anche e soprattutto nell'assistenza al paziente Parkinsoniano fino alla dimissione. L'infermiere è quindi il primo punto di riferimento assistenziale, nell'istruire ed educare il paziente ed i familiari all'utilizzo ed alla corretta gestione della PEG/J e della pompa di infusione computerizzata al fine di evi-

tare o ritardare l'usura della stessa oltre impartire indicazioni per mantenere pulita e disinfettata la stomia chirurgica evitando complicanze e compromissione della stessa.

Alla luce di questa esperienza clinico-terapeutica assistenziale realizzata dal Team Multidisciplinare "Duodopa", presso il Centro Parkinson della Seconda Università di Napoli, sarebbe auspicabile ipotizzare una gestione post impianto sempre più infermieristica dei pazienti in terapia in fase avanzata con Duodopa, sulla scia di un modello già attuale e validato nel Regno Unito, dove i pazienti vengono seguiti presso ambulatori a gestione infermieristica. Il personale infermieristico altamente specializzato valuta le condizioni generali e motorie del paziente proponendo al neurologo anche eventuali aggiustamenti della posologia di infusione sulla base delle esigenze del singolo paziente.

Dentro
la professione

Telenursing, ovvero l'assistenza infermieristica a distanza

di Chiara Rotondo

In un'epoca segnata da tecnologie sofisticate, grazie alle quali è stato possibile raggiungere traguardi straordinari, il professionista infermiere non poteva non sfruttarne i vantaggi per adempiere al meglio alle proprie attività.

Questo perché la professione infermieristica è in continua evoluzione, e sempre alla ricerca di migliori soluzioni e metodologie per garantire un'assistenza di qualità.

Con un semplice "click" su una tastiera si può comunicare con persone dall'altra parte del mondo. Perché, quindi, non utilizzare questo mezzo per migliorare la salute delle persone che non hanno facile accesso alle cure? E' così che ha avuto origine il telenursing, letteralmente "Tele-Assistenza Infermieristica", ovvero l'uso delle telecomunicazioni per fornire assistenza infermieristica a distanza per chiunque viva solo o voglia semplicemente sentirsi "più sicuro".

Il telenursing spazia dal semplice invio di un fax o di una cartella clinica, alla più complessa erogazione di assistenza infermieristica al domicilio attraverso l'uso di telecamere e tecnologie informatiche. Vediamo ora cosa può offrire il telenursing. Innanzitutto il "teleconsulto", ovvero l'uso di tecnologie di telecomunicazione per fare interagire tra di loro centri specializzati e/o far conseguire a pazienti localizzati in aree remote il consulto dell'operatore sanitario. Il "telemonitoraggio", cioè quella pratica che consente la raccolta a distanza e la pianificazione dei dati relativi allo stato di salute del paziente che il centro sanitario tiene sotto controllo.

Il "telereporting", vale a dire, quel sistema di relazioni professionali trasferite grazie al quale i dati riguardanti lo stato di salute di un paziente vengono trasmessi da un operatore sanitario a un altro per averne l'interpretazione specialistica di cui tener conto nel prosieguo della cura. Infine la "teleconferenza", cioè la comunicazione tra due o più operatori sanitari che avviene tramite una connessione video che facilita l'illustrazione e la discussione dei casi in esame.²



Benché nato di recente, il telenursing offre una vasta gamma di opportunità. Consente infatti di avere in tempi celeri chiarimenti su test di laboratorio; informazioni su malattie specifiche; formazione e/o consigli su diverse questioni di salute che riguardano persone di ogni età portatrici di problematiche specifiche. Ad esempio servizi di linea aperta con centri antiveneno e centri di salute mentale, servizi per le neo mamme e linee telefoniche per gli adolescenti. Permette altresì di facilitare le consultazioni audio e/o video fra i

professionisti della sanità e il paziente o tra gli stessi professionisti. E' di grande aiuto ai viaggiatori per ottenere assistenza nei luoghi mete dei loro spostamenti.

E' indiscutibile poi la sua funzione educativa e di formazione infatti fornisce informazioni sulla salute e risponde a domande del paziente per promuovere l'auto-cura; infatti per mezzo di video, computer o altre apparecchiature tecnologiche si può controllare lo stato di salute del paziente nella propria abitazione (es. pressione e

polso etc..).

Le opportunità del telenursing sinora descritte sono certamente lusinghiere ancor di più sapendo di avere a disposizione un infermiere esperto e preparato che grazie alla telecomunicazione può risolvere dubbi, paure e incertezze, dando il consiglio giusto, o indirizzando il paziente verso l'intervento più appropriato.

In molti paesi la tele-assistenza si è diffusa rapidamente entrando a far parte della routine dell'assistenza infermieristica, compensandola, migliorandone la qualità ed incentivando la collaborazione tra le diverse figure sanitarie. Anche in Italia, il telenursing sta emergendo come nuova modalità assistenziale i cui benefici sicuramente non tarderanno a riverberarsi sul sistema sanitario nazionale.

Bibliografia

1 - Kumar S. e Snooks H. Telenursing. Londra: Springer; 2011.

Sitografia

2 - AIIP Associazione italiana Infermieri professionali. Telenursing; 2012

Disponibile su: <http://aiipinfermieri.com/progetti?id=125>

Ospedali
e territorio



Barbara Mangiacavalli direttore sociosanitario dell'Asst Bergamo Ovest

Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Ipasvi, è il nuovo Direttore Socio Sanitario dell'ASST Bergamo Ovest. La nomina è stata ratificata il 1 gennaio dal neo direttore generale Elisabetta Fabbrini. Obiettivo del

nuovo ruolo è realizzare la continuità assistenziale tra l'area ospedaliera e quella territoriale. La nomina - che rappresenta un importante riconoscimento per la professione infermieristica - è stata ratificata il 1 gennaio a Barbara Mangiacavalli - fino a dicembre 2015 direttore Sitra del San Matteo di Pavia - dal neo direttore generale dell'ASST Elisabetta Fabbrini, bocciana, fino a fine anno direttore amministrativo dell'azienda ospedaliera ospedale di Circolo di Busto Arsizio, che ha confermato ai vertici dell'azienda il direttore sa-

nitario Santino Silva e ha scelto come direttore amministrativo Flavia Berninri, già direttore amministrativo dell'Asl di Pavia. Il nuovo ruolo di Direttore Socio Sanitario, istituito in Lombardia dalla Legge regionale 23/2015 di evoluzione del SSR, è nato con l'obiettivo di realizzare la continuità assistenziale tra l'area ospedaliera e quella territoriale, un ruolo quindi che esprime in modo completo gli obiettivi della Federazione e il ruolo della professione infermieristica nel Servizio sanitario nazionale.

Santobono, record di accessi al pronto soccorso anche nel 2015

NAPOLI - Direttore Generale AORN: "Fiducia nel nostro ospedale ma ridurre il carico di lavoro improprio". Anche per il 2015 L'Ospedale pediatrico Santobono conquista il record per il numero di accessi in Pronto Soccorso: oltre 105.000 casi trattati in emergenza. Mediamente sono stati ogni giorno circa 292 i pazienti pediatrici presi in carico, con una media oraria di circa 12 bambini e picchi di attività che hanno toccato i 20 pazienti/ora. "La grande richiesta dei servizi in emergenza - osserva Anna Maria Minicucci, Direttore Generale dell'AORN Santobono-Pausilipon - evidenzia quanta fiducia sia riposta in quest'Ospedale e quanto sia centrale nella rete di emergenza pediatrica regionale. Tuttavia, se vogliamo che il Santobono, insieme al Pausilipon e all'Annunziata, punti sulle proprie eccellenze, contribuendo a ridurre ulteriormente la migrazione dei pazienti fuori regione, dobbiamo ridurre il carico di lavoro improprio dell'ospedale.

I casi più semplici devono essere trattati dal territorio e dagli

ospedali campani che fanno parte della Rete Regionale dell'Emergenza e solo in casi di alta specializzazione devono essere veicolati al Santobono. Questo, d'altra parte, accade in tutte le altre regioni italiane". Questi volumi di lavoro qualificano il Santobono come l'ospedale pediatrico italiano con il maggior numero di casi trattati in emergenza. Nel 2014, infatti, i monitoraggi dell'Agenzia Nazionale per la Sanità verificavano che a fronte dei 107.000 accessi in Pronto Soccorso del Santobono, il Bambin Gesù di Roma ne registrava 77.000, il Meyer di Firenze 43.000, il Gaslini di Genova 36.000. Oltre al primato dell'elevato numero di casi trattati presso il Pronto Soccorso, il Santobono vanta un'ottima capacità di filtrare le reali necessità dei pazienti, prevedendone il ricovero solo nei casi davvero necessari. Nel 2015 solo il 6,4% degli accessi al Pronto Soccorso ha dato seguito ad un ricovero presso la struttura (nel 2006 era il 15%). "La qualità dell'assistenza assicurata dal Santobono - si legge nella nota -

è stata confermata anche dall'esito positivo dell'inchiesta che la Magistratura ha portato avanti circa il caso della piccola Rosa, la bambina di pochi mesi che lo scorso febbraio morì il giorno dopo essere stata dimessa dall'ospedale. I magistrati, a seguito dell'indagine, hanno deciso per l'archiviazione, accertando anche in quel caso l'assenza di una colpa professionale.



Ospedali
e territorio

L'olio extravergine «frena» la glicemia Studio della Federico II pubblicato negli Usa: aiuta i diabetici

Utilizzare l'olio extravergine d'oliva come condimento contiene l'aumento della glicemia dopo i pasti. Lo dimostra uno studio dei ricercatori dell'Azienda ospedaliera universitaria Federico II pubblicato su «Diabetes Care», la più importante rivista scientifica americana dedicata al diabete. I risultati della ricerca potranno essere subito applicati alla terapia delle persone affette dal diabete. L'aumento della glicemia dopo i pasti è un problema quotidiano di chi soffre di diabete mellito e ancora di più per i pazienti con diabete tipo 1 che non producono insulina e se la iniettano sottocute prima di mangiare per mantenerla sotto controllo. Nonostante l'insulina, però, se si assumono troppi carboidrati la glicemia può sfuggire al controllo. La ricerca punta dunque da anni a identificare i

componenti della dieta che possano aiutare a evitare i picchi glicemici che nel lungo termine compromettono la circolazione del sangue nei diabetici. La novità metodologica è stato l'utilizzo di innovativi sistemi di rilevamento continuo della glicemia che, grazie a una piccola sonda inserita sottocute, permettono di seguire i valori minuto per minuto nell'arco delle 24 ore e per periodi di diversi giorni, registrando i dati in un piccolo computer portatile. L'approccio realistico dello studio napoletano consente di applicare di-



rettamente i risultati ottenuti alla terapia delle persone con diabete, che potranno trarre grande giovamento dall'impiego abituale di olio extravergine di oliva per la preparazione dei pasti.

Incurabili: settemila firme per riaprire Ostetricia

NAPOLI Sono oltre 7mila le firme raccolte dal comitato "Pro Ospedale Incurabili". Una petizione per chiedere la riapertura del reparto maternità e del Pronto soccorso ostetrico ginecologico dell'Ospedale Incurabili. Anche se ufficialmente il nido è chiuso per ristrutturazioni, si teme di non vedere più in funzione il servizio. Il rischio, in altre parole, è che si chiuda un pezzo di storia della sanità napoletana.

Quello di ostetricia e ginecologia è infatti un reparto strategico dell'ospedale. Per capire quale sia l'assistenza sanitaria nel Centro storico di Napoli può forse tornare utile ricordare che in 3 anni sono stati chiusi 3 punti nascita e una Terapia intensiva neonatale. «L'ultimo presidio chiuso – dicono dal comitato Pro Ospedale Incurabili – è proprio quello dell'ospedale Santa Maria del Popolo degli Incurabili, dove inutilmente in 10 anni, nonostante i capitali investiti e due "prime pietre" poste per il progetto della "Casa del parto", i lavori non sono terminati». Quello che i cittadini del comitato chiedono è che si riapra il reparto maternità e il pronto soccorso ostetrico ginecologico.

Disturbi psichici dell'infanzia, parte il CUA

NAPOLI - Sono oltre 20.000 i bambini che sul territorio dell'Asl Napoli 2 Nord hanno problemi di tipo psicopatologico lieve, medio o grave. E questa la stima in base alla quale l'azienda sanitaria ha fondato la riorganizzazione dell'assistenza per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il nuovo modello organizzativo illustrato avrà come fulcro "Il Centro Unico Aziendale per la salute mentale in età evolutiva" e si avvarrà di risorse regionali, prevedendo il coinvolgimento di diverse figure professionali: neuropsichiatri, psicoterapeuti, logopedisti e assistenti sociali. Questo modello organizzativo risponde a due obiettivi: effettuare una valutazione integrata e multidimensionale dei bisogni e garantire omogeneità di approccio e di assistenza sull'intero territorio dell'Azienda. Ogni investimento fatto in favore della salute dei bambini e degli adolescenti ha un valore maggiore perché si proietta sul futuro. Affrontare i problemi di interesse neuropsichiatrico di bambini e adolescenti significa avere più chance di limitare gli impatti negativi sulle loro vite degli uomini e delle donne.

Ospedali
e territorio

Malattia ossea di Paget Scoperta al Cnr



NAPOLI - Svolta nello studio sulla malattia ossea di Paget con conseguente degenerazione neoplastica. Una scoperta eclatante quella dei ricercatori dell'Igb-Cnr di Napoli anche grazie a fondi messi a disposizione da Telethon e Aire. Individuato il gene responsabile del tumore a cellule giganti, la malattia ossea di Paget. In questo modo sarà possibile predisporre tecniche di diagnosi precoce per i pazienti a rischio e indirizzarli verso un trattamento farmacologico che arresti la crescita del tu-

more. I risultati sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale American Journal of Human Genetics. I ricercatori dell'Istituto di genetica e biofisica del Consiglio nazionale delle ricerche (Igb-Cnr) di Napoli hanno identificato il gene ZNF687 come responsabile della malattia ossea di Paget associata alla degenerazione neoplastica (tumore a cellule giganti). La ricerca è stata finanziata dalla Fondazione Telethon e dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Aire) ed è pubblicata sulla rivista American Journal of Human Genetics. Il tumore a cellule giganti associato alla malattia ossea di Paget è un disordine genetico che colpisce il sistema scheletrico. "La dolorosa deformità dei segmenti interessati è dovuta ad una crescita anomala delle ossa, che diventano più grandi e più deboli, e quindi maggiormente soggette a fratture", ha spiegato Fernando Gianfrancesco, ricercatore dell'Igb-Cnr che ha coordinato lo studio. Per l'1% della popolazione affetta, la patologia può essere complicata dallo sviluppo del tumore a cellule giganti delle ossa pagetiche colpite, che provoca un notevole abbassamento dell'aspettativa di vita. Il 50-80% dei decessi di tali pazienti avviene nei successivi 5-10 anni dalla diagnosi. Per giungere all'identificazione di ZNF687 i ricercatori hanno impiegato tecnologie di sequenziamento di nuova generazione. "Questo gene è responsabile della variante della malattia che determina la degenerazione neoplastica delle ossa colpite - hanno spiegato dal Cnr di Napoli -. Abbiamo dimostrato che le cause di questa patologia sono esclusivamente genetiche. Infatti, tutti i pazienti affetti presentano la stessa alterazione, che probabilmente si è generata in Campania e negli anni si è consolidata diffondendosi attraverso le generazioni nelle popolazioni limitrofe (effetto fondatore)". Quest'ultimo elemento della ricerca risolverebbe la questione relativa all'attribuzione di fattori genetici e/o ambientali nello sviluppo della patologia. "Tra tutti i casi presenti nella letteratura scientifica, oltre il 50% dei pazienti proveniva dall'Irpinia - hanno poi rilevato - "ma lo studio in merito alla degenerazione neoplastica della malattia ossea di Paget ha escluso cause ambientali associate allo sviluppo dei tumori a livello locale. Evidenza ulteriormente supportata dall'analisi del gene ZNF687 condotta su pazienti americani di origine italiana, discendenti da immigrati e provenienti dalla zona dell'avellinese". Attraverso i risultati dello studio ora è possibile identificare i pazienti pagetici predisposti allo sviluppo del tumore a cellule giganti, indirizzandoli verso un trattamento farmacologico che ne arresti la crescita".



Otorinolaringoiatra Policlinico Federico II due nuove sale operatorie

NAPOLI - Due moderne sale operatorie, sala arancio e sala verde. Una destinata alla microchirurgia dell'orecchio ed alla chirurgia endoscopica del naso e dei seni paranasali, l'altra alla microchirurgia delle lesioni tumorali della laringe con il Laser a CO2, l'UOC di Otorinolaringoiatria del DAI Testa Collo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli.

Ogni sala è dotata di un'antisala per l'assistenza sub-intensiva dei pazienti nel fase post-operatoria, per garantire una migliore assistenza al risveglio ai soggetti particolarmente delicati. Tutti gli ambienti del complesso operatorio sono climatizzati per offrire il miglior comfort ai pazienti ed agli operatori. Il nuovo blocco operatorio è stato pensato anche come luogo dedicato alla formazione e alla didattica degli studenti della Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria e del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, in linea con la mission dell'AOU Federico II. Infatti, le lampade scialitiche, che illuminano i letti operatori, sono dotate di videocamere che trasmettono ai monitor presenti nelle sale l'immagine del campo operatorio e le modalità con cui il chirurgo porta avanti l'operazione; in questo modo, gli allievi presenti in sala possono vedere ed apprendere i più fini dettagli di tecnica chirurgica. Anche i microscopi e la colonna endoscopica per la chirurgia endo-nasale sono collegati a sistemi audiovisivi che permettono a tutta l'equipe di seguire l'evoluzione dell'operazione.

Ospedali e territorio

Polo pediatrico, 2.5 mld di nuove attrezzature

NAPOLI - Taglio del nastro per il Centro di alta tecnologia robotica riabilitativa dell'ospedale Annunziata. Sono state presentate 14 apparecchiature ad alta tecnologia acquisite dall'Azienda Ospedaliera Santobono Pausilipon con i fondi Ue e destinate agli ospedali Santobono, SS. Annunziata e Pausilipon, per un valore complessivo di oltre 2.5 di Euro. Fondi europei per l'acquisto di nuove tecnologie riabilitative necessarie ad attrezzare l'ospedale Annunziata, oggi ospedale gestito dal Santobono-Pausilipon che vi ha attrezzato un modernissimo centro di riabilitazione pediatrica. All'Annunziata residua inoltre un Pronto soccorso pediatrico attivo h24 con l'impiego di medici di continuità assistenziale, un pediatra e un anestesista e che funziona da filtro al pronto soccorso del Santobono macinando decine di migliaia di prestazioni annue.



Ospedale San Paolo, cambio al vertice



Emilio Lemetre è il nuovo direttore sanitario dell'ospedale San Paolo di Napoli. Prende il posto di Raffaele Dell'Aversano che passa alla direzione del presidio intermedio di Barra. Igienista alimentare, dopo 10 anni al dipartimento di prevenzione, è alla sua prima esperienza in ospedale. A pochi giorni dall'esordio nel presidio di Fuorigrotta ha già annunciato qualche punto del suo programma. Primo obiettivo sarà il rilancio di quest'ospedale di frontiera nevralgico per l'assistenza della popolosa zona di Napoli ovest. Il primo atto del nuovo sarà l'immissione in servizio di un'ambulanza di tipo rianimativo. Dotazione di cui il San Paolo, e dunque la Asl, sono attualmente privi.

L'emicrania lascia impronta nel cervello

Alla Seconda Università di Napoli hanno "fermato" l'immagine della cefalea che scatena l'aura visiva. La novità sarà importante per gli studi e la ricerca delle terapie. La nuova scoperta è questa: l'emicrania lascia la sua impronta nel cervello e per la prima volta è stato fotografato il segno di quella che scatena l'aura visiva. La foto dimostra che il mal di testa arriva dagli occhi. L'immagine, sulla copertina di febbraio della più importante rivista scientifica internazionale del settore, «Cephalalgia», è il risultato dello studio di un gruppo di ricerca napoletano della Seconda Università di Napoli. «L'aura appare quando c'è un'intensa attività di neuroni» Le immagini ottenute con la risonanza magnetica funzionale che mostrano come due forme apparentemente simili di emicrania, ovvero l'emicrania senza aura e l'emicrania con aura, siano caratterizzate da un particolare funzionamento delle aree cerebrali visive.

All'ospedale di Capri una tac dopo oltre 2 anni

CAPRI - Dopo oltre due anni di assenza a Capri, all'ospedale Capilupi, è tornata la tac. Il nuovo macchinario, costato oltre 200mila euro, che era arrivato a Capri a fine estate, era rimasto inutilizzato per diversi mesi. Effettuati e ultimati tutti gli adempimenti per mettere in uso l'importante struttura diagnostica oggi è pienamente in funzione. La tomografia assiale computerizzata, così come era stato annunciato, resterà per il momento in utilizzo al Capilupi per i casi di emergenza, evitando i trasferimenti in elicottero dei pazienti a Napoli così come accadeva fino a qualche settimana fa.

Cirica a Villa Betania

NAPOLI - Dal primo gennaio Luciano Cirica è il nuovo presidente della Fondazione Evangelica Betania e dell'Ospedale Evangelico Villa Betania. Cirica 59 anni, laureato, esperto di gestione del personale, già vice presidente nell'ultimo triennio, succede a Sergio Nitti che era alla guida della struttura sanitaria dal 1985, quando venne indicato come successore del fondatore Teofilo Sana, il medico evangelico che nell'immediato dopoguerra si prodigò soccorrendo e curando migliaia di persone. Esperienza dalla quale nacque poi l'Ospedale costruito a Ponticelli negli anni '60. Luciano Cirica è stato eletto dall'assemblea delle Chiese evangeliche napoletane socie fondatrici della Fondazione Betania.

Il neo presidente sarà impegnato da subito nel mantenere gli standard di efficienza in un sistema sanitario regionale con sempre meno risorse. È già partito il bando per la costruzione di una nuova struttura che triplicherà gli spazi attuali, portandoli da 8mila a circa 21mila mq. Non aumenteranno i posti letto, ma i comfort per i malati e dipendenti.

Ospedali e territorio

Telethon Scoperto il gene custode del "gps" cerebrale

Un gruppo di ricerca coordinato da Elvira De Leonibus, Faculty e Head of Behavioral facility presso l'Istituto Telethon di Pozzuoli e responsabile del Laboratorio di Neuropsicofarmacologia dell'Istituto di Genetica e Biofisica (IGB) del CNR, ha scoperto un gene importante per il corretto sviluppo dell'ippocampo, porzione della corteccia cerebrale a forma di un curioso cavalluccio marino. L'ippocampo svolge un ruolo fondamentale negli organismi viventi perché è necessario per la formazione della memoria a lungo termine. Il lavoro, reso possibile grazie al sostegno della Fondazione Telethon, è stato pubblicato sulla rivista Cerebral Cortex. In particolare il gruppo di ricerca ha scoperto che l'assenza di questo gene, chiamato COUP-TFI, produce un difetto nel volume e nella forma dell'ippocampo determinando in questo modo difficoltà nella capacità di formare delle memorie stabili e durature. I ricercatori hanno osservato in modelli animali che quando manca COUP-TFI, il "cavalluccio marino" presenta una testa molto piccola mentre il corpo e la coda hanno dimensioni normali. Questa alterazione provoca un'incapacità di memorizzare elementi nello spazio circostante, cioè una sorta di anomalia nel sistema "GPS" del cervello, mentre non vi sono alterazioni nelle manifestazioni emozionali. Infatti, la testa dell'ippocampo è necessaria per formare i ricordi "astratti" del quotidiano (cosa abbiamo mangiato, dove abbiamo festeggiato il compleanno, la mappa della città, ecc..) mentre la coda è importante per la formazione delle memorie emozionali e per la regolazione degli stati emotivi, come l'ansia. Fino ad oggi si sapeva che eventi quali, ad esempio, gli ictus possono causare disturbi cognitivi distruggendo porzioni specifiche dell'ippocampo, ma non era mai stata identificata alcuna causa genetica che potesse influire sulla crescita volumetrica dell'ippocampo e quindi sulla formazione dei ricordi.



Annamaria Minicucci leader dei pediatri

Anna Maria Minicucci, direttore generale del Santobono Pausilipon di Napoli, è stata eletta alla vicepresidenza dell'Aopi (Associazione Italiana Ospedali Pediatrici Italiani). Il presidente sarà Paolo Petralia. Conferita la delega alla Formazione ai consiglieri professori Giorgio Perilongo,

Cava, aperto il centro immunotrasfusionale

CAVA DE' TIRRENI Presso il "Santa Maria Incoronata dell'Olmo" è partito il nuovo servizio di immunotrasfusione, che permetterà ai donatori civesi e non solo, di poter effettuare i prelievi senza doversi recare in altre sedi sanitarie fuori città. L'attività del Centro Immunotrasfusionale sarà anche funzionale alle attività sanitarie all'interno dei reparti di chirurgia, ortopedia e medicina dell'ospedale cavaese che potranno beneficiare così delle necessarie scorte di sangue. Il centro, che si avvale di tre postazioni e di un'area di attesa e di ristoro, sarà operativo per il momento ogni quindici giorni, le prenotazioni possono essere effettuate ai numeri 089 244600, 3408380197 o presso il Cup dell'ospedale cavaese.



Risonanze magnetiche a Castellammare

Due risonanze magnetiche a Castellammare di Stabia e a Nola. Nuovi strumenti diagnostici. Gli ospedali di Castellammare di Stabia e di Nola saranno dotati di risonanza magnetica. I nuovi strumenti diagnostici saranno disponibili nell'arco temporale di un mese. La Consip, ha espletato la relativa gara per l'acquisto con l'assegnazione delle due risonanze. La commissaria straordinaria dell'Asl Napoli 3, dott.ssa Antonietta Costantini, il 21 gennaio scorso, a margine di una riunione operativa con il Presidente della Regione Vincenzo De Luca e il neo commissario della sanità campana Joseph Polimeni, aveva sollevato la questione della mancanza sull'intero territorio aziendale dell'Asl Napoli 3 di attrezzature fondamentali, in grado di ridurre il gap nell'offerta di servizi sanitari in aree densamente popolate come quella nolana e stabiese. Entro i tempi tecnici di un mese i due strumenti diagnostici saranno a disposizione dell'utenza.

Lettere al
Direttore

Gent.le Direttore,

mi chiamo Daniele e sono un infermiere napoletano di 32 anni ed oggi Le scrivo per raccontarle una triste storia.

Fino a poco tempo fa, nonostante le difficoltà enormi che noi tutti conosciamo, blocco del turn over, scelte politiche nel panorama nazionale e regionale discutibili etc..., nuttivo ancora una speranza di poter tornare a casa un giorno, visto che ormai sono quasi 10 anni che giro per l'Italia nei panni di "terrone". In questi giorni però ho dovuto subire l'ennesima doccia ghiacciata, quello che sembrava un sogno, ora sembra essere una pura utopia. Mi spiego meglio. Da circa 2 anni mi sono trasferito a Firenze e sia io che la mia compagna, prestiamo servizio nell'A.O.U. Careggi, in T.I. Cardiologica. Capisce benissimo che con una bimba di 6 mesi e assolutamente soli in terra straniera, abbiamo enormi scogli da superare ogni giorno.

Abbiamo provato allora a chiedere delle mobilità volontarie e ad aspettare che la situazione in Campania si evollesse in meglio, cosa che sembra stia accadendo, ma udite...udite..., la nostra azienda ha deciso di negare il nulla osta preventivo.

Requisito questo, indispensabile per poter partecipare ai bandi di mobilità interregionali. Siamo praticamente prigionieri di una decisione aziendale che sembra essere tutelata anche dalla normativa vigente. A questo punto io mi chiedo se è possibile vietare ad una persona la libertà di potersi godere quello che è un suo diritto sacrosanto, vivere la sua famiglia. Poter riabbracciare i suoi cari magari più di 3 volte l'anno.

Ormai con l'entrata in vigore della legge 114/2014 è facoltà dell'azienda di appartenenza concedere o meno l'assenso preventivo alla mobilità. Ovvio che tutto ciò porta ad assistere a scenari macabri e singolari, secondari a scelte aziendali assolutamente non omogenee e quindi, a noi infermieri meridionali partiti anni fa in cerca di lavoro, non ci resta che sperare, implorare e



supplicare... o forse come diceva il nostro caro Massimo "Non ci resta che pian-gere". Per far sì che questo scritto non resti un puro atto di lamentela avrei delle richieste da fare: a tutti gli infermieri campani e non, vorrei dire: "Svegliatevi!". Non lasciamo che l'ennesimo sopruso ci lasci così interdetti. A chi ha maggior potere mediatico, prenda a cuore questo argomento e porti alla luce questo disagio che quotidianamente affligge migliaia di professionisti. Ai dirigenti aziendali, non prendetevi la libertà di negarci il diritto di vivere oltre che di lavorare e non limitate le nostre ambizioni oltre che i nostri sogni. Ai legislatori, non dimenticate che quello che per voi son due righe scritte, per persone comuni diventano condanne.

Ma voi cosa ne sapete di condanne ed umiliazioni?

Io ho un sogno... uscire da lavoro, chiamare mia madre mentre vado a prendere l'auto parcheggiata e dire vengo a prendermi la bimba e mi fermo a pranzare a casa tua! Grazie

Daniele Troncone

Gentile Daniele,

La tua lettera mi ha colpito. E nel mio piccolo cerco di rispondere al tuo appello lanciato ai media. Spero possa servire. In più ho chiesto all'avvocato Edoardo Riccio, consulente del Collegio Ipasvi di Napoli, di dirci la sua. Ti lascio con le sue considerazioni. Prima di salutarti, desidero lasciarti con un augurio. Torna quanto prima con la tua splendida famiglia. In bocca al lupo, pdm.

Egregio sig. Troncone.

Penso che sia a Lei ben noto che il comma 1 dell'art. 4 della legge 114/2014, che disciplina la mobilità volontaria nel pubblico impiego, prevede espressamente l'obbligo del benessere dell'azienda "cedente" onde poter definire la procedura di mobilità. Con l'attuale ordinamento, infatti, la domanda di mobilità volontaria deve passare al vaglio dell'azienda da cui il dipendente chiede di distaccarsi per entrare in servizio presso l'azienda di destinazione. Di fatto questo meccanismo sta sostanzialmente bloccando tutte le pratiche di mobilità volontaria, rendendo l'istituto inconsistente ed inefficace, dal momento che sempre più spesso le aziende "cedenti" non rilasciano il nulla osta alla mobilità (per evidenti ragioni che trovano la loro origine principalmente nella cronica e diffusa carenza di organico) e, pertanto, i bandi di mobilità servono solo a sprecare denaro senza alcun risultato. Ciò non vuol dire, ovviamente, che le aziende "cedenti" possono, strumentalmente ed immotivatamente, negare l'assenso su presunti - e spesso inesistenti - situazioni di carenza di organico. Molto spesso è la magistratura ordinaria si pronuncia favorevolmente per i lavoratori su situazioni in cui le aziende "cedenti" utilizzano - in maniera illegittima - la previsione normativa; è chiaro che per qualsiasi contenzioso è necessario, prima di tutto, dimostrare che la lamentata carenza di organico, nella fattispecie non sussiste. In attesa di una quanto meno necessaria modifica normativa, l'unico rimedio esperibile è l'azione giudiziaria, al fine di poter ottenere la tanto agognata mobilità.

Avv. Edoardo Riccio

International
Epilepsy Day

YES, I can!

Overcome stigma and discrimination

@IntEpilepsyDay #epilepsyday

**WORLD
CANCER
DAY** 4 FEB
2016



**Wear and
share your
Unity Band**